

Protocolo Municipal de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência

FICHA TÉCNICA

Elaboração técnica:

Giovana de Góes Muknicka – Farmacêutica CRF-SP 69.387

Supervisora Núcleo de Políticas de Saúde

Colaboração técnica:

José Manoel Amadio Guerrero – Médico CRM/SP 69.929 RQE Clínica Médica 62.131

Núcleo de Políticas de Saúde

Paulo Roberto de Abreu Sampaio – Médico CRM/SP 109.073

Núcleo de Políticas de Saúde

Vanessa Antunes Marciano – Enfermeira COREN-SP 93.110

Núcleo de Políticas de Saúde

Revisão técnica:

Alessandro Tadeu Di Lorenzo

Médico CRM/SP 123.405

Coordenador Técnico Urgência e Emergência

Diego Garcia Diniz

Cirurgião-Dentista CRO/SP 88.616

Coordenador Técnico Saúde Bucal

Eliane Aparecida Nieli

Enfermeira COREN-SP 713.216

Supervisora da Urgência e Emergência

Erica Juliana Leonor

Enfermeira COREN-SP 295.354

Coordenadora das Unidades de Pronto Atendimento

Jéssica Daniela Pacheco Flumignan Diniz

Cirurgião-Dentista CRO/SP 69.001

Coordenadora Técnica Saúde Bucal

Lina Mari Tanaka

Enfermeira COREN-SP 89.289

Coordenadora de Planejamento Saúde Digital

Maria Elvira Barros de Araujo

Enfermeira COREN-SP 165.437

Supervisora da Urgência e Emergência

Zaqueu Soares de Meira

Enfermeiro COREN-SP 134.125

Supervisor da Urgência e Emergência

Sulamita Eugênia de Camargo

Enfermeira COREN 244741

Enfermeira RT PA Aparecidinha

Marcio Assis do Carmo

Enfermeiro COREN 309998

Enfermeiro RT PA Brigadeiro Tobias

Ricardo Araújo de Carvalho

Enfermeiro COREN 247742

Enfermeiro RT PA Carandá

Priscila Marins Puglia de Camargo

Enfermeira COREN 314000

Enfermeira RT PA Habiteto

Aline Baraldi Higashi

Enfermeira COREN 306261

Enfermeira RT PA Laranjeiras

Julia Gomes de Souza Neta

Enfermeira COREN 497005

Enfermeira RT PA São Bento

Kely Cristina de Oliveira Cavachini

Enfermeira – COREN 161555

Enfermeira RT PA São Guilherme

Maria Luiza Miranda

Enfermeira COREN 42034

Enfermeira RT PA Sorocaba I

Aprovação:

João Pedro Arruda Fraletti Miguel – Secretário Municipal de Saúde

Versão: 1.1 – Novembro/2025

Previsão de revisão: Novembro/2027

Número do processo SEI: **3552205.404.00076687/2026-40**

Ficha Catalográfica:

Sorocaba (Município). Secretaria da Saúde.
Protocolo Municipal de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência /
Secretaria da Saúde de Sorocaba. – Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2025.

85 p. : il. ; 29 cm.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Protocolos clínicos. 2. Urgência e Emergência. 3. Classificação de risco. 4. Rede de Atenção à Saúde.
5. Sorocaba (SP).

I. Título. II. Secretaria da Saúde de Sorocaba.

CDD: 662.18

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3. PÚBLICO-ALVO.....	10
4. SIGLAS E DEFINIÇÕES.....	10
4.1 Siglas.....	10
4.2 Definições Técnicas e Operacionais.....	11
5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA.....	13
5.1 Legislação Federal e Políticas Nacionais.....	13
5.2 Regulamentações Profissionais.....	13
5.3 Manuais Técnicos e Protocolos de Referência.....	14
6. ABORDAGENS INCLUÍDAS.....	17
7. FLUXOGRAMA.....	18
8. ETAPAS DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	19
8.1 Chegada e Recepção do Usuário.....	19
8.2 Acolhimento com Escuta Qualificada.....	19
8.3 Avaliação Clínica e Classificação de Risco.....	19
8.4 Encaminhamento ao Atendimento.....	20
8.5 Reavaliação Clínica e Uso de Escalas de Alerta Precoce.....	20
8.6 Registro e Monitoramento.....	21
9. TEMPO-RESPOSTA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	22
9.1 ● Classificação Vermelha – Emergência.....	22
9.2 ● Classificação Amarela - Urgência.....	22
9.3 ● Classificação Verde – Baixa Prioridade Clínica.....	22
9.4 ● Classificação Azul – Não Urgentes.....	23
10. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	24
10.1. Observação inicial e identificação de emergência evidente.....	24
10.2. Identificação e acolhimento inicial.....	24

10.3. Escuta qualificada e queixa principal.....	25
10.4. Avaliação primária – abordagem ABCDE.....	25
10.5. Mensuração de parâmetros fisiológicos.....	26
10.5.1 Gestantes e Puérperas.....	26
10.5.2 Adultos e Idosos.....	27
10.5.3 Crianças e Adolescentes.....	27
10.6. Avaliação da dor.....	27
10.7. Análise clínica integrada e identificação de risco.....	27
10.8. Acionamento de protocolos específicos.....	28
10.9. Reavaliação e reclassificação.....	28
10.10. Registro e comunicação.....	28
10.11. Responsabilidade técnica.....	28
11. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO.....	29
11.1 Indicadores de Processo.....	29
11.2 Indicadores de Resultado.....	29
11.3 Indicadores de Qualidade Assistencial.....	30
12. REFERÊNCIAS.....	32
13. ANEXOS.....	34
13.1 Anexo I –CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES ADULTOS.....	34
13.1.1 Alterações do Sistema Nervoso Central.....	35
13.1.2 Alterações Cardíacas / Dor torácica.....	36
13.1.3 Alterações Comportamentais.....	37
13.1.4 Alterações Dermatológicas.....	38
13.1.5 Alterações Gastrointestinais.....	39
13.1.6 Alterações Geniturinárias.....	40
13.1.7 Alterações Ginecológicas/Gestante.....	41
13.1.8 Alterações Glicêmicas.....	42
13.1.9 Alterações Musculoesqueléticas.....	43
13.1.10 Alterações Odontológicas.....	44
13.1.11 Alterações Oftalmológica.....	45
13.1.12 Alterações Otorrinolaringológicas.....	46
13.1.13 Alterações Respiratórias.....	47
13.1.14 Alterações Vasculares.....	48
13.1.15 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico.....	49
13.1.16 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos.....	50
13.1.17 Queimaduras.....	51
13.1.18 Traumas.....	52
13.1.19 Situações Especiais.....	53
13.2 Anexo II – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS.	54
13.2.1 Alterações do Sistema Nervoso Central.....	55



13.2.2 Alterações Cardíacas.....	56
13.2.3 Alterações Comportamentais.....	57
13.2.4 Alterações Dermatológicas.....	58
13.2.5 Alterações Gastrointestinais.....	59
13.2.6 Alterações Geniturinárias.....	60
13.2.7 Alterações Glicêmicas.....	61
13.2.8 Alterações Musculoesqueléticas.....	62
13.2.9 Alterações Odontológicas.....	63
13.2.10 Alterações Oftalmológica.....	64
13.2.11 Alterações Otorrinolaringológicas.....	65
13.2.12 Alterações Respiratórias.....	66
13.2.13 Alterações Vasculares.....	67
13.2.14 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico.....	68
13.2.15 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos.....	69
13.2.16 Queimaduras.....	70
13.2.17 Traumas.....	71
13.2.18 Situações Especiais.....	72
13.3 Anexo III – PARÂMETROS VITAIS.....	73
13.4 Anexo IV – ESCALA DE DOR.....	75
13.5 Anexo V – ESCALA DE GLASGOW.....	77
13.6 Anexo VI – CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS.....	78
13.7 Anexo VII – ESCALA DE ALERTAS PRECOCE EM PEWS.....	80
13.8 Anexo VIII – ESCALA DE ALERTAS PRECOCE EM MEWS.....	81
14. APÊNDICES.....	82
15. VIGÊNCIA E REVISÃO.....	83
16. CHECKLIST DE SUBMISSÃO.....	83
17. DECLARAÇÕES E REGISTROS.....	84

APRESENTAÇÃO

O presente protocolo tem por finalidade estabelecer diretrizes técnicas, operacionais e organizacionais para o acolhimento e a classificação de risco dos usuários que buscam atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Prontos Atendimentos (PAs) da Rede Municipal de Sorocaba.

A adoção sistematizada do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) permite organizar o fluxo assistencial conforme o grau de urgência, priorizando o atendimento dos casos mais graves e promovendo maior segurança assistencial, resolubilidade e humanização do cuidado.

Sua elaboração baseou-se em protocolos nacionais do Ministério da Saúde, normativas do COFEN e CFM, manuais técnicos e experiências de êxito de outros municípios, bem como nas especificidades da rede local. O documento está alinhado ao modelo padronizado de protocolo institucional adotado pela Secretaria da Saúde de Sorocaba, buscando coesão entre os diferentes protocolos temáticos.

O ACCR é um processo técnico, ético e relacional que deve ser realizado por profissionais capacitados, com base em protocolos institucionais e instrumentos de classificação validados. Trata-se de uma ferramenta essencial para assegurar o acesso equânime aos serviços de urgência, com foco na gravidade do quadro clínico e no grau de sofrimento do usuário.

A Secretaria da Saúde de Sorocaba reafirma, com este protocolo, o compromisso com a excelência técnica, a gestão humanizada e a eficiência da rede municipal de urgência e emergência. A participação ativa das equipes assistenciais, gestoras e técnicas é essencial para sua plena implementação.

1. INTRODUÇÃO

Sorocaba, município polo da Região de Saúde RRAS 08, possui uma população estimada em mais de 700 mil habitantes (IBGE, 2024) e exerce função de referência assistencial para os demais municípios da região. Sua rede de serviços de saúde é composta por unidades básicas, unidades de pronto atendimento (UPAs), prontos atendimentos (PAs), unidades especializadas e hospitais, articuladas em níveis crescentes de complexidade conforme os princípios do SUS.

No âmbito da Rede de Urgência e Emergência (RUE), Sorocaba dispõe de quatro UPAs (Éden, Zona Norte, Zona Leste e Zona Oeste), além de PAs municipais que funcionam em regime de atendimento noturno ou 24 horas. Esses serviços atuam como portas de entrada preferenciais para o cuidado em situações agudas, ofertando assistência contínua e atendimento à demanda espontânea.

O elevado volume de atendimentos, aliado à diversidade de quadros clínicos, impõe desafios à organização do cuidado. A adoção de dispositivos que estruturem o acesso de forma racional e segura, como o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), torna-se essencial para garantir a equidade no atendimento e a priorização clínica.

O ACCR constitui uma estratégia técnico-assistencial que permite a avaliação rápida e qualificada dos usuários, identificando sinais de gravidade e estratificando os casos conforme o potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento. Esse processo é realizado por profissionais de enfermagem capacitados e respaldados por protocolos clínicos validados, promovendo o atendimento em tempo oportuno, de acordo com a necessidade de cada paciente.

A implantação do ACCR no município está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Nacional de Atenção às Urgências, normatizadas pelas Portarias GM/MS nº 2.048/2002 e nº 1.600/2011.

Também observa os marcos regulatórios das profissões de saúde, como a Resolução COFEN nº 423/2012 e a Resolução CFM nº 2.079/2014.

Este protocolo tem como objetivo consolidar os critérios, fluxos e responsabilidades envolvidos no processo de acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência do município de Sorocaba. Sua padronização visa garantir o cuidado centrado no paciente, a segurança clínica, a continuidade da atenção e o uso eficiente dos recursos assistenciais.

A aplicabilidade do ACCR se estende a todos os serviços da RUE municipal e deve orientar a conduta das equipes multiprofissionais em cada ponto da rede. Sua adoção sistematizada contribui para a resolutividade da atenção, a redução de riscos evitáveis e a melhoria da experiência do usuário no SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes padronizadas para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Prontos Atendimentos (PAs) da Rede Municipal de Saúde de Sorocaba, com vistas a qualificar o acesso, garantir a prioridade clínica no atendimento e promover a segurança, resolutividade e humanização da atenção às urgências e emergências.

2.2 Objetivos Específicos

- Organizar o fluxo assistencial de forma hierarquizada, assegurando a priorização conforme risco potencial, agravo à saúde e grau de sofrimento;
- Reduzir eventos adversos e mortes evitáveis por meio da estratificação precoce de risco e do tempo-resposta adequado;
- Subsidiar a tomada de decisão da equipe multiprofissional por meio de protocolos técnicos padronizados e baseados em evidências;
- Garantir que o processo de acolhimento seja conduzido com escuta qualificada, respeitando a singularidade e a dignidade dos usuários;
- Promover o uso racional e eficiente dos recursos assistenciais, evitando a sobrecarga desnecessária dos serviços de urgência;
- Integrar os diversos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e da Rede de Atenção à Saúde, assegurando a continuidade do cuidado;
- Apoiar o monitoramento da qualidade do atendimento prestado, por meio de indicadores assistenciais e operacionais pactuados;
- Fomentar a educação permanente das equipes envolvidas no ACCR, estimulando o aprimoramento técnico e a corresponsabilização no cuidado.

3. PÚBLICO-ALVO

Este protocolo se aplica a todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente na assistência prestada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Prontos Atendimentos (PAs) e demais serviços integrantes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do município de Sorocaba. Inclui:

- Enfermeiros(as) responsáveis pela classificação de risco;
- Técnicos(as) de enfermagem atuantes na triagem e acolhimento;
- Profissionais médicos(as) da linha de frente e retaguarda clínica;
- Equipes de apoio administrativo (acolhimento inicial e recepção);
- Coordenadores, supervisores e gestores das unidades da RUE;
- Profissionais das Centrais de Regulação, do SAMU 192 e da Atenção

Primária envolvidos na continuidade do cuidado;

Estudantes e residentes de cursos técnicos ou superiores em saúde, sob supervisão.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

4.1 Siglas

Sigla	Definição
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EVA	Escala Visual Analógica (dor)
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

4.2 Definições Técnicas e Operacionais

Para a adequada implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na Rede Municipal de Urgência e Emergência de Sorocaba, é essencial a compreensão conceitual dos termos e etapas que estruturam esse processo. As definições a seguir orientam a prática assistencial e a organização dos fluxos de atendimento:

Acolhimento: Diretriz ética, política e relacional da Política Nacional de Humanização (PNH), que implica a escuta qualificada do usuário, com responsabilização pela resposta às suas necessidades, independentemente do grau de complexidade do agravo apresentado.

Classificação de Risco: Processo técnico de estratificação da gravidade clínica dos usuários que procuram os serviços de urgência, com base em critérios objetivos e subjetivos, visando à priorização do atendimento conforme o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento.

Demanda Espontânea: Atendimento iniciado por iniciativa do próprio usuário ou de seu acompanhante, sem regulação prévia, característico das portas de entrada das UPAs e PAs.

Protocolo de Classificação de Risco: Instrumento técnico-assistencial que sistematiza os critérios clínicos utilizados na triagem inicial, organizando a estratificação por categorias de gravidade e direcionando o tempo-resposta esperado para cada caso.

Tempo-Resposta: Intervalo máximo recomendado entre a classificação do risco e o atendimento médico, definido conforme a categoria de prioridade atribuída. O não cumprimento dos tempos preconizados exige reavaliação clínica imediata.

Responsabilidade Técnica: A classificação de risco é uma atividade privativa do profissional enfermeiro, conforme Resolução COFEN nº 423/2012, devendo ser executada com base em protocolos institucionais aprovados pela Secretaria da Saúde e respaldada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Equidade: Princípio do SUS que orienta a oferta de cuidados proporcionais à necessidade de cada usuário, garantindo prioridade àqueles com maior risco, sofrimento ou vulnerabilidade.

Humanização: Valor fundante do ACCR que se expressa na postura acolhedora, escuta ativa, vínculo e responsabilização da equipe com os usuários, promovendo o cuidado centrado na pessoa.

Rede de Urgência e Emergência (RUE): Conjunto de serviços organizados de forma articulada, regionalizada e hierarquizada, que atuam na atenção às urgências e emergências clínicas, traumáticas, pediátricas, obstétricas e psiquiátricas, entre outras.

Essas definições são fundamentais para a compreensão do modelo assistencial adotado no município e para a execução qualificada das ações de triagem, acolhimento e estratificação de risco nos serviços de pronto atendimento.

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA

A organização do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) no município de Sorocaba fundamenta-se em um conjunto de dispositivos legais, normativos e técnicos que orientam a estruturação da Rede de Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde (SUS). Este protocolo observa e incorpora os seguintes marcos:

5.1 Legislação Federal e Políticas Nacionais

- Constituição Federal de 1988: estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196), fundando os princípios do SUS.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização dos serviços no SUS.
- Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002: regulamenta os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e define a obrigatoriedade da classificação de risco como estratégia de organização do acesso.
- Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011: institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), estruturando a Rede de Urgência e Emergência.
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017: consolida as normas sobre políticas nacionais de saúde, incluindo a RAU.
- Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013: institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), reforçando o ACCR como componente estruturante da recepção e estratificação de risco.
- Política Nacional de Humanização (PNH): reconhece o acolhimento como diretriz ética, técnica e relacional para a organização dos serviços.

5.2 Regulamentações Profissionais

- Resolução COFEN nº 423, de 8 de abril de 2012: dispõe sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco, estabelecendo que essa é uma atividade privativa do profissional de enfermagem de nível superior, respaldada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

- Resolução CFM nº 2.079, de 27 de novembro de 2014: determina a obrigatoriedade da presença médica para avaliação de todos os pacientes que ingressam nos serviços de urgência e emergência, vedando a recusa de atendimento por profissionais não médicos.

5.3 Manuais Técnicos e Protocolos de Referência

- Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Brasília: MS, 2004.
- Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Brasília: MS, 2014.
- Experiências exitosas de protocolos municipais como Campinas (2024), Ribeirão Preto (2024), São Luís (2022) e Guarulhos (2018), com adaptações às especificidades de Sorocaba.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1988). Esses princípios organizam a rede pública de saúde, inclusive os serviços de urgência e emergência, que constituem importante porta de entrada para a população.

A Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, propõe a implantação do acolhimento com triagem classificatória de risco nas unidades de atendimento às urgências, definindo-o como processo a ser executado por profissional de saúde de nível superior, com capacitação específica e com base em protocolos estabelecidos, com a finalidade de avaliar a gravidade das queixas apresentadas e ordenar o atendimento segundo o grau de urgência (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) constitui uma diretriz estruturante da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de operacionalizar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, promovendo mudanças nos modos de cuidar, gerir e produzir saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013). A PNH destaca que acolher é uma

postura ética, política e relacional, presente em todos os pontos de contato entre usuário e equipe de saúde.

Como tecnologia de reorganização do processo de trabalho, o ACCR tem se mostrado eficaz na qualificação do acesso, na priorização do cuidado segundo gravidade clínica, na constituição de equipes de referência e na valorização do trabalho multiprofissional (BRASIL, 2009).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico que identifica pacientes com necessidade de tratamento imediato, com base no potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Essa atividade é regulamentada pela Resolução COFEN nº 423/2012, que estabelece como competência privativa do enfermeiro a realização da classificação nos serviços de urgência e emergência, desde que observadas as disposições legais da profissão e os fundamentos técnicos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2009; COFEN, 2012).

Em complemento, a Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituindo a Rede de Atenção às Urgências (RUE), com o intuito de articular os diversos componentes da rede e garantir atendimento integral, contínuo e oportuno às situações de urgência (BRASIL, 2011).

Dada a elevada demanda populacional, muitas vezes relacionada a agravos de baixa complexidade, os serviços de emergência enfrentam desafios como superlotação, tempo de espera prolongado e exposição ao risco clínico evitável. Tais fenômenos são descritos na literatura científica como expressão do desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta dos serviços (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

A Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014, torna obrigatória a implantação do ACCR em todas as unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e serviços hospitalares com funcionamento 24 horas, determinando que todos os

pacientes devem ser avaliados por profissional médico, não sendo permitido encaminhamento ou recusa por parte de profissionais não médicos (CFM, 2014).

O Ministério da Saúde define as UPAs como estruturas de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e a rede hospitalar, operando em regime ininterrupto, com fluxos pactuados e objetivos definidos: acolher, estabilizar, intervir e articular o cuidado com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Importante destacar que os Protocolos de Classificação de Risco são ferramentas clínicas e gerenciais que sistematizam a avaliação inicial, sem a pretensão de substituir o diagnóstico médico. A atuação do enfermeiro se dá com base em parâmetros consensualizados com a equipe multiprofissional, de forma ética e técnica, priorizando a resposta às necessidades imediatas dos usuários (BRASIL, 2006).

A adoção sistematizada do ACCR promove o fortalecimento da atenção humanizada, a redução da morbimortalidade evitável, a organização racional dos fluxos assistenciais e a qualificação do cuidado. Por fim, a Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, ao instituir a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), reforça o ACCR como dispositivo estruturante da escuta qualificada e resolutiva dos serviços hospitalares no SUS (BRASIL, 2013b).

6. ABORDAGENS INCLUÍDAS

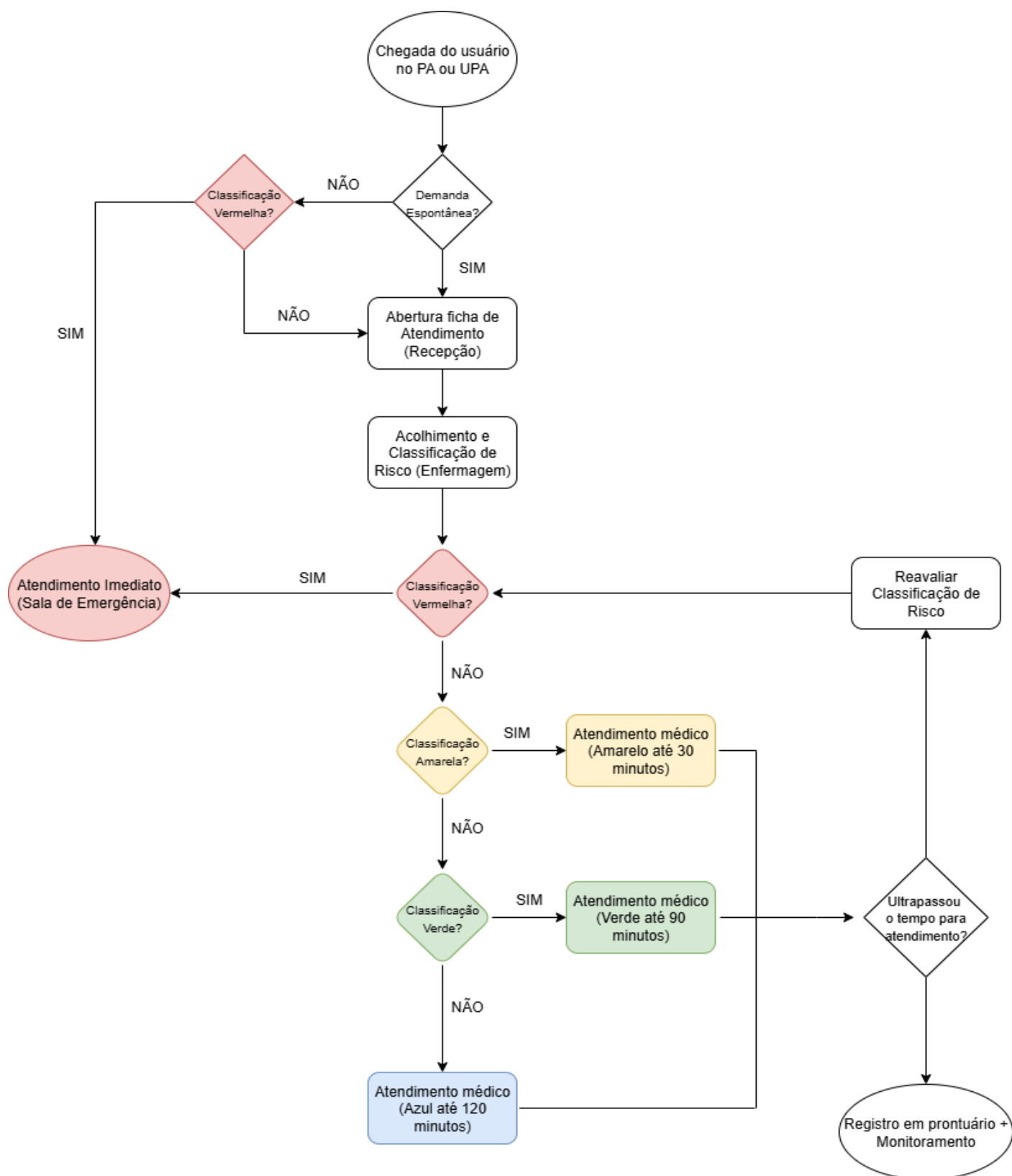
Este protocolo estabelece as diretrizes essenciais para o processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), incluindo acolhimento ético, triagem clínica estruturada, estratificação de risco, priorização do atendimento conforme critérios clínicos e encaminhamento adequado do paciente. Também orienta a atuação multiprofissional nas ações imediatas indicadas, reavaliação periódica de casos em espera, registro técnico padronizado e notificação de agravos.

Não são abordadas neste protocolo as condutas diagnósticas e terapêuticas específicas por especialidade, fluxos de regulação externa ou protocolos clínicos temáticos, que devem ser consultados separadamente conforme as diretrizes da Secretaria da Saúde.

O presente protocolo aplica-se a todas as unidades da RUE sob gestão direta ou contratualizada da Prefeitura de Sorocaba. Adaptações operacionais poderão ser pactuadas previamente com a Secretaria da Saúde, mediante justificativa técnica. Casos omissos devem ser encaminhados à instância técnica responsável.

O protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) contempla o conjunto de ações assistenciais necessárias para o acolhimento ético, triagem clínica e estratificação de risco dos usuários atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Prontos Atendimentos (PAs) da rede municipal de Sorocaba. As abordagens previstas estão em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2.048/2002, a Política Nacional de Humanização (PNH), a Resolução COFEN nº 423/2012, a Resolução CFM nº 2.079/2014 e demais dispositivos normativos do SUS.

7. FLUXOGRAMA



8. ETAPAS DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Prontos Atendimentos (PAs) do Município de Sorocaba deve seguir um fluxo padronizado, assegurando a escuta qualificada, a avaliação clínica inicial e a priorização dos casos com base em protocolos técnicos. As etapas a seguir organizam esse processo:

8.1 Chegada e Recepção do Usuário

O usuário é acolhido pela equipe da recepção, que realiza o primeiro contato administrativo. São coletados dados de identificação, cartão SUS e informações sobre o motivo da procura. A recepção deve garantir acolhimento ético, respeitoso e ágil, sem gerar barreiras ao acesso.

8.2 Acolhimento com Escuta Qualificada

O usuário é encaminhado à equipe de enfermagem, que realiza escuta ativa e qualificada sobre a queixa principal, história clínica e sinais e sintomas associados. Essa etapa é fundamental para subsidiar a classificação de risco e deve ser conduzida de forma empática, respeitosa e sem julgamentos.

8.3 Avaliação Clínica e Classificação de Risco

O enfermeiro, com base em protocolo institucional, realiza a avaliação clínica, que inclui:

Verificação dos sinais vitais (frequência cardíaca, respiratória, temperatura, pressão arterial e oximetria);

Aplicação de escalas de avaliação (dor, consciência, Glasgow);

Análise da queixa principal e seus desdobramentos clínicos;

Atribuição de uma categoria de risco segundo critérios predefinidos (vermelho, amarelo, verde ou azul);

A classificação deve ser registrada em prontuário, com justificativa técnica, garantindo rastreabilidade da decisão clínica.

8.4 Encaminhamento ao Atendimento

Com base na classificação atribuída, o usuário é encaminhado ao setor de atendimento correspondente (consultório médico, sala de observação, sala de emergência, etc.), respeitando o tempo-resposta definido para cada categoria. A equipe deve estar atenta à fluidez do atendimento e à comunicação entre os setores.

8.5 Reavaliação Clínica e Uso de Escalas de Alerta Precoce

A reavaliação clínica deve ocorrer de forma sistemática e orientada por ferramentas validadas, que permitem a identificação precoce de deterioração clínica. Usuários classificados como amarelo, verde ou azul que aguardem além do tempo-resposta estabelecido devem ser reavaliados pela equipe de enfermagem. A reavaliação pode implicar mudança na categoria de risco e novo direcionamento assistencial. Essa medida visa evitar desfechos clínicos adversos por agravamento não identificado.

Para subsidiar essa análise, recomenda-se a aplicação de escalas de alerta precoces baseadas em parâmetros clínicos mensuráveis. As escalas adotadas na Rede Municipal de Sorocaba são as seguintes:

a) PEWS (Pediatric Early Warning Score)

Ferramenta de alerta precoce utilizada em pacientes pediátricos (1 mês a 18 anos) para identificar risco de deterioração clínica.

Escore 0–1: conduta de rotina.

Escore 2–3: reavaliação em curto prazo.

Escore ≥ 4 : acionar equipe médica e considerar transferência para sala vermelha.

A escala abrange a avaliação da frequência respiratória, frequência cardíaca, nível de consciência, além de incluir aspectos como esforço respiratório e tempo de enchimento capilar (Tabela 1). O objetivo é quantificar o estado clínico da criança e identificar rapidamente alterações que podem preceder eventos graves.

b) MEWS (Modified Early Warning Score)

Ferramenta de alerta precoce utilizada em pacientes adultos e idosos, combina cinco variáveis fisiológicas (FC, FR, PA sistólica, temperatura e consciência). Pontuações mais altas indicam maior risco de agravamento.

1. Escore 0-2: rotina assistencial.
2. Escore 3-4: intensificar vigilância.
3. Escore ≥ 5 : acionar equipe médica e reavaliar prioridade de atendimento.

Conduta Operacional

1. As escalas PEWS e MEWS devem ser aplicadas no momento da reavaliação sistemática, em pacientes que ultrapassaram o tempo-resposta da sua categoria.
2. Devem ser registrados no prontuário o escore, os parâmetros alterados e a conduta adotada.
3. A reclassificação clínica deve ser considerada caso o escore indique risco aumentado.

8.6 Registro e Monitoramento

Todas as etapas devem ser devidamente registradas em prontuário, com uso de linguagem técnica padronizada. As informações subsidiarão o monitoramento da qualidade do atendimento, a produção de indicadores e a retroalimentação do processo de trabalho.

A padronização destas etapas fortalece a organização do cuidado nas unidades de urgência e emergência, assegurando maior segurança, resolutividade e eficiência no atendimento aos usuários do SUS em Sorocaba.

9. TEMPO-RESPOSTA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A sistematização do acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência e emergência do município de Sorocaba deve seguir etapas padronizadas que garantam rapidez, segurança e resolutividade.

9.1 ● Classificação Vermelha – Emergência

São pacientes em situação crítica, com risco iminente de morte e instabilidade de funções vitais, que demandam atendimento médico imediato.

As manobras de suporte à vida devem ser iniciadas imediatamente, em qualquer ponto de atenção da rede, ainda antes do encaminhamento à sala de emergência.

O atendimento deve ocorrer nas salas de emergência, sala vermelha ou área crítica de atendimento, conforme a estrutura da unidade.

Tempo de atendimento alvo: imediato.

9.2 ● Classificação Amarela - Urgência

São pacientes com risco de agravamento do quadro clínico, exigindo avaliação médica em curto prazo e assistência de enfermagem contínua. Embora não apresentem risco iminente de morte, a ausência de intervenção pode resultar em sofrimento intenso ou na evolução para desfechos clínicos mais graves ou irreversíveis.

Devem ser atendidos o mais brevemente possível, preferencialmente em consultório médico, por ordem de chegada, respeitando a prioridade clínica.

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos devem ser iniciadas no próprio ponto de atenção, conforme a necessidade identificada.

Tempo de atendimento alvo: **até 30 (trinta) minutos.**

9.3 ● Classificação Verde – Baixa Prioridade Clínica

São pacientes sem sinais de gravidade ou risco imediato de agravamento, que apresentam queixas clínicas de baixa complexidade e podem aguardar atendimento médico por ordem de chegada.

Embora não se enquadrem como urgência, podem exigir avaliação ambulatorial em prazo oportuno, para evitar piora do quadro.

Tempo de atendimento alvo: **até 90 (noventa) minutos.**

9.4 ● Classificação Azul – Não Urgentes

São pacientes com condições clínicas estáveis e queixas de natureza leve ou administrativa, sem evidências de risco ou sofrimento significativo.

- Podem ser acolhidos, orientados e, quando necessário, encaminhados para seguimento na Atenção Primária ou atendimento programado.
- Tempo de atendimento alvo: **até 120 (cento e vinte) minutos.**

Tabela 1: Tempo de atendimento por classificação de risco

COR	DEFINIÇÃO	TEMPO ATENDIMENTO	DESTINO ASSISTENCIAL
● Vermelha	Risco iminente de morte, instabilidade vital	Imediato	Sala de Emergência
● Amarela	Agravos moderados, risco de complicação	Em até 30 minutos	Consultório / Observação
● Verde	Sem sinais de gravidade	Em até 90 minutos	Atendimento conforme ordem
● Azul	Queixas ambulatoriais leves	Em até 120 minutos	Atendimento conforme ordem

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba

10. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação clínica inicial realizada pelo enfermeiro no momento do acolhimento com classificação de risco deve seguir uma sequência estruturada de observação e decisão, com base em critérios técnicos objetivos e julgamento clínico fundamentado. O processo deve permitir a identificação precoce de situações críticas, a priorização do atendimento conforme a gravidade e a organização do fluxo assistencial dentro da unidade de urgência e emergência.

10.1. Observação inicial e identificação de emergência evidente

O primeiro contato com o paciente deve ser de observação imediata, ainda na recepção ou sala de triagem, a fim de reconhecer sinais de risco iminente de morte. Nessa etapa, o enfermeiro deve avaliar visualmente e de forma rápida (observação rápida, idealmente em até 10 segundos):

- Nível de consciência e resposta verbal;
- Padrão respiratório e presença de cianose;
- Perfusão periférica e coloração da pele;
- Postura, comportamento e presença de sangramento ativo.

Caso haja qualquer evidência de instabilidade vital — como apneia, desconforto respiratório grave, convulsão, ausência de pulso, hemorragia volumosa, rebaixamento súbito de consciência ou dor torácica intensa — o paciente deve ser classificado imediatamente como vermelho, encaminhado à sala de emergência e ter as medidas iniciais instituídas.

10.2. Identificação e acolhimento inicial

Na sequência, deve-se realizar a identificação do paciente (nome completo, data de nascimento, sexo e documento de referência) e verificar condições específicas ou vulnerabilidades, como gestação, puerpério, idade, deficiência, custódia policial, situação de violência, abandono ou vulnerabilidade social. Essas condições devem ser sinalizadas na ficha e consideradas na definição da prioridade de atendimento.

10.3. Escuta qualificada e queixa principal

Com o paciente em condições clínicas seguras, o enfermeiro deve conduzir a escuta ativa da queixa principal, registrando de forma técnica e objetiva:

- O motivo da procura e o início dos sintomas;
- A evolução (súbita, progressiva ou intermitente);
- Sintomas associados e antecedentes relevantes.

O relato do paciente deve ser correlacionado ao tempo de evolução e à intensidade dos sintomas, pois ambos influenciam na priorização clínica.

10.4. Avaliação primária – abordagem ABCDE

A avaliação inicial deve seguir a lógica da abordagem ABCDE, assegurando o reconhecimento rápido de sinais de risco:

A (Airway/Vias Aéreas): Incapacidade de manter via aérea pérvia; presença de estridor, engasgo, vômitos, secreção abundante ou corpo estranho.

B (Breathing/Respiração): padrão respiratório, frequência respiratória; uso de musculatura acessória; cianose de extremidades ou central; batimento de asas nasais; saturação de oxigênio, presença de ruídos respiratórios;

C (Circulation/Circulação): coloração, enchimento capilar, pulso, pressão arterial e presença de sangramento; pulso central ausente por mais de 5 segundos → suspeita de parada cardiorrespiratória; sinais de choque: pulso periférico ausente ou fino, hipotensão, palidez, sudorese fria, taquicardia, rebaixamento do sensorio; hemorragias graves, especialmente em gestantes e puérperas.

D (Disability/Déficit neurológico): nível de consciência (Escala de Glasgow), pupilas, déficit neurológico focal, convulsões;

E (Exposure/Exposição): temperatura corporal, lesões visíveis, trauma, exposição a agentes químicos ou ambientais.

Qualquer alteração grave identificada nessa etapa deve direcionar o paciente para **atendimento prioritário imediato**.

10.5. Mensuração de parâmetros fisiológicos

Com a estabilidade inicial assegurada, o enfermeiro deve proceder à mensuração padronizada dos sinais vitais, que incluem:

- Frequência respiratória;
- Frequência cardíaca;
- Pressão arterial;
- Temperatura;
- Saturação periférica de oxigênio;
- Glicemia capilar;
- Avaliação do nível de consciência (Escala de Glasgow);
- Avaliação do nível da dor (escala apropriada à idade e condição).

Os valores obtidos devem ser interpretados de forma integrada, considerando o contexto clínico, a faixa etária e as comorbidades do paciente.

Alguns parâmetros obrigatoriamente devem ser mensurados de acordo com o público-alvo:

10.5.1 Gestantes e Puérperas

- Pressão arterial (PA)
- Frequência cardíaca (FC)
- Temperatura corporal
- Avaliação da dor (EVA)
- Sangramentos

Critérios específicos para sangramento em gestantes e puérperas:

- Hemorragia exanguinante: perda estimada ≥ 1500 mL;
- Sangramento intenso: ≥ 150 mL em até 20 minutos (ex.: dois absorventes noturnos completamente saturados);
- Sangramento moderado: 60–150 mL em 20 minutos;
- Sangramento leve: ≥ 60 mL em 6 horas.

10.5.2 Adultos e Idosos

- Pressão arterial (PA): especialmente em idosos, hipertensos, diabéticos, obesos, pacientes com cefaleia, vertigem ou síncope;
- Frequência cardíaca (FC): em cardiopatas, dor torácica, intoxicação ou convulsões;
- Temperatura corporal;
- Glicemia capilar: para pacientes diabéticos, em hipoglicemia suspeita ou com queixas de vertigem/síncope;
- Saturação periférica de oxigênio (SpO₂)

10.5.3 Crianças e Adolescentes

- Frequência cardíaca (FC)
- Temperatura corporal
- Glicemia capilar (quando indicado por sintomas ou histórico clínico)
- Oximetria de pulso (SpO₂)
- Avaliação da dor conforme escala validada por faixa etária (EVA, Faces ou FLACC)

10.6. Avaliação da dor

A dor deve ser avaliada com a Escala Visual Analógica (EVA), variando de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável). Na impossibilidade da aplicação desta escala, outras escalas como FLACC, NFCS e indicadores comportamentais podem ser utilizados.

10.7. Análise clínica integrada e identificação de risco

Com base na observação, nos sinais vitais e na queixa principal, o enfermeiro deve integrar as informações e identificar:

- Sinais de comprometimento de função vital (respiratória, circulatória ou neurológica);
- Sinais de sofrimento intenso ou risco de agravamento clínico;
- Ausência de gravidade ou quadro estável compatível com atendimento de menor prioridade.

10.8. Acionamento de protocolos específicos

Durante a triagem, o enfermeiro deve estar atento a sinais indicativos de condições tempo-sensíveis, como Sepse, Acidente Vascular Cerebral, Síndrome Coronariana Aguda, Politrauma e Intoxicações.

O reconhecimento de tais condições deve levar ao acionamento imediato do protocolo correspondente, independentemente da cor de classificação inicialmente atribuída.

10.9. Reavaliação e reclassificação

Pacientes que aguardam atendimento médico devem ser reavaliados periodicamente, conforme o tempo-alvo definido para cada cor de risco ou sempre que houver mudança perceptível do quadro clínico.

A reavaliação inclui nova verificação dos sinais vitais e, quando aplicável, reaplicação das escalas de alerta precoce, com reclassificação do risco se houver piora clínica.

10.10. Registro e comunicação

Todos os achados clínicos, sinais vitais, escala de dor, cor atribuída e justificativa devem ser registrados integralmente na Ficha de Acolhimento e Classificação de Risco, com assinatura e carimbo do enfermeiro. As informações relevantes devem ser comunicadas de forma objetiva à equipe médica, garantindo a continuidade e a segurança do cuidado.

10.11. Responsabilidade técnica

A atribuição da cor de classificação e a condução do processo de triagem são atos privativos do enfermeiro, amparados pela Resolução COFEN nº 423/2012 e pelas normativas ministeriais que regulamentam o Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Urgência e Emergência. Cabe ao profissional assegurar que o processo seja realizado com base em evidências clínicas, ética, sigilo e compromisso com a equidade do atendimento.

11. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) deve ser acompanhada por indicadores sistematizados, que permitam o monitoramento contínuo do processo e a avaliação de resultados. Esses indicadores subsidiam o planejamento das ações e a tomada de decisão pelas equipes gestoras locais e pela Secretaria da Saúde do município de Sorocaba.

11.1 Indicadores de Processo

Percentual de usuários classificados segundo critérios de risco (vermelho, amarelo, verde e azul)

- Fonte: Relatórios SISWEB
- Meta: 100% dos pacientes acolhidos devem ser classificados

Relação entre número de pacientes acolhidos, classificados e efetivamente atendidos por profissional médico

- Fonte: Relatórios SISWEB
- Meta: $\geq 95\%$ dos classificados com atendimento médico efetivado

Tempo médio entre a chegada do usuário e a classificação de risco

- Fonte: Relatórios SISWEB
- Meta: ≤ 10 minutos em $\geq 90\%$ dos casos

Tempo médio entre a classificação de risco e o início do atendimento médico

- Fonte: Relatórios SISWEB
- Meta: cumprimento dos tempos-alvo conforme cor de risco em $\geq 90\%$ dos casos

11.2 Indicadores de Resultado

Percentual de internações por classificação de risco (quando aplicável)

- Fonte: Relatórios SISWEB / AIH / sistema de regulação
- Meta: $\geq 90\%$ das internações oriundas das cores vermelha e amarela

Percentual de altas após atendimento único por cor de risco

- Fonte: Relatórios SISWEB
- Meta: $\geq 80\%$ de altas entre pacientes classificados como verde ou azul

Número de óbitos por classificação de risco (quando aplicável)

- Fonte: Sistema de mortalidade / Relatórios SISWEB / relatório de óbito
- Meta: Zero óbitos evitáveis em cores verde e azul

Taxa de reclassificação durante a permanência na unidade

- Fonte: Prontuário / ficha de reavaliação / Relatórios SISWEB
- Meta: $\leq 10\%$ de reclassificações, com justificativa clínica adequada

11.3 Indicadores de Qualidade Assistencial

Frequência de eventos adversos por demora no atendimento

- Fonte: Fichas de notificação / Núcleo de Segurança do Paciente
- Meta: Zero eventos graves por ultrapassagem do tempo-resposta

Percentual de pacientes com tempo de espera superior ao tempo-alvo de sua classificação

- Fonte: Relatórios SISWEB
- Meta: $\leq 10\%$ dos pacientes com tempo de espera acima do limite por cor

Proporção de pacientes classificados como verde/azul e encaminhados para a Atenção Primária

- Fonte: Relatórios SISWEB / encaminhamento eletrônico
- Meta: $\geq 60\%$ dos pacientes azuis e $\geq 30\%$ dos pacientes verdes

Número de notificações de agravos e situações de violência identificadas durante a triagem

- Fonte: SINAN / ficha de notificação / boletim de ocorrência
- Meta: 100% das suspeitas notificadas com prontuário completo

Os resultados deverão ser monitorados mensalmente pelas coordenações técnicas das unidades e consolidados pelo Núcleo Gestor de Urgência e Emergência da Secretaria da Saúde, com apoio do setor de Monitoramento e Avaliação. A periodicidade mínima para análise ampliada é trimestral.

Esses indicadores deverão ser incorporados ao painel de gestão da Rede de Urgência e Emergência e servirão de base para as ações de educação permanente, revisão de protocolos e pactuação de metas de desempenho entre os diferentes pontos de atenção.

12. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no SUS (PNHOSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde no âmbito do SUS.

Políticas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde
BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco – um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Serviços de Urgência. Série Técnica para Gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução nº 423, de 8 de abril de 2012. Dispõe sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução nº 2.079, de 27 de novembro de 2014. Dispõe sobre a obrigatoriedade de atendimento médico presencial em serviços de urgência e emergência.

O'DWYER, G.; MATTA, G.C.; PEPE, V.L.E. Atores, cenários e estratégias na implantação de políticas de saúde: o caso da Rede de Urgência e Emergência. Ciência & Saúde Coletiva, 2008.

NOVAES, R.F.; NASCIMENTO, A.F.; AMARAL, M.T.R. Reorganização do processo de trabalho na urgência: desafios e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, 2016.

MAGALHÃES, J.J.A. Acolhimento e humanização na assistência. Revista do HCPA, 1998.

SANTOS JÚNIOR, R. et al. Práticas de acolhimento e classificação de risco em unidades de urgência. Revista de Saúde Pública, 2004.

ROCHA, J.S. Acolhimento como dispositivo de mudança: práticas clínicas no SUS. Saúde em Debate, 2005.

ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com Classificação de Risco. Campinas: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, 2004.

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – PAC Pediatria. Maringá: SMS, 2024.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Rede de Urgência e Emergência. Ribeirão Preto: SMS, 2024.

GUARULHOS. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Guarulhos: SMS, 2018.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – Hospitais Municipais. São Luís: SMS, 2022.

13. ANEXOS

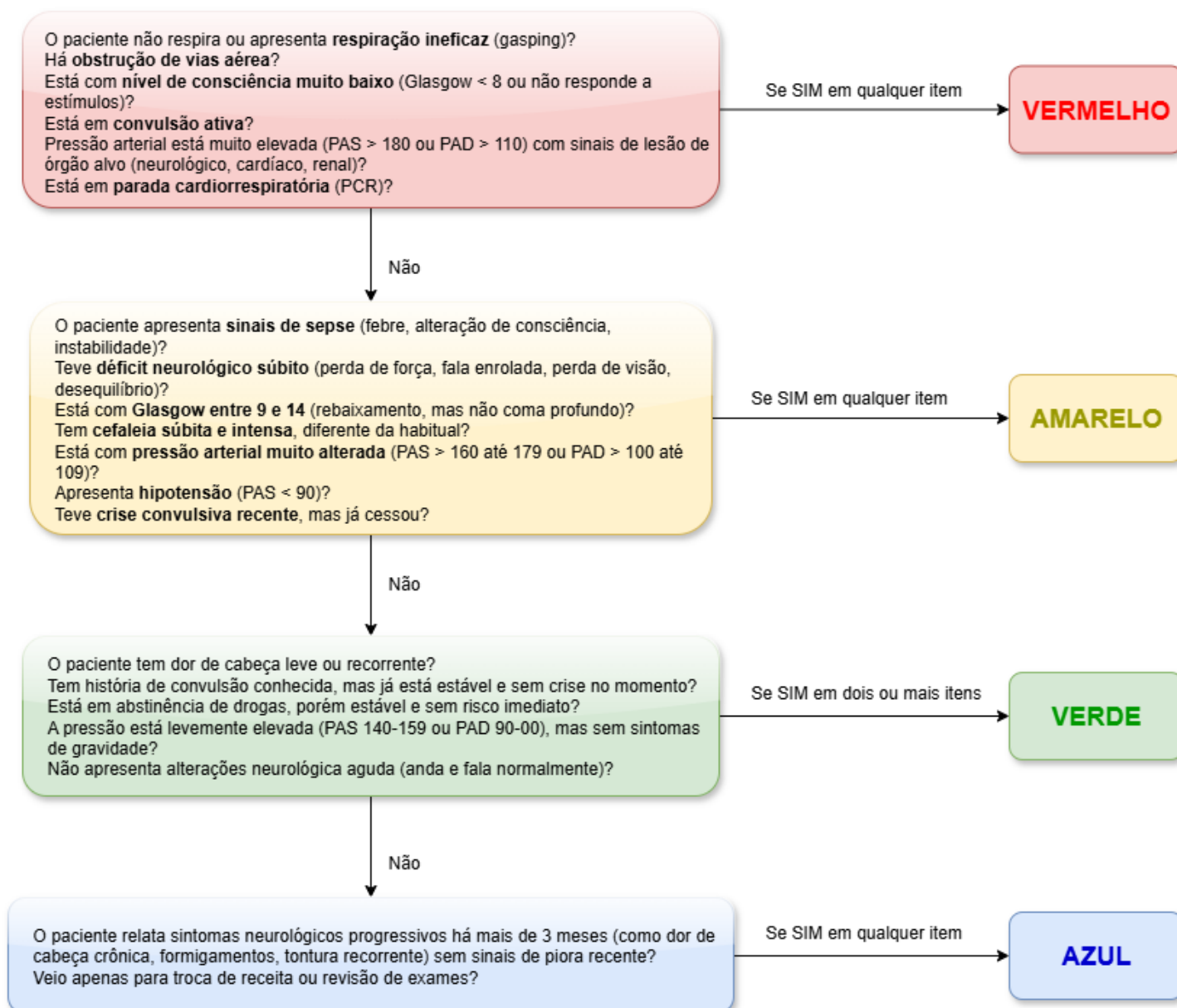
13.1 Anexo I –CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES ADULTOS



ADULTO

- 13.1.1 Alterações do Sistema Nervoso Central**
- 13.1.2 Alterações Cardíacas / Dor torácica**
- 13.1.3 Alterações Comportamentais**
- 13.1.4 Alterações Dermatológicas**
- 13.1.5 Alterações Gastrointestinais**
- 13.1.6 Alterações Geniturinárias**
- 13.1.7 Alterações Ginecológicas/Gestante**
- 13.1.8 Alterações Glicêmicas**
- 13.1.9 Alterações Musculoesqueléticas**
- 13.1.10 Alterações Odontológicas**
- 13.1.11 Alterações Oftalmológica**
- 13.1.12 Alterações Otorrinolaringológicas**
- 13.1.13 Alterações Respiratórias**
- 13.1.14 Alterações Vasculares**
- 13.1.15 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico**
- 13.1.16 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos**
- 13.1.17 Queimaduras**
- 13.1.18 Traumas**
- 13.1.19 Situações Especiais**

13.1.1 Alterações do Sistema Nervoso Central



Observações importantes

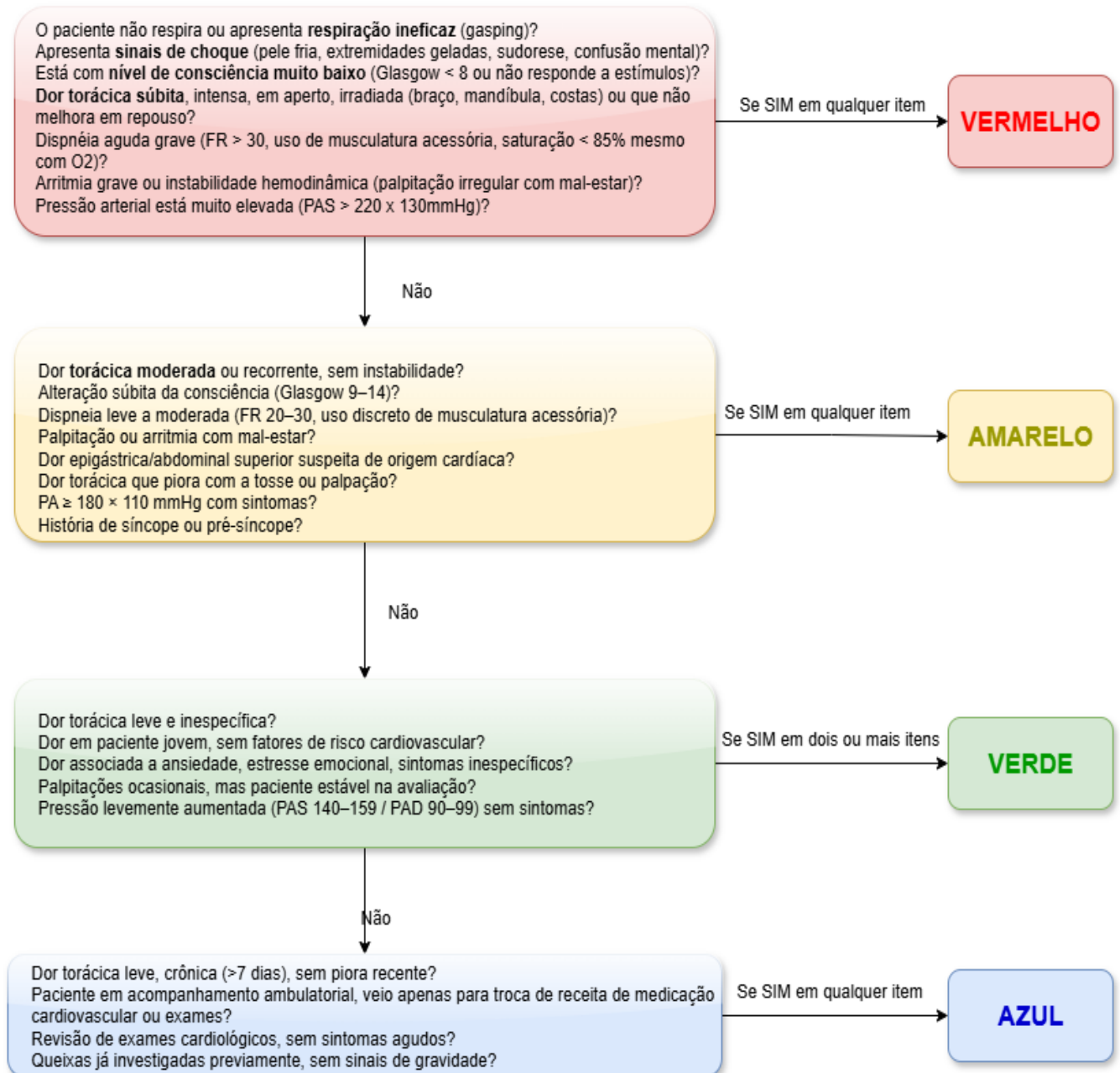
Se houver suspeita de SEPSE → Acionar imediatamente Protocolo de Sepse.

Se houver suspeita de AVC → Acionar imediatamente Protocolo de AVC.

Nos níveis vermelho e amarelo, sempre realizar glicemia capilar durante a triagem.



13.1.2 Alterações Cardíacas / Dor torácica



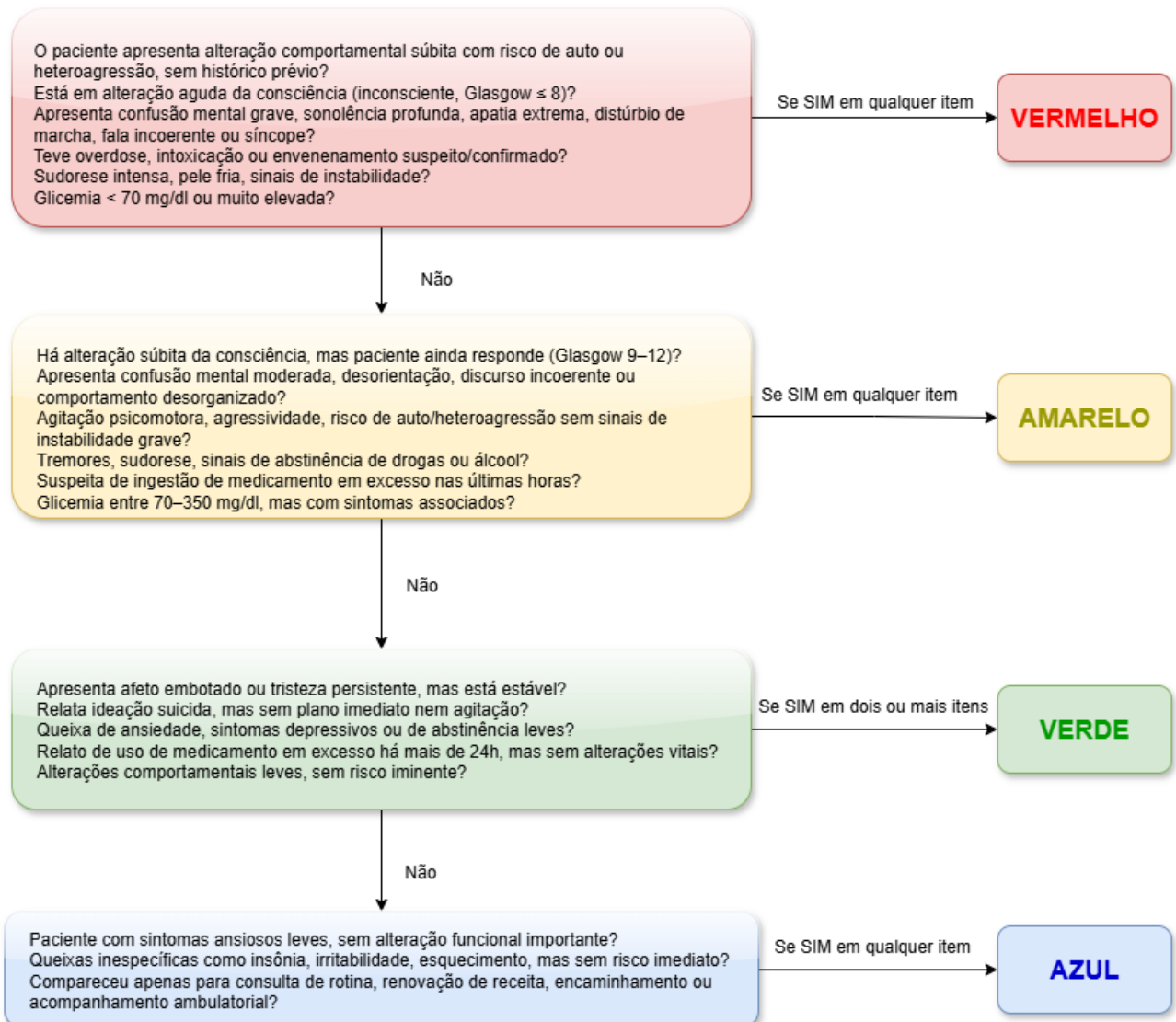
Observação importante

Todo paciente com dor torácica suspeita deve ser avaliado para acionamento imediato do Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

Em casos classificados como vermelho ou amarelo, realizar ECG em até 10 minutos, coleta de marcadores cardíacos, monitorização contínua e avaliação médica imediata.



13.1.3 Alterações Comportamentais



Observações importantes

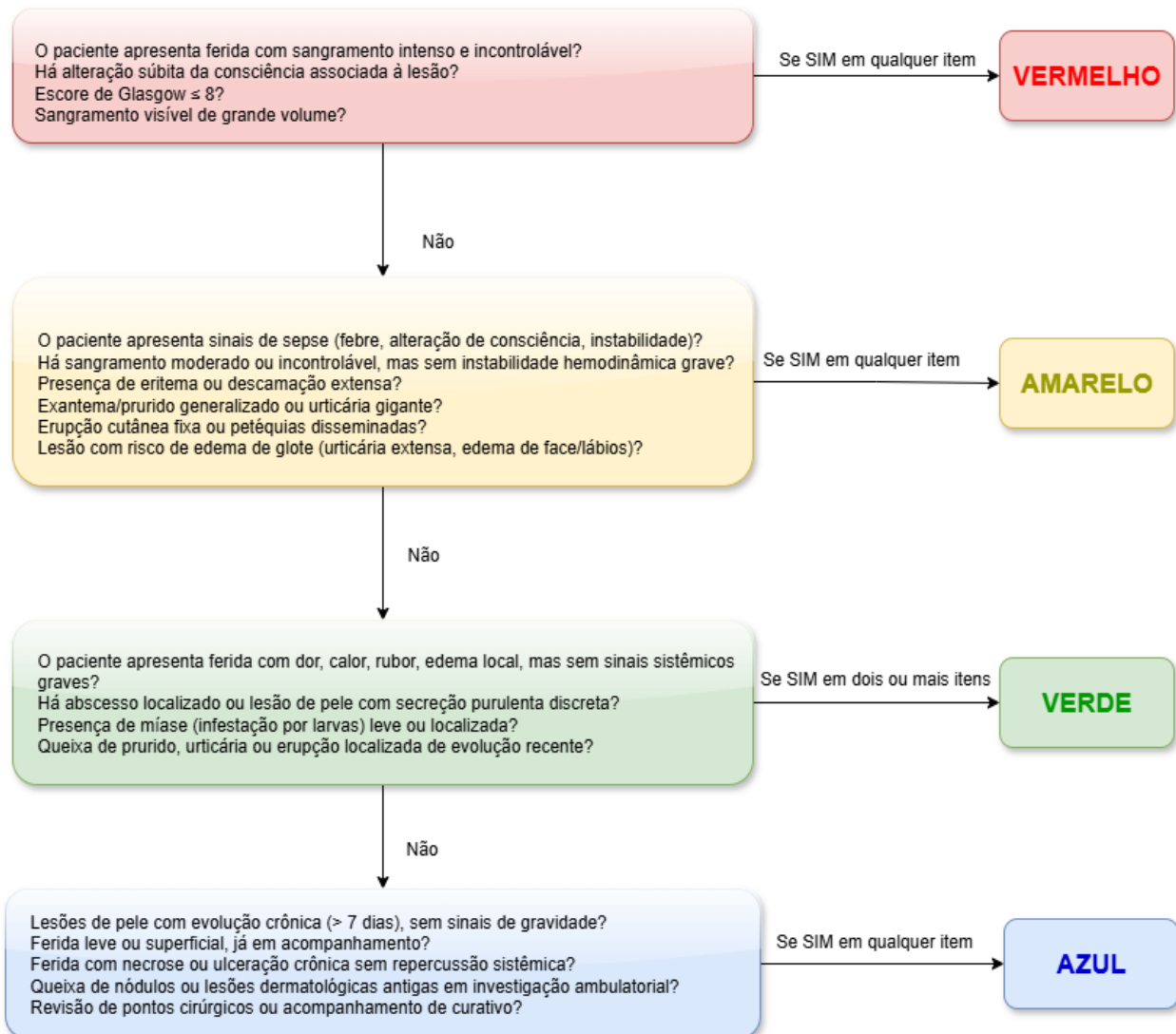
Em todo paciente com alteração comportamental → aferir glicemia capilar, especialmente em idosos.

Nos casos de risco de auto ou heteroagressão → garantir segurança do paciente e da equipe, acionar suporte médico imediatamente.

Registrar sinais de intoxicação ou abstinência e notificar se necessário.



13.1.4 Alterações Dermatológicas



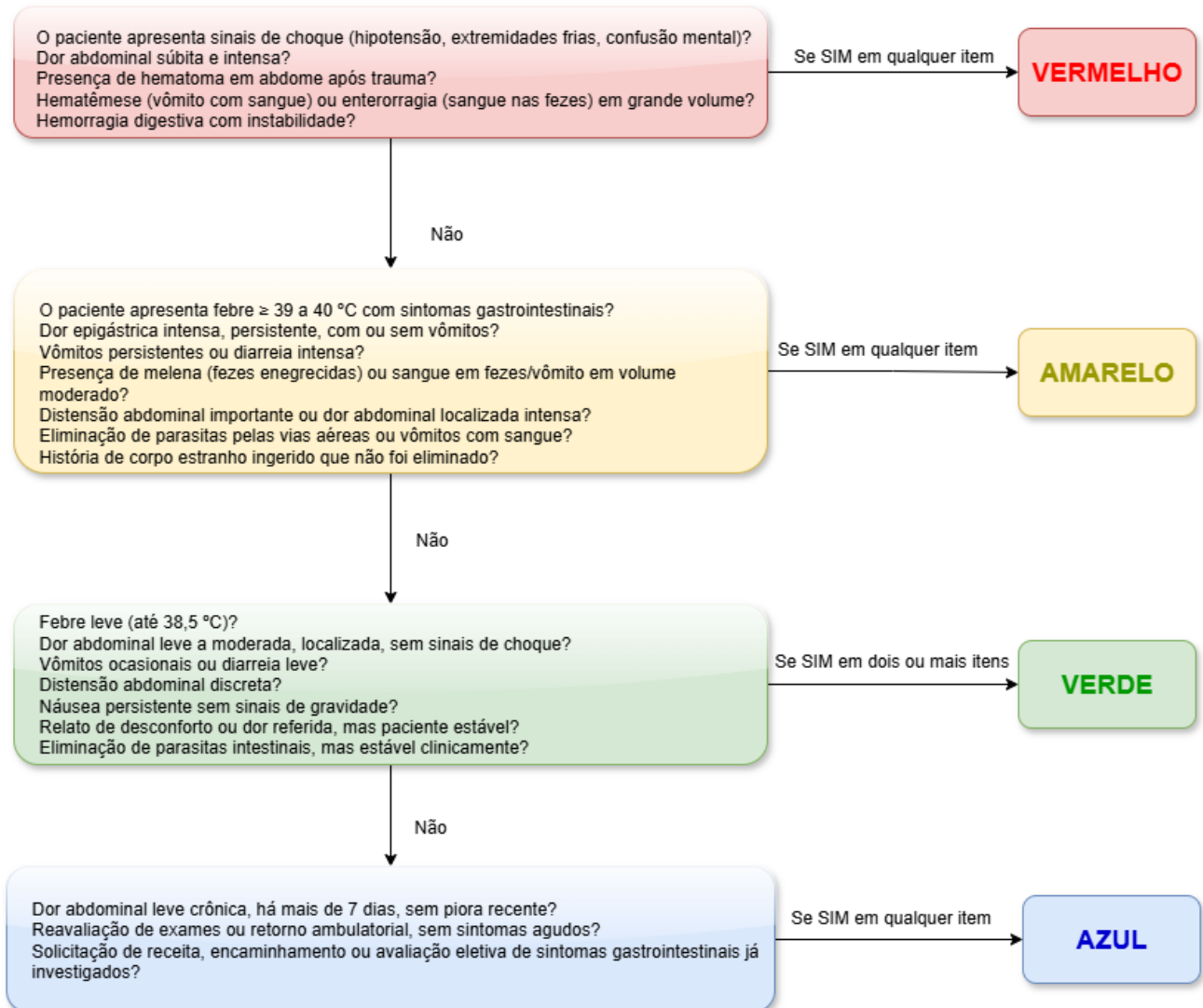
Observações importantes

Se houver sinais de sepse associados à lesão → Acionar imediatamente Protocolo de Sepse.

Em casos de petéquias generalizadas ou urticária gigante → atenção para risco de anafilaxia.

Nos casos de ferimentos que necessitem de sutura → notificar equipe médica.

13.1.5 Alterações Gastrointestinais



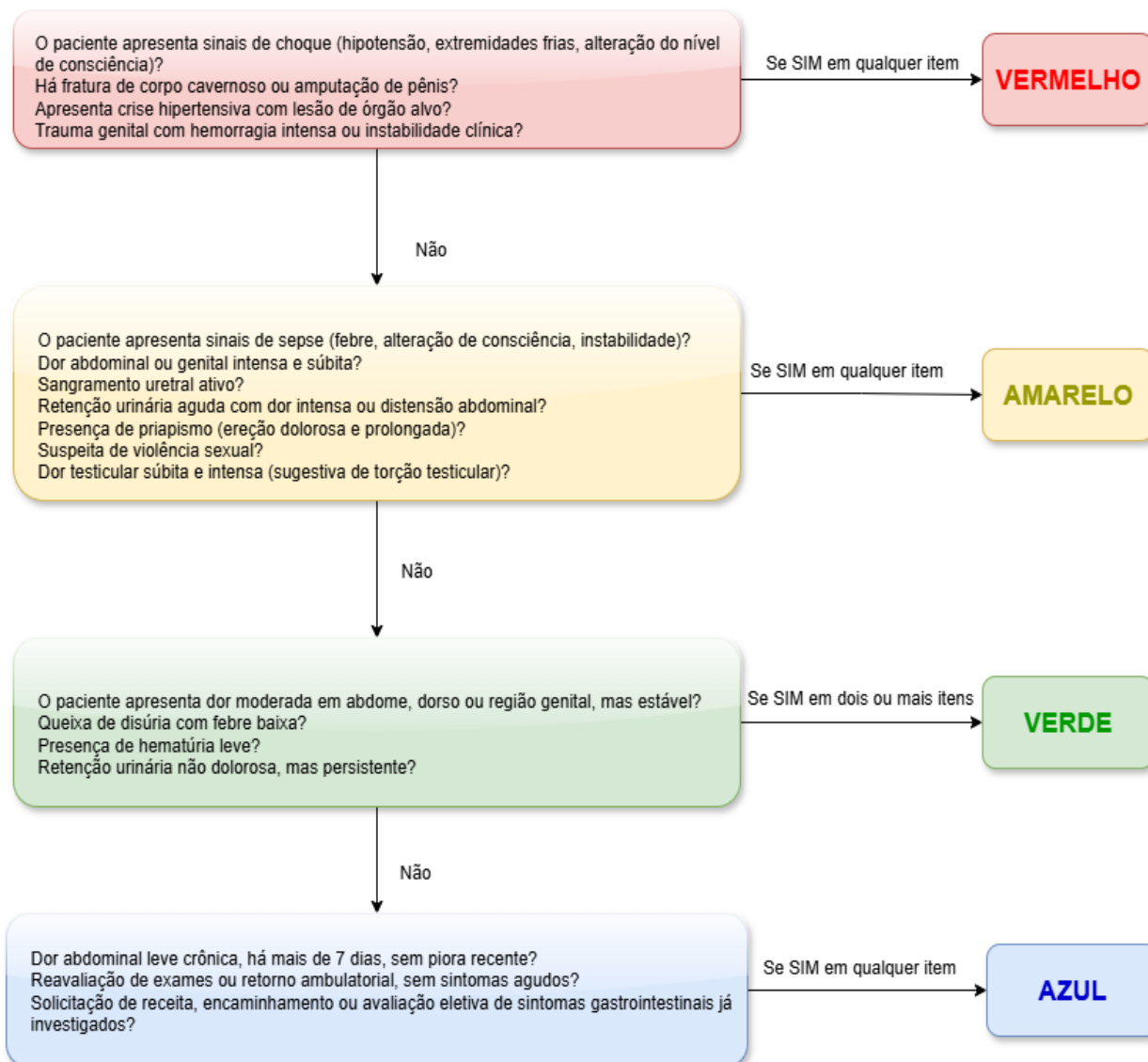
Observações importantes

Se houver suspeita de sepse → Acionar imediatamente Protocolo de Sepse.

Se houver dor abdominal súbita e intensa → avaliar causas cirúrgicas agudas (ex.: abdome agudo, perfuração, pancreatite).

Nos casos de hematêmese, melena ou enterorragia → acionar equipe médica imediatamente.

13.1.6 Alterações Geniturinárias



Observações importantes

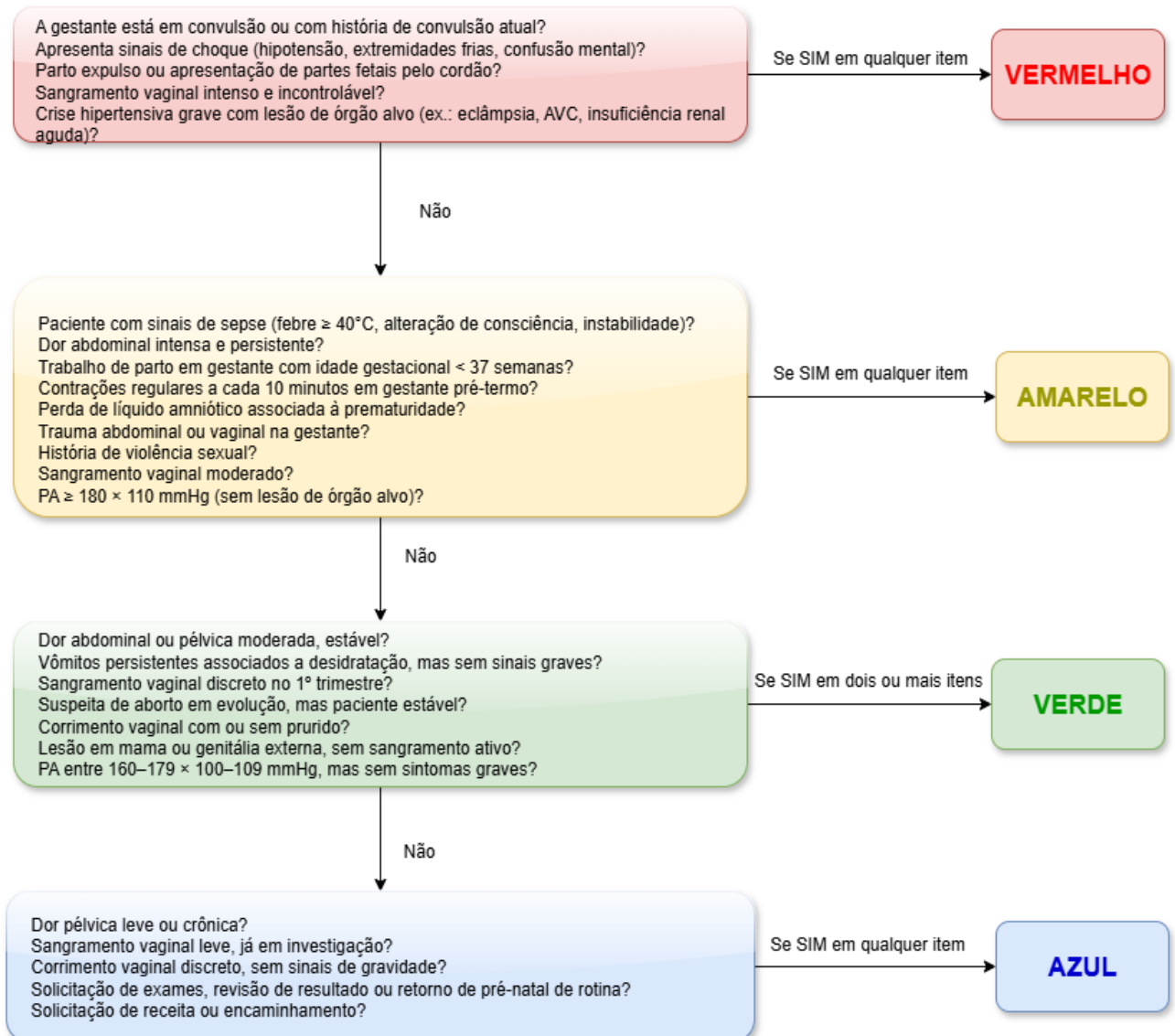
Se houver suspeita de sepse → Acionar Protocolo de Sepse.

Retenção urinária aguda → requer avaliação médica imediata.

Torção testicular suspeita → emergência urológica, acionar equipe médica rapidamente.

Casos de violência sexual → notificar obrigatoriamente e acionar fluxo específico.

13.1.7 Alterações Ginecológicas/Gestante



Observações importantes

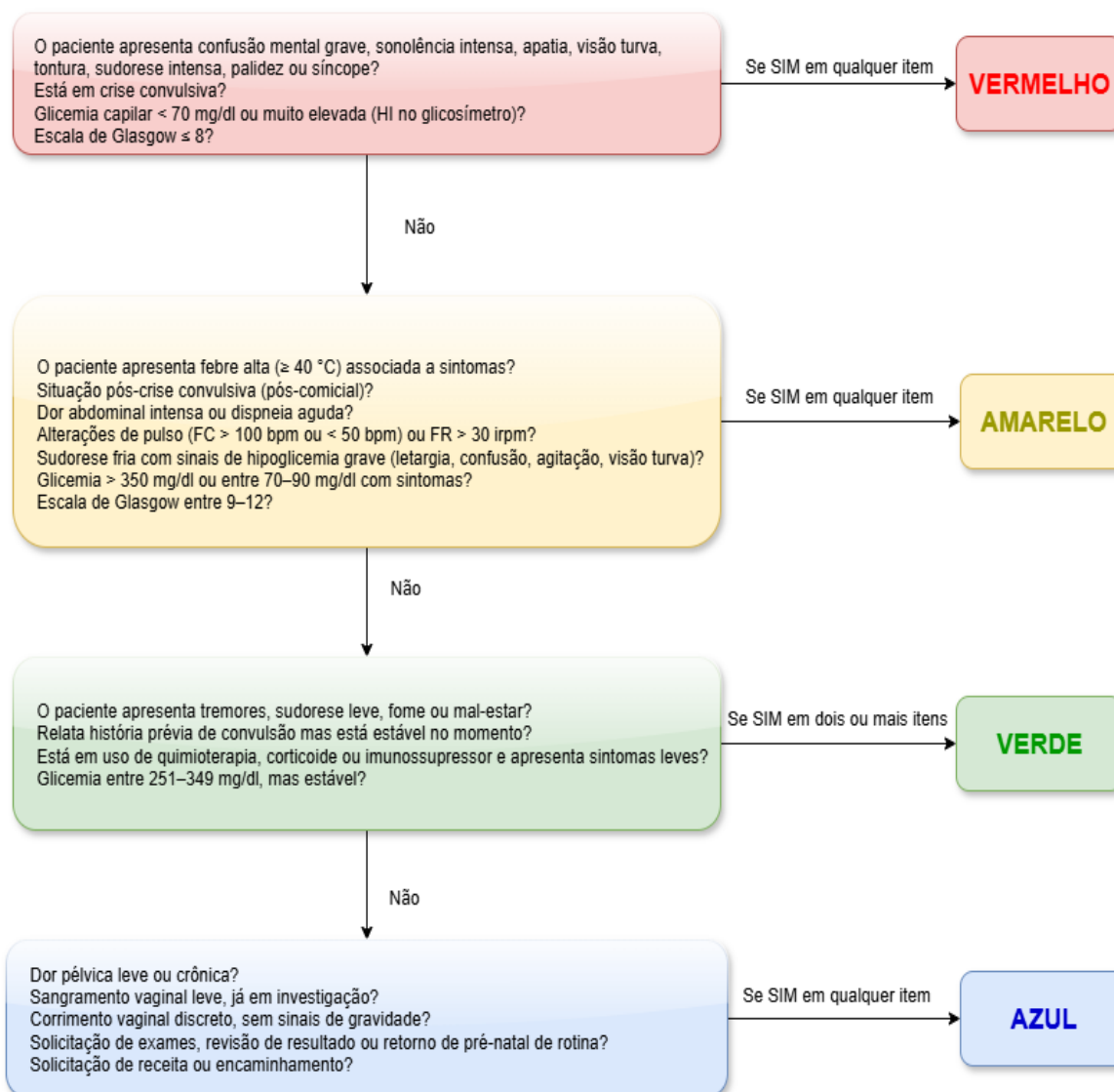
Gestantes com sangramento, perda de líquido, dor abdominal intensa ou pressão elevada devem ser priorizadas.

Suspeita de sepse → Acionar Protocolo de Sepse.

Suspeita de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave → Acionar Protocolo de Síndromes Hipertensivas da Gestação.

Violência sexual → seguir fluxo de notificação e atendimento especializado.

13.1.8 Alterações Glicêmicas



Observações importantes

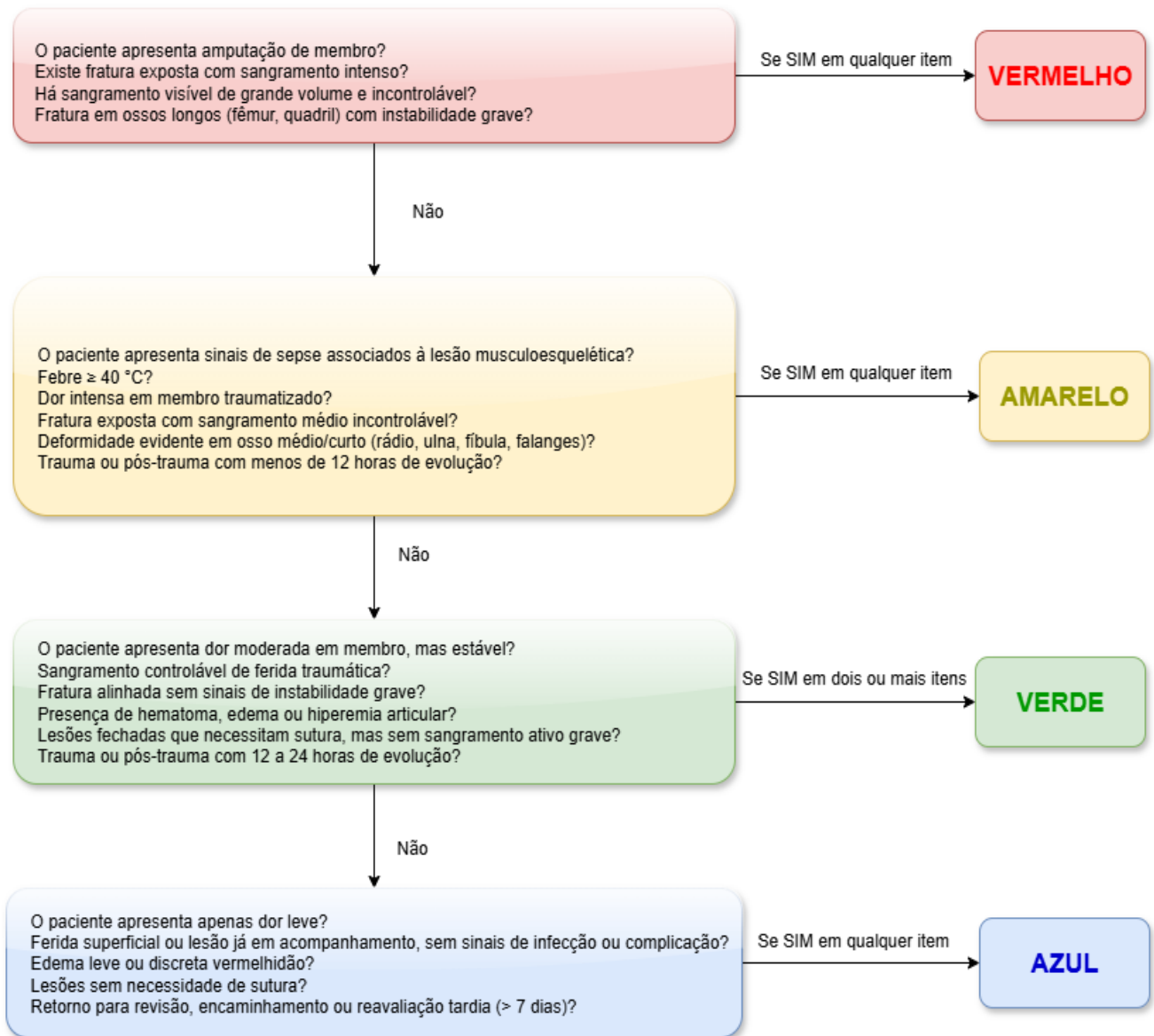
Todo paciente com alteração glicêmica deve ter glicemia capilar medida imediatamente.

Hipoglicemia grave (< 70 mg/dl com sintomas) → acionar protocolo de hipoglicemia.

Hiperglicemia grave (> 350 mg/dl) → acionar protocolo de cetoacidose ou hiperglicemia grave, conforme sinais clínicos.

Nos níveis vermelho e amarelo → garantir acesso venoso, monitorização e acionar equipe médica de imediato.

13.1.9 Alterações Musculoesqueléticas



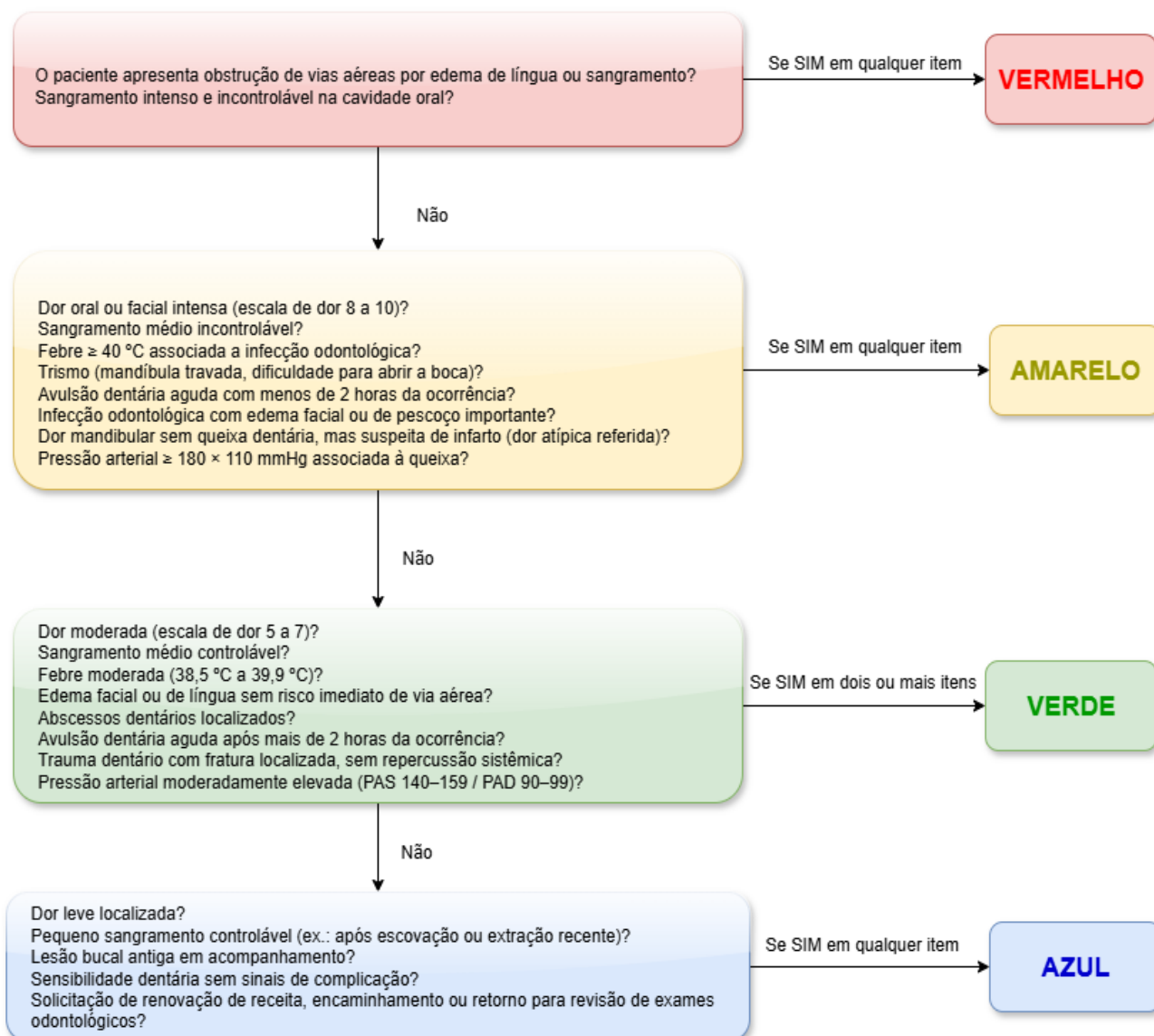
Observações importantes

Se houver suspeita de sepse → Acionar Protocolo de Sepse.

Fraturas expostas e amputações → priorizar controle de hemorragia e acionar equipe cirúrgica imediatamente.

Trauma musculoesquelético em paciente com doenças hematológicas (ex.: hemofilia, anemia falciforme, anticoagulados) → atenção redobrada, mesmo em casos aparentemente leves.

13.1.10 Alterações Odontológicas



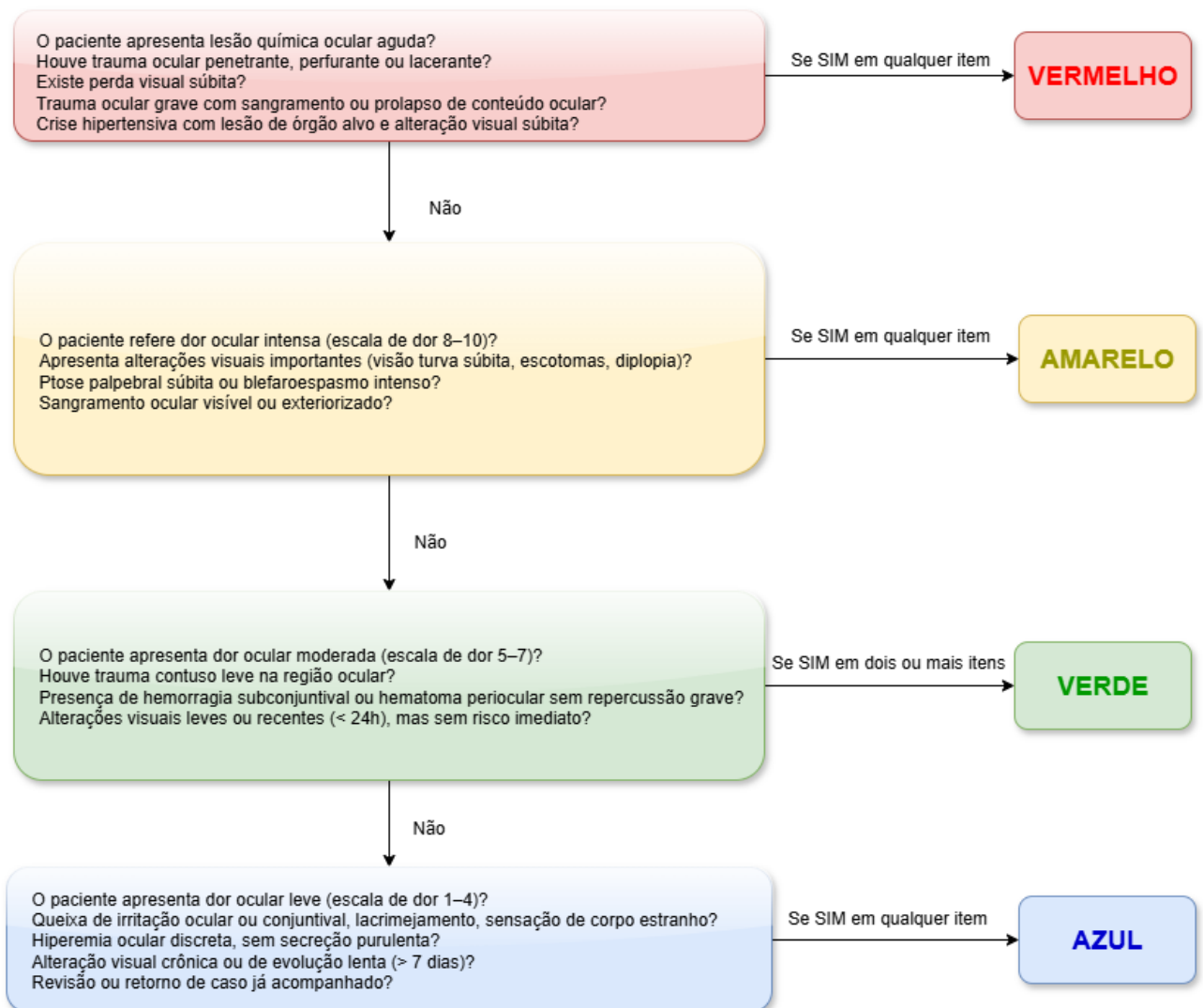
Observações importantes

Avulsão dentária em até 2h → reimplante imediato se possível (ou encaminhar).

Trismo, febre alta e edema de face/pescoço → risco de complicação infecciosa grave (angina de Ludwig).

Sempre avaliar glicemia em pacientes com queixas odontológicas e sinais sistêmicos.

13.1.11 Alterações Oftalmológica



Observações importantes

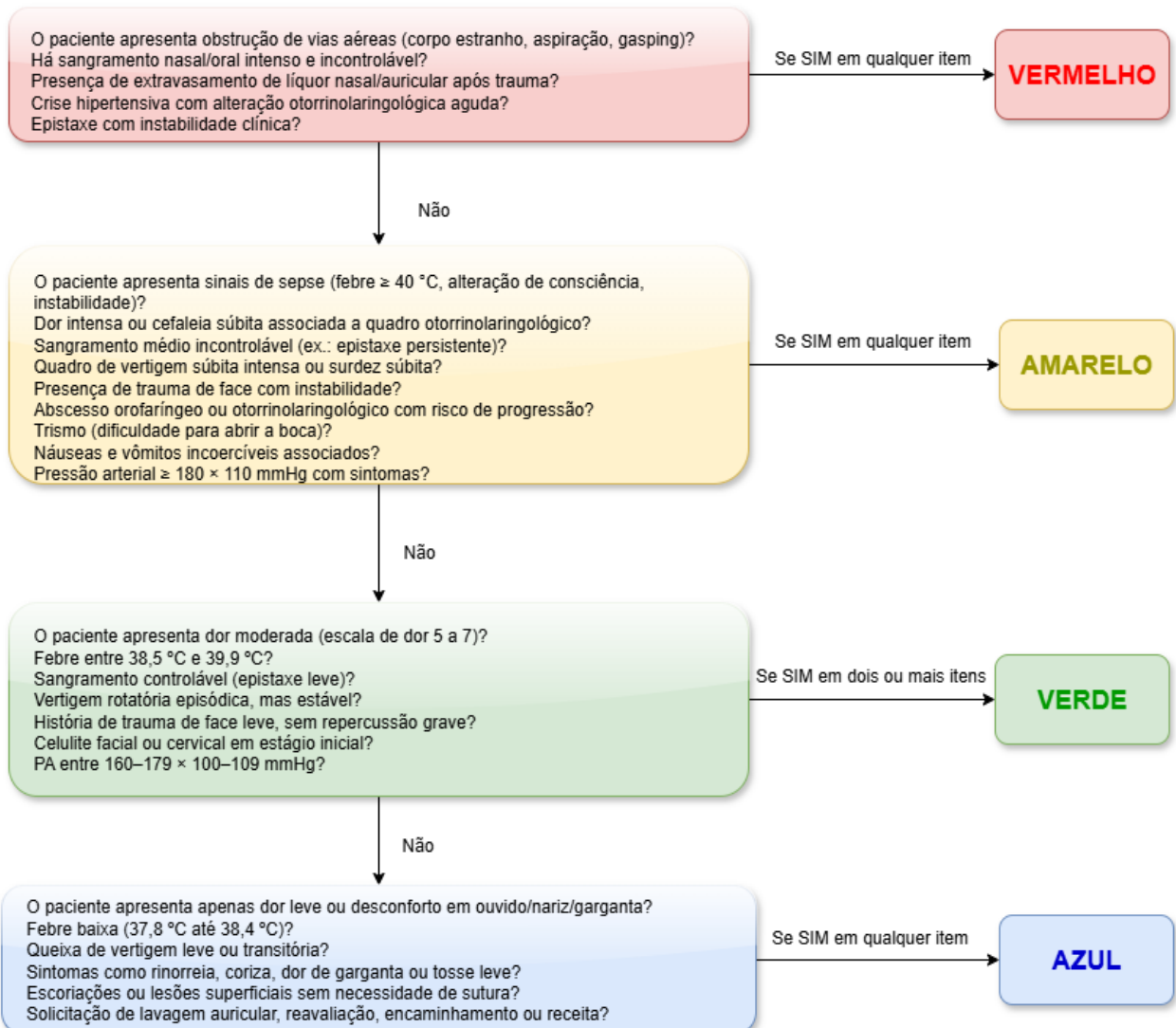
Lesões químicas → irrigar imediatamente com solução estéril e acionar equipe médica.

Traumas perfurantes ou com perda visual súbita → atendimento emergencial imediato.

Hemorragia subconjuntival isolada → geralmente benigna, mas deve ser registrada.



13.1.12 Alterações Otorrinolaringológicas



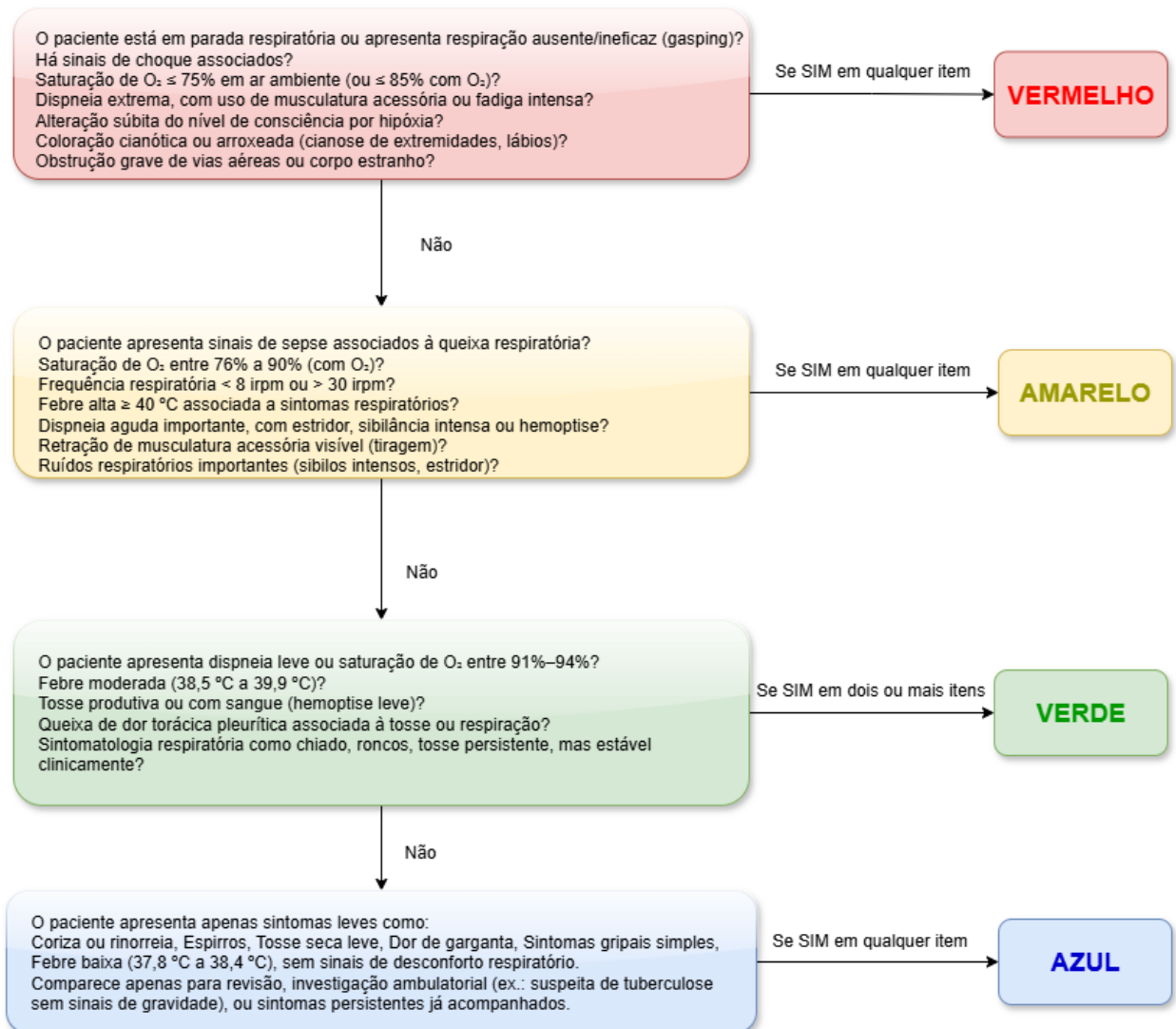
Observações importantes

Epistaxe persistente ou sangramento médio/incontrolável → pode necessitar cauterização ou tamponamento → encaminhar rápido.

Extravasamento de líquido nasal/auricular após trauma → alto risco de complicação neurológica, emergência imediata.

Trismo associado a abscesso orofaríngeo → risco de via aérea difícil, acionar equipe médica.

13.1.13 Alterações Respiratórias



Observações importantes

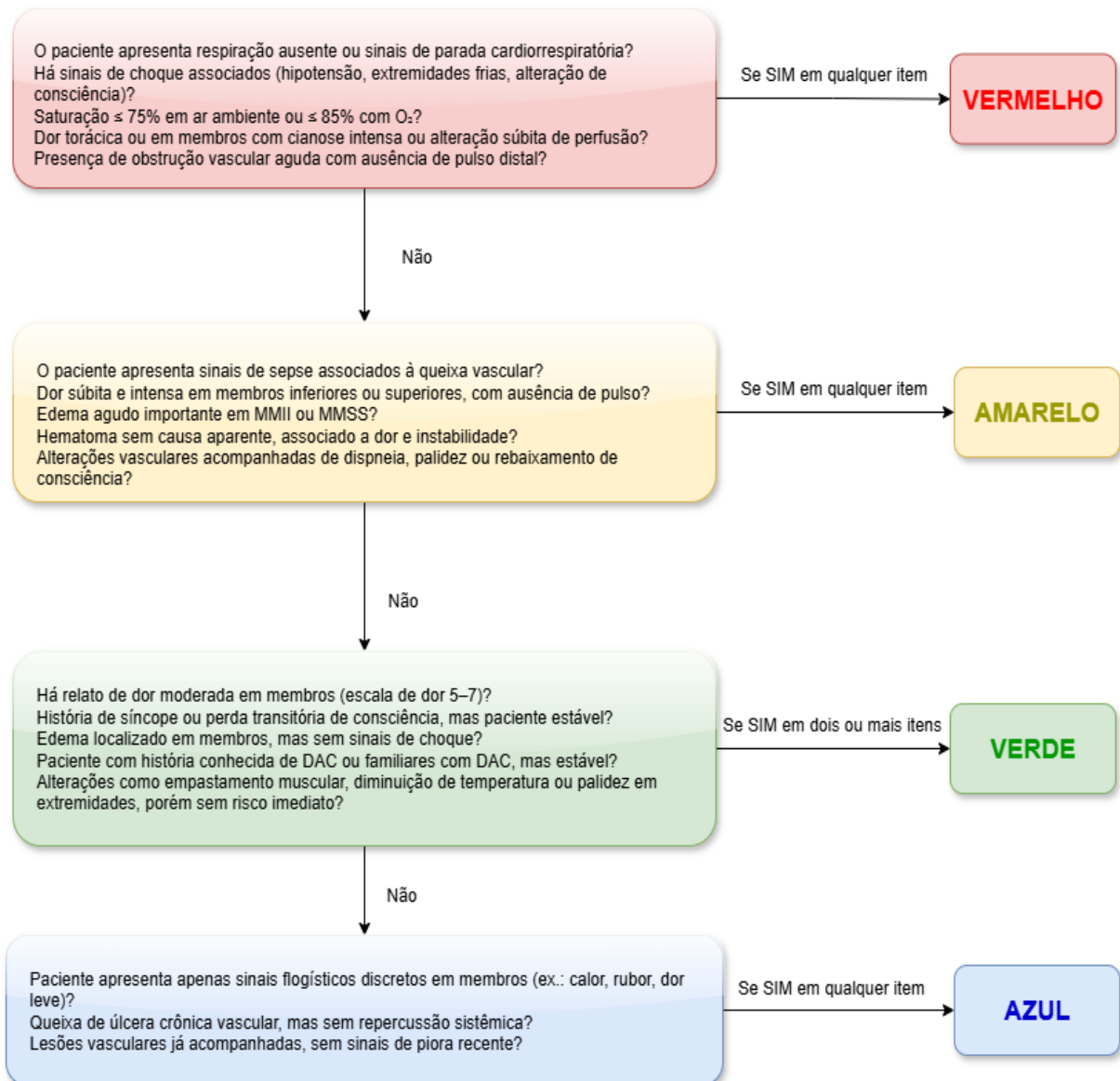
Se houver suspeita de sepse respiratória → Acionar Protocolo de Sepse.

Em casos de estridor, hemoptise ou desconforto respiratório progressivo → acionar equipe médica de imediato.

Quadros de febre baixa persistente com tosse prolongada → avaliar suspeita de tuberculose (TB).



13.1.14 Alterações Vasculares



Observações importantes

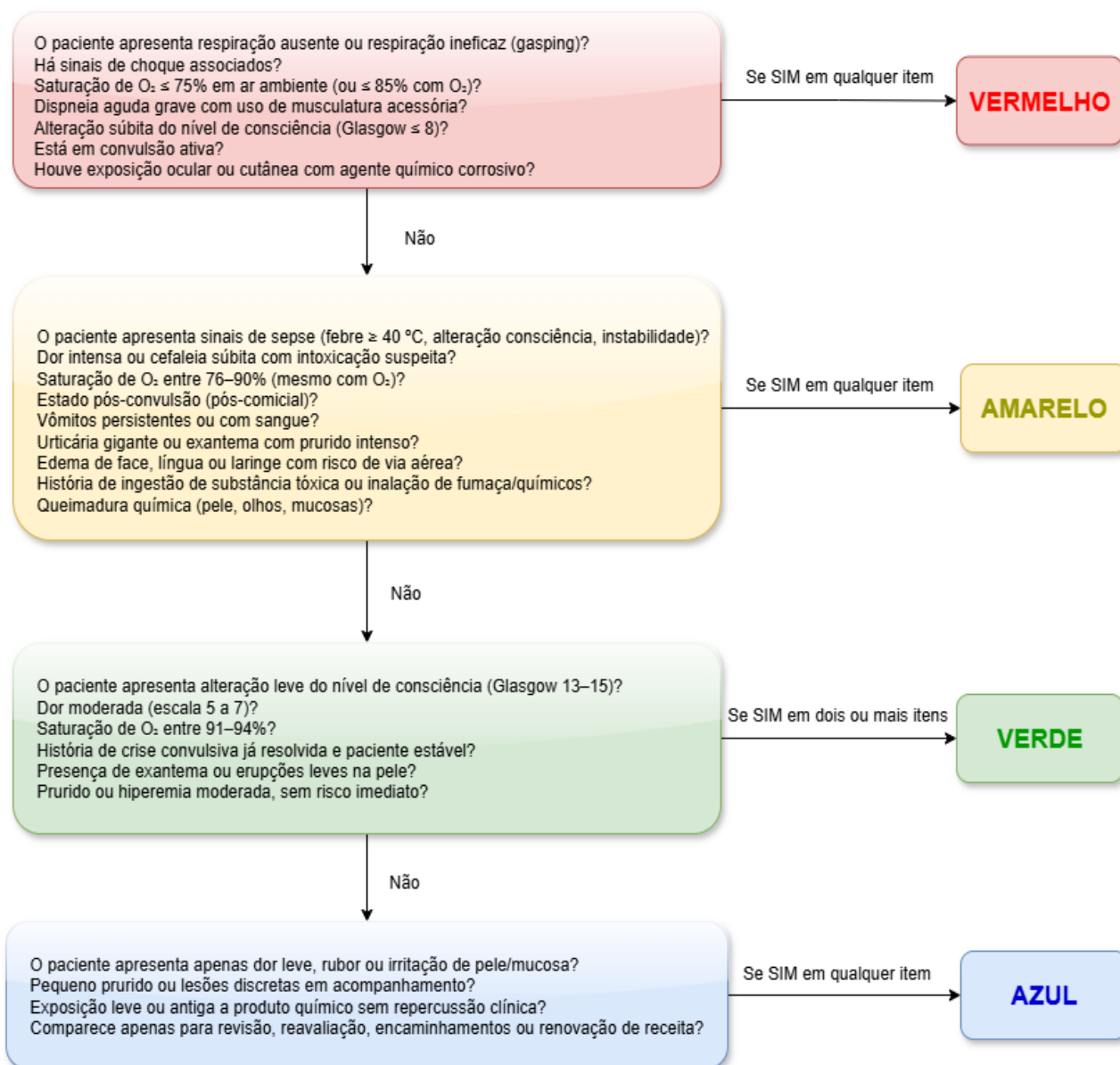
Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo pulmonar (TEP)
→ acionar avaliação médica imediata.

Edema súbito e assimétrico em membros → suspeita de TVP.

Dor súbita em membro com ausência de pulso → emergência vascular (isquemia aguda).

Úlceras crônicas → acompanhar em APS, salvo sinais de infecção sistêmica.

13.1.15 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico



Observações importantes

Toda exposição química ocular → irrigar imediatamente e acionar equipe médica.

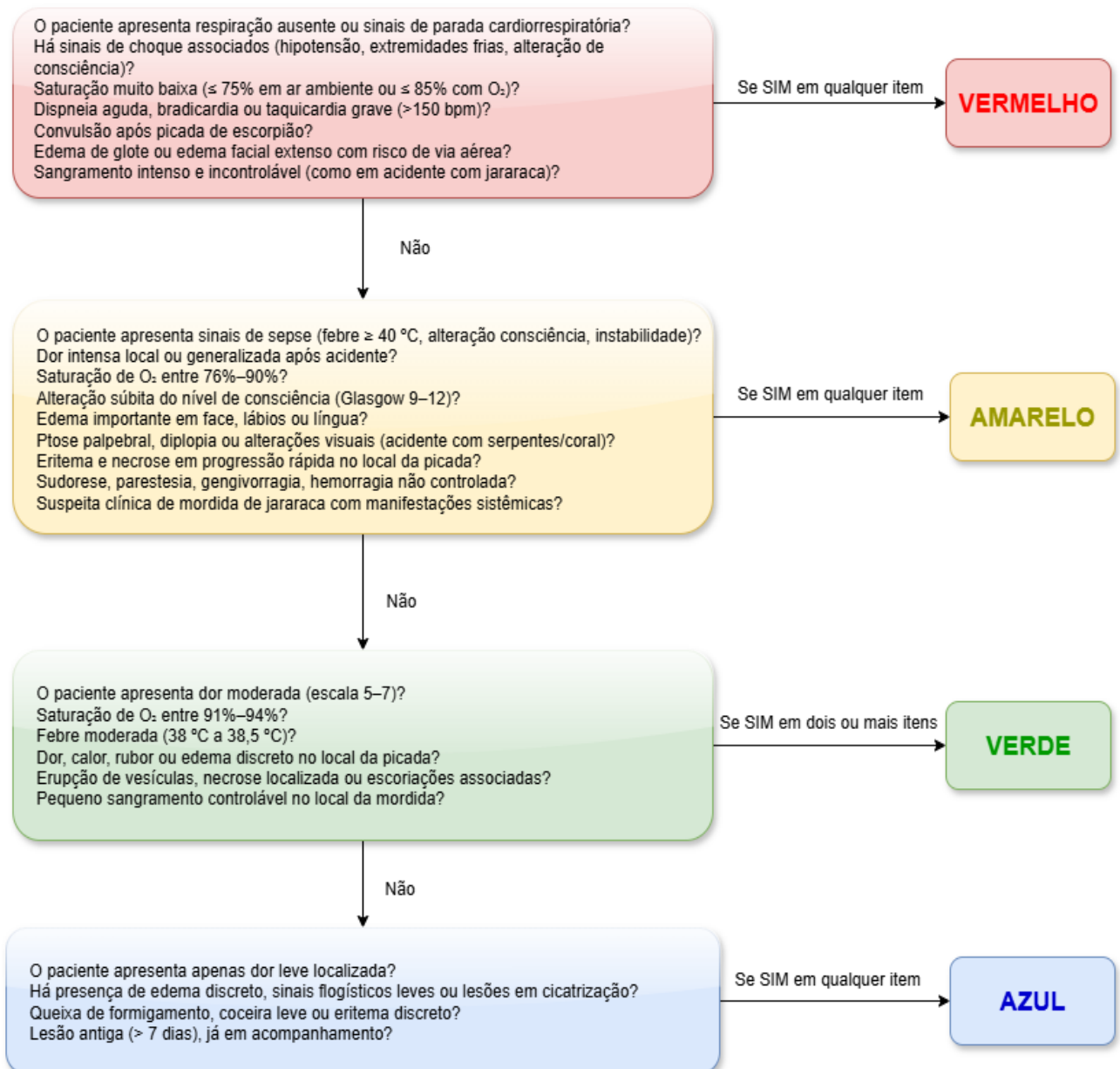
Ingestão de substância tóxica → não induzir vômito, manter via aérea protegida.

Exposição com sintomas respiratórios graves → acionar suporte avançado e encaminhar de imediato.

Casos de intoxicação intencional → avaliar risco de autoagressão e acionar equipe multiprofissional.



13.1.16 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos



Observações importantes

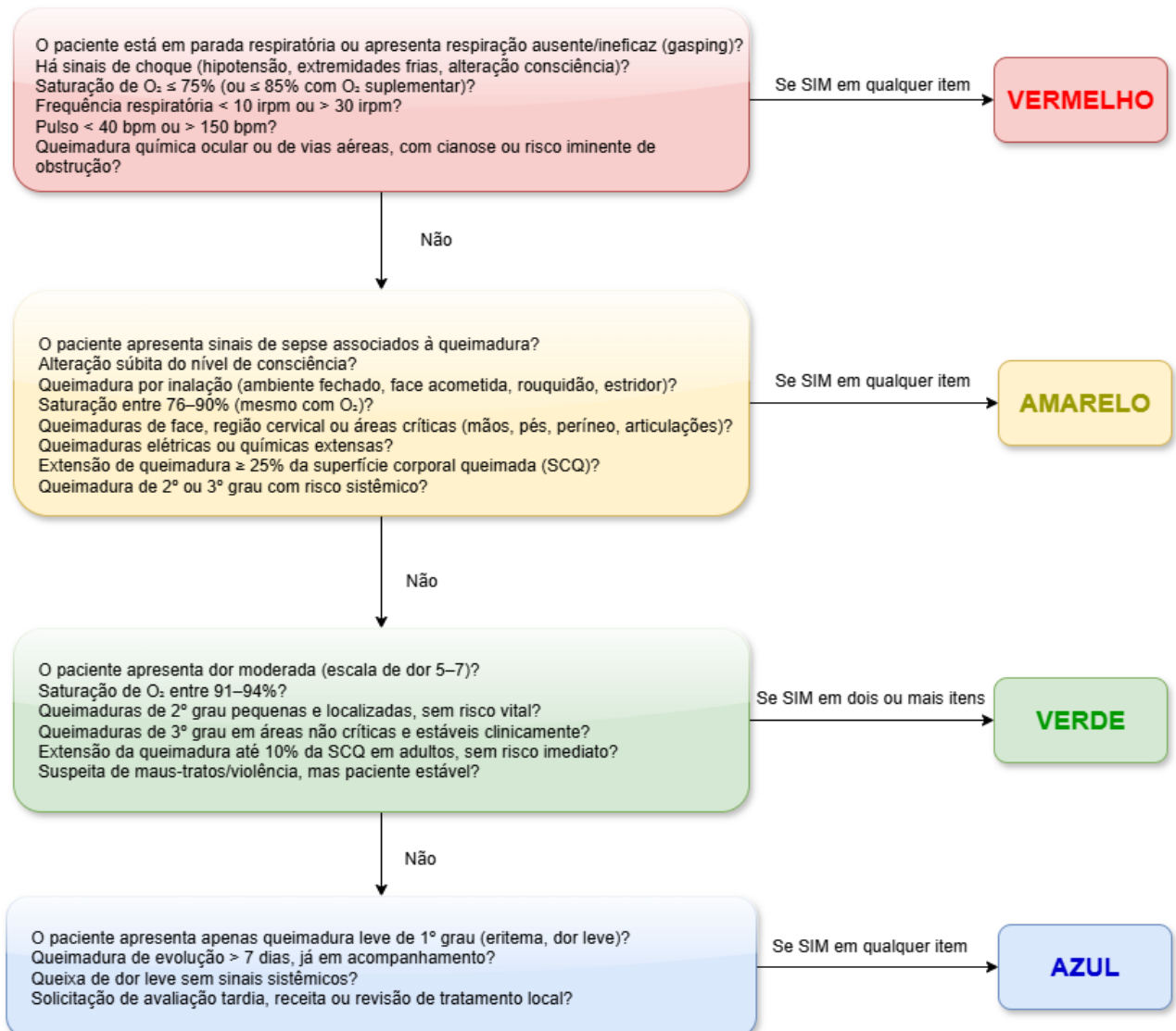
Todo acidente com animal peçonhento deve ser avaliado para indicação de soro antiveneno.

Animais de risco: serpentes (jararaca, cascavel, coral, surucucu), escorpião, aranha-marrom, entre outros.

Edema facial ou de via aérea → risco de asfixia, prioridade máxima.

Sangramentos importantes ou necrose extensa → acionamento rápido de equipe médica.

13.1.17 Queimaduras



Observações importantes

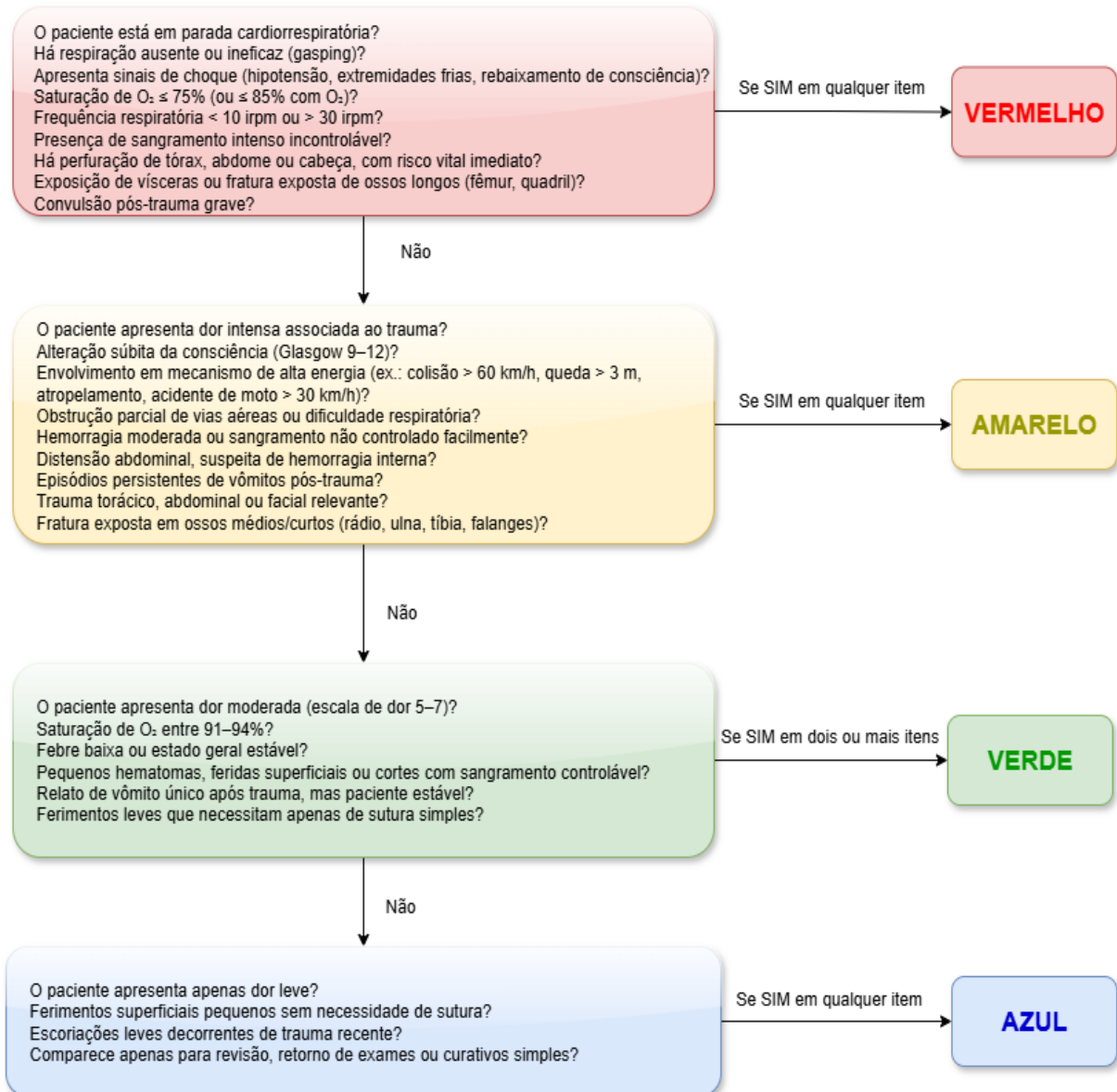
Queimaduras por inalação → emergência absoluta, acionar via aérea avançada.

Queimaduras químicas → iniciar irrigação imediata no local.

Queimaduras elétricas → risco de arritmia, monitorização obrigatória.

Áreas críticas (face, mãos, pés, períneo, articulações) → sempre priorizar atendimento médico rápido.

13.1.18 Traumas



Observações importantes

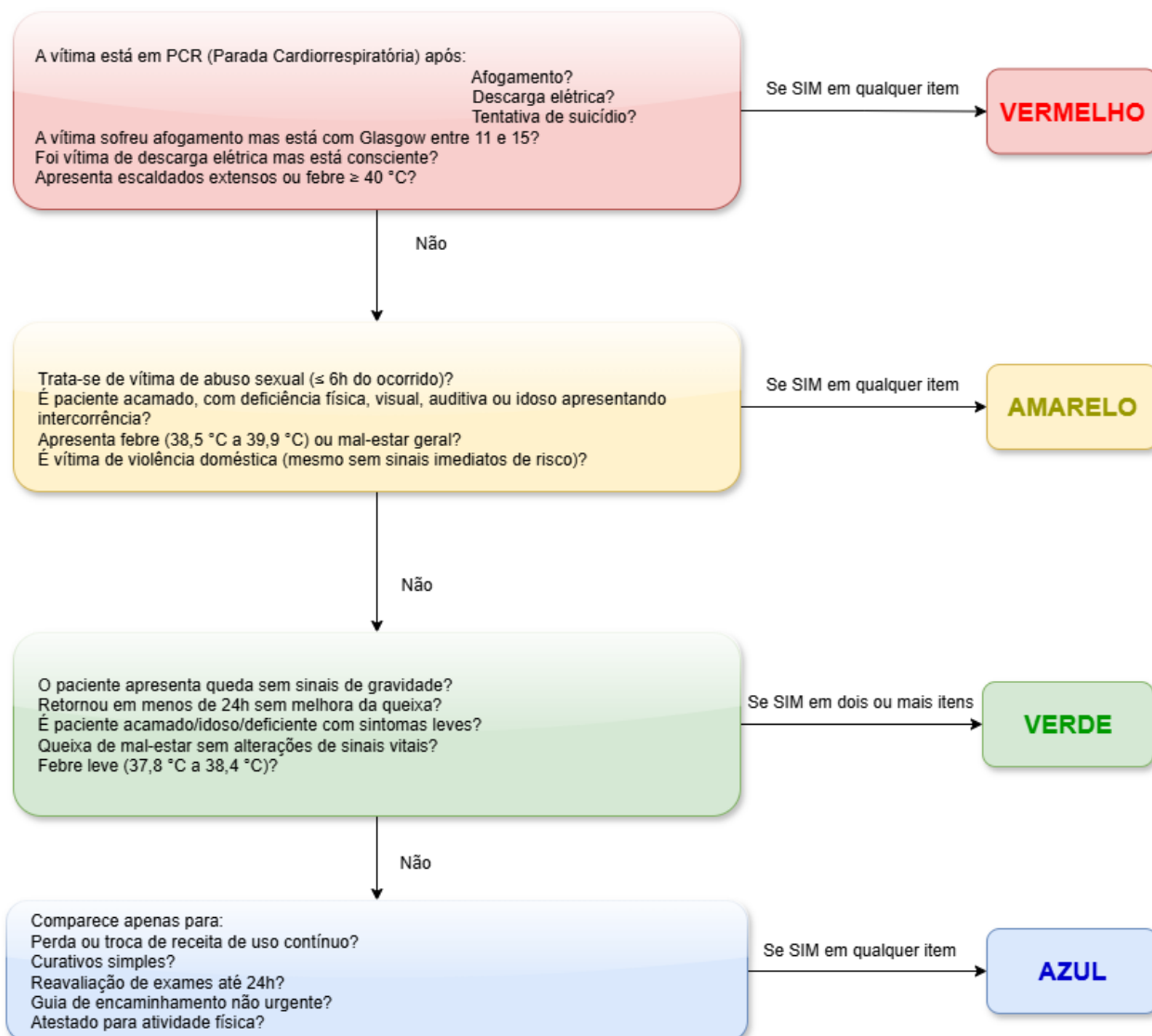
Sempre avaliar mecanismo do trauma → alto risco mesmo em pacientes estáveis.

Traumas de alta energia exigem monitorização mesmo sem sinais imediatos.

Fraturas expostas, hemorragias ativas e traumas de tórax/abdome → acionar equipe médica imediata.

Pacientes com trauma + alteração de consciência → encaminhar como prioridade.

13.1.19 Situações Especiais



Destaque especial:

Nos casos de **abuso sexual, violência doméstica ou tentativa de suicídio**, além da classificação de risco, é **obrigatória a notificação compulsória** e acionamento dos fluxos específicos (PEP, psicossocial, conselho tutelar quando aplicável). Pacientes vulneráveis (idosos, acamados, deficientes) sempre devem ter prioridade maior que a classificação “padrão” para evitar riscos de subestimação.

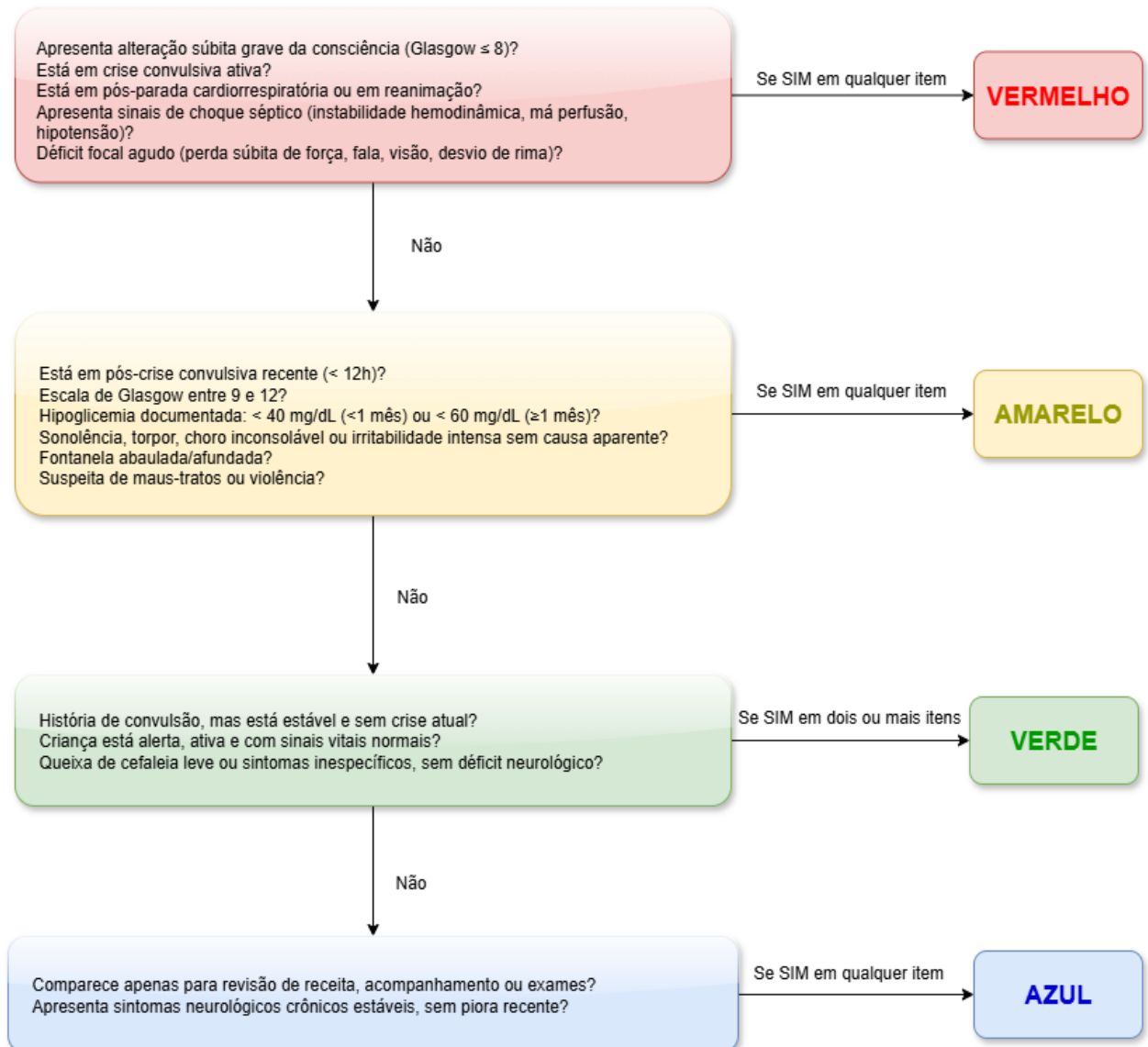
13.2 Anexo II – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS



PEDIÁTRICO

- 13.2.1 Alterações do Sistema Nervoso Central**
- 13.2.2 Alterações Cardíacas**
- 13.2.3 Alterações Comportamentais**
- 13.2.4 Alterações Dermatológicas**
- 13.2.5 Alterações Gastrointestinais**
- 13.2.6 Alterações Geniturinárias**
- 13.2.7 Alterações Glicêmicas**
- 13.2.8 Alterações Musculoesqueléticas**
- 13.2.9 Alterações Odontológicas**
- 13.2.10 Alterações Oftalmológica**
- 13.2.11 Alterações Otorrinolaringológicas**
- 13.2.12 Alterações Respiratórias**
- 13.2.13 Alterações Vasculares**
- 13.2.14 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico**
- 13.2.15 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos**
- 13.2.16 Queimaduras**
- 13.2.17 Traumas**
- 13.2.18 Situações Especiais**

13.2.1 Alterações do Sistema Nervoso Central



Observações importantes

Se houver suspeita de SEPSE → Acionar imediatamente o Protocolo de Sepses.

Se houver suspeita de AVC (déficit focal súbito, assimetria facial, alteração de fala, hemiparesia) → Acionar imediatamente o Protocolo de AVC.

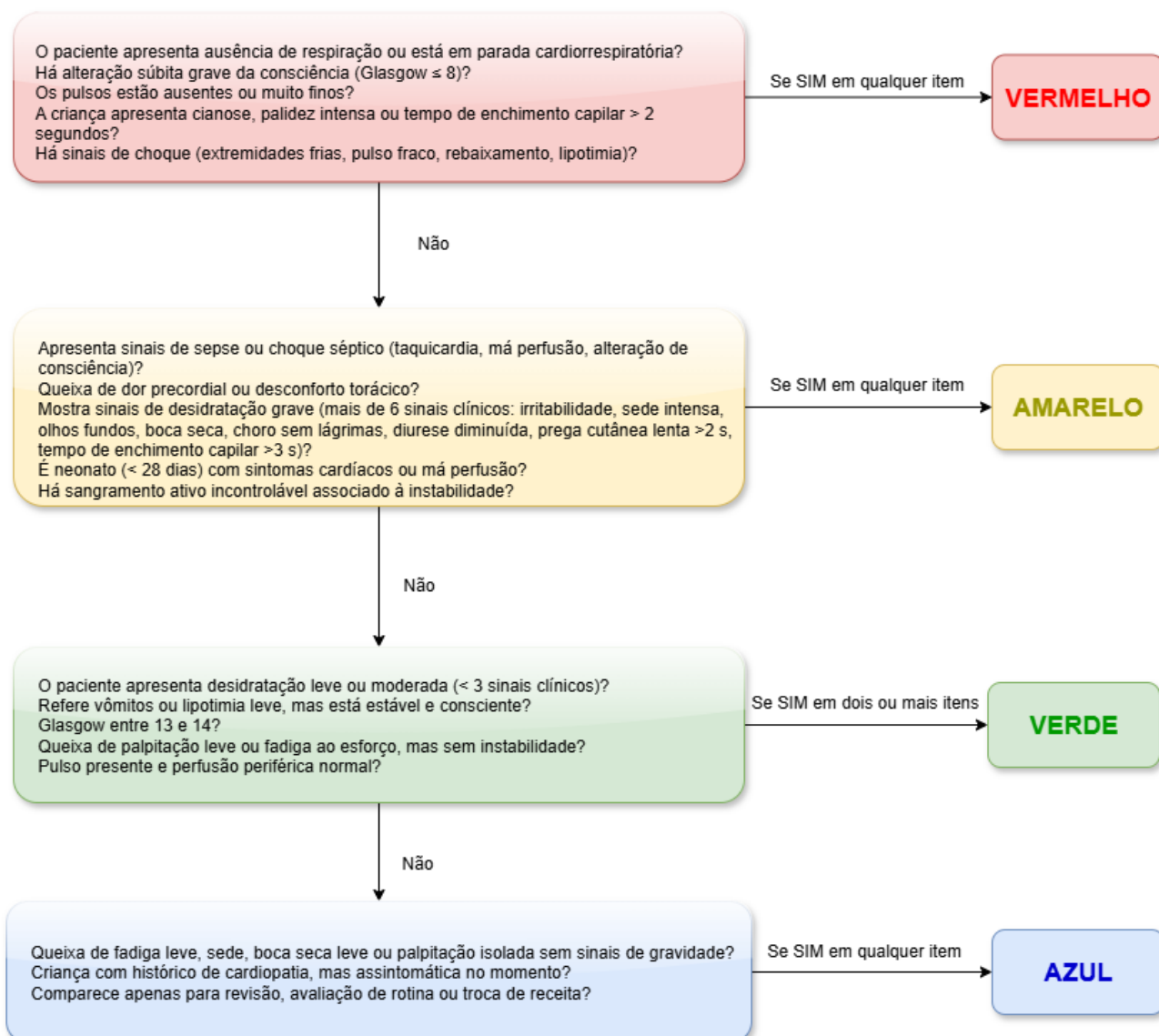
Em classificações vermelho e amarelo → realizar glicemia capilar durante a triagem e monitorização.

Avaliar ABC antes de tudo; garantir via aérea pérvia, oxigenação e circulação.

Utilizar Escala de Glasgow Pediátrica ou AVPU e registrar no prontuário.



13.2.2 Alterações Cardíacas



Observações importantes:

Crianças com cianose, taquicardia persistente, palidez ou sudorese fria devem ser avaliadas imediatamente.

Sinais de insuficiência cardíaca aguda (dispneia, hepatomegalia, pulsos fracos, extremidades frias) → classificar como vermelho e acionar equipe médica.

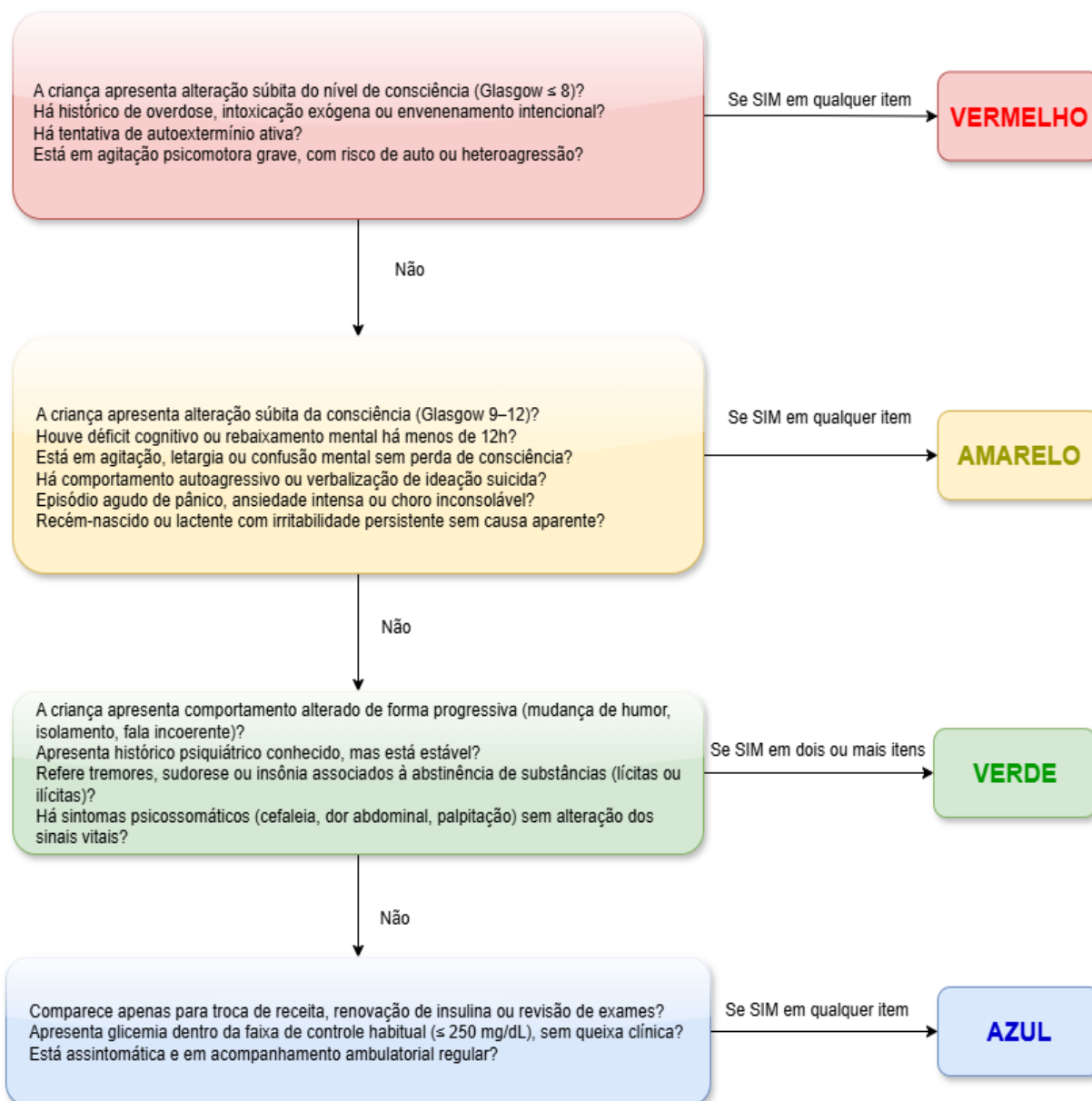
Dor torácica é incomum em pediatria; se presente, investigar causa cardíaca, pulmonar ou gastrointestinal.

Cardiopatias congênitas conhecidas com descompensação clínica requerem avaliação imediata e monitorização contínua.



PEDIÁTRICO

13.2.3 Alterações Comportamentais



Observações importantes:

Alteração súbita do comportamento (letargia, irritabilidade, choro inconsolável) pode indicar hipoglicemia, infecção grave ou trauma craniano.

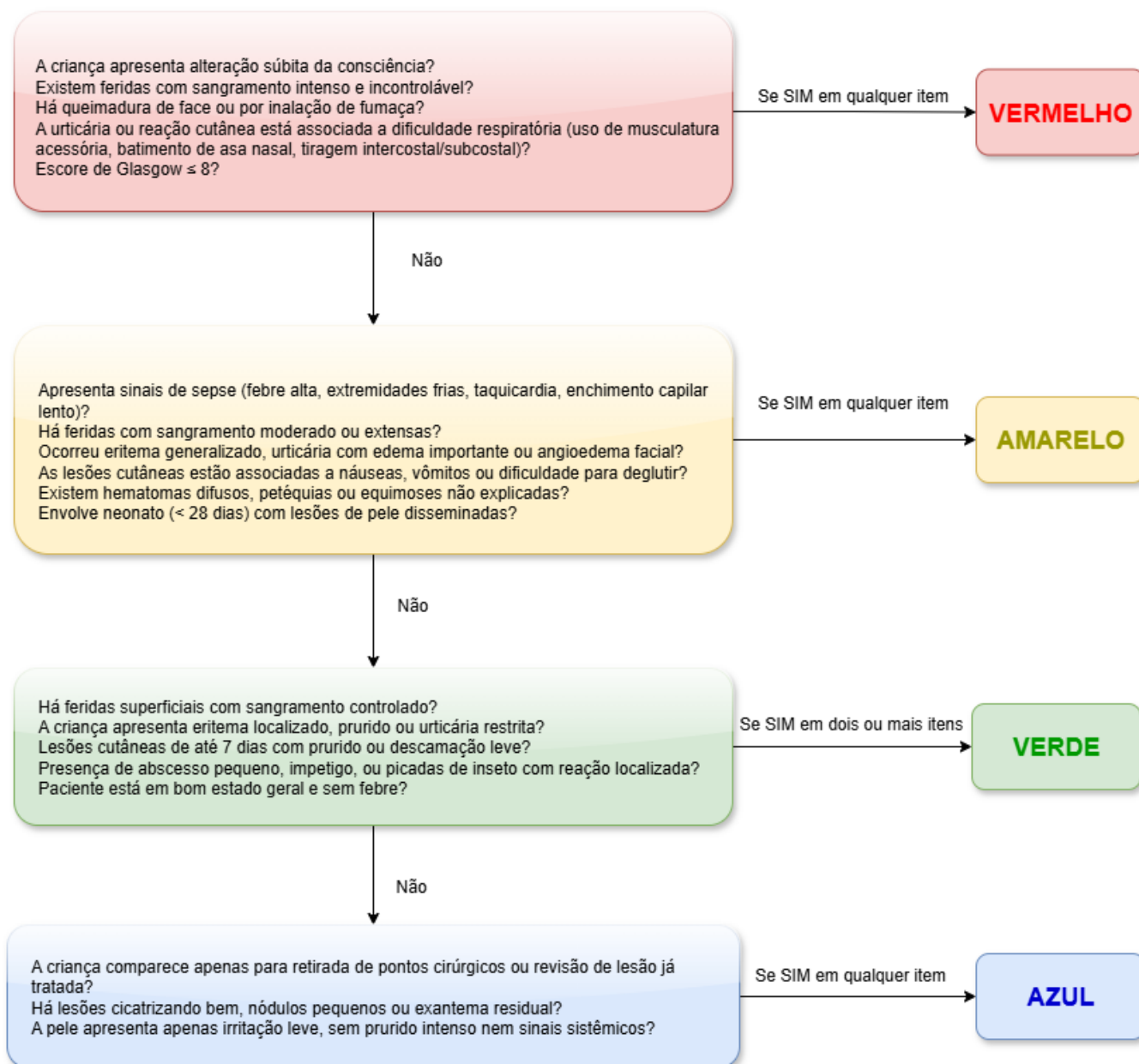
Avaliar nível de consciência (Escala de Glasgow Pediátrica) e glicemia capilar em todos os casos.

Em casos de agitação psicomotora intensa, autoagressão ou violência doméstica, garantir segurança do paciente e equipe, notificar e acionar suporte médico.

Crianças com rebaixamento progressivo do sensório → classificar vermelho.



13.2.4 Alterações Dermatológicas



Observações importantes

Petéquias ou púrpura generalizada → suspeitar de sepse meningocócica → classificar vermelho e acionar protocolo de sepse.

Urticária difusa e angioedema facial → risco de anafilaxia → manter via aérea pérvia e acionar equipe médica.

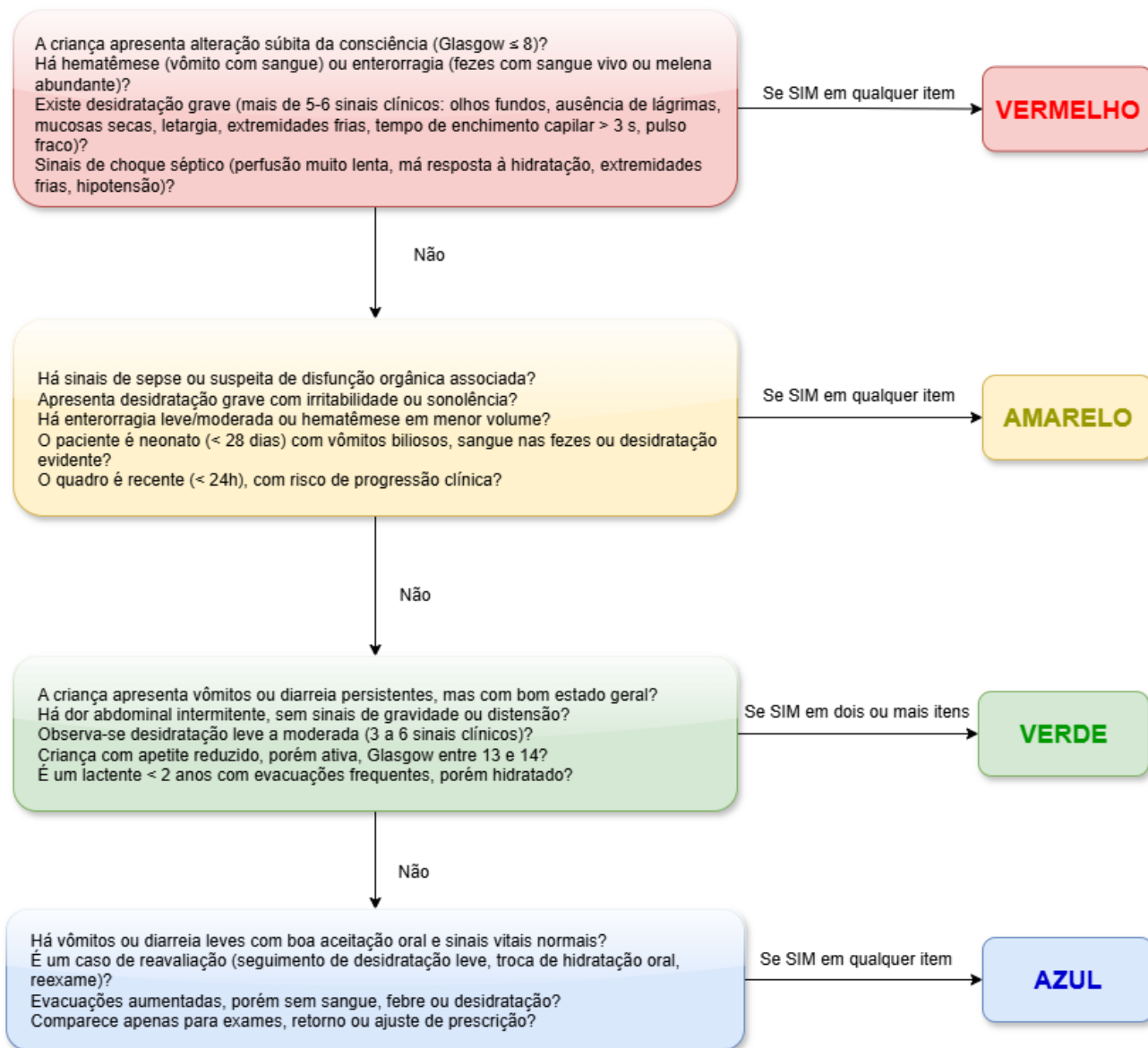
Lesões bolhosas extensas, queimaduras solares graves ou descolamento epidérmico → atendimento prioritário.

Lesões infectadas com febre persistente → avaliar necessidade de antibiótico sistêmico.



PEDIÁTRICO

13.2.5 Alterações Gastrointestinais



Observações importantes

Vômitos persistentes, diarreia com sinais de desidratação (olhos fundos, fontanela deprimida, enchimento capilar lento, sonolência) → classificar amarelo ou vermelho conforme gravidade.

Dor abdominal intensa ou localizada → investigar causas cirúrgicas (apendicite, intussuscepção, invaginação intestinal).

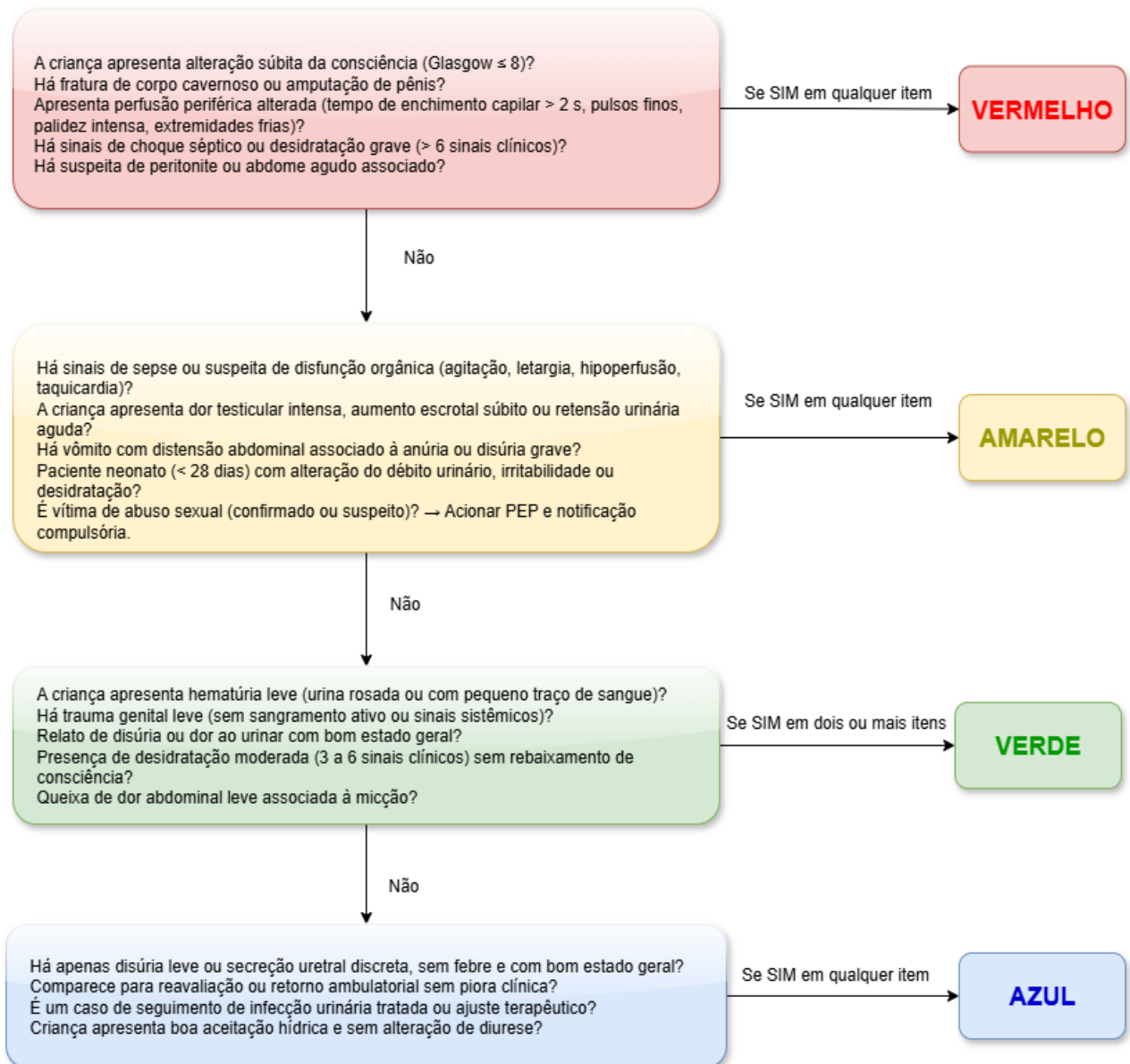
Hematêmese, melena ou evacuação com sangue vivo → acionar equipe médica.

Crianças lactentes com vômitos em jato e perda de peso → suspeitar de estenose hipertrófica de piloro.





13.2.6 Alterações Geniturinárias



Observações importantes

Oligúria, anúria ou retenção urinária → requer avaliação médica imediata.

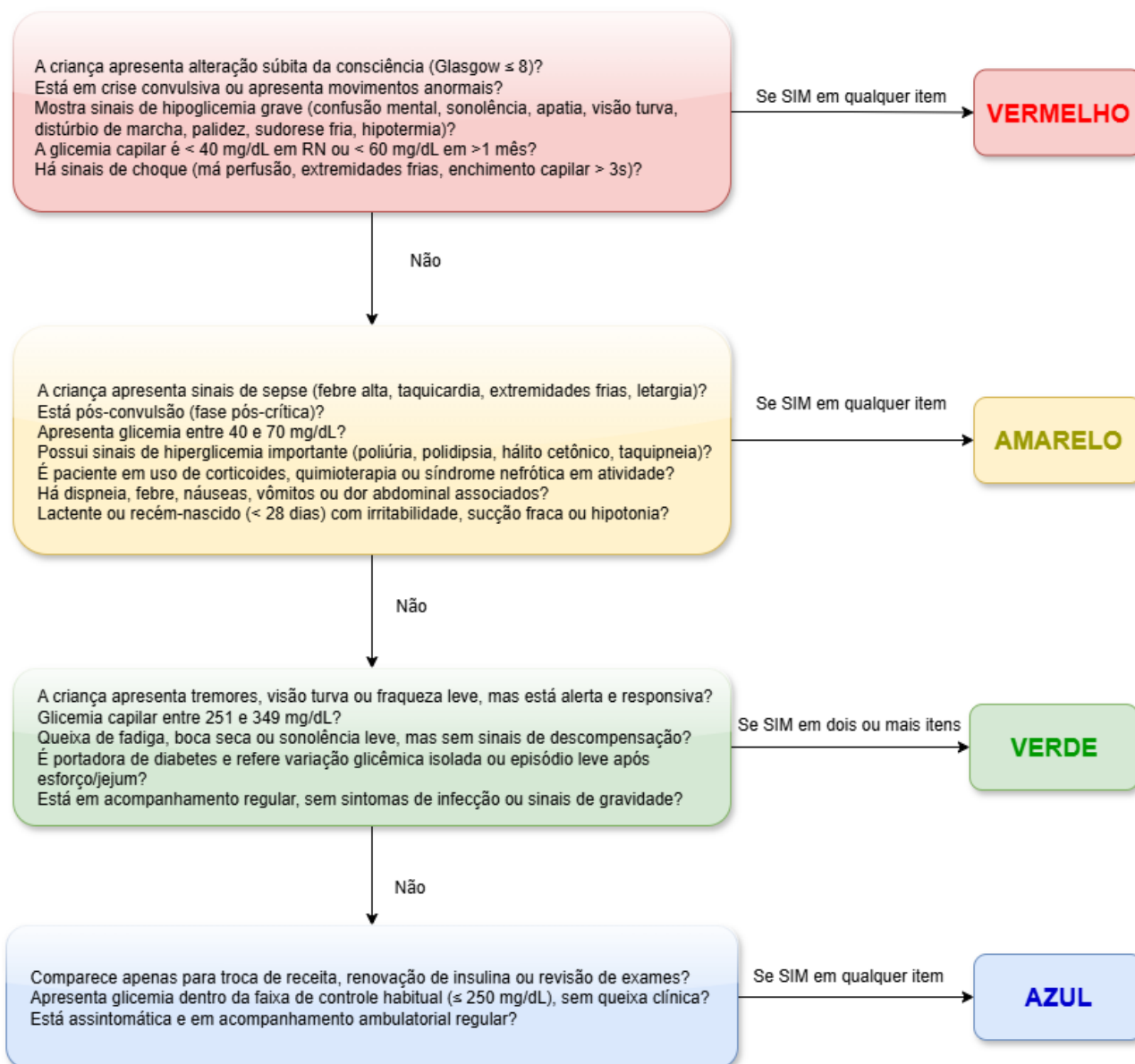
Febre sem foco aparente, especialmente em lactentes, pode indicar infecção urinária → solicitar coleta de urina conforme protocolo.

Dor testicular aguda → suspeita de torção testicular → emergência urológica.

Casos de abuso ou violência sexual → notificação compulsória e acionamento do fluxo especializado.



13.2.7 Alterações Glicêmicas



Observações importantes

Toda criança com alteração do nível de consciência, sudorese, tremores ou irritabilidade → verificar glicemia capilar imediatamente.

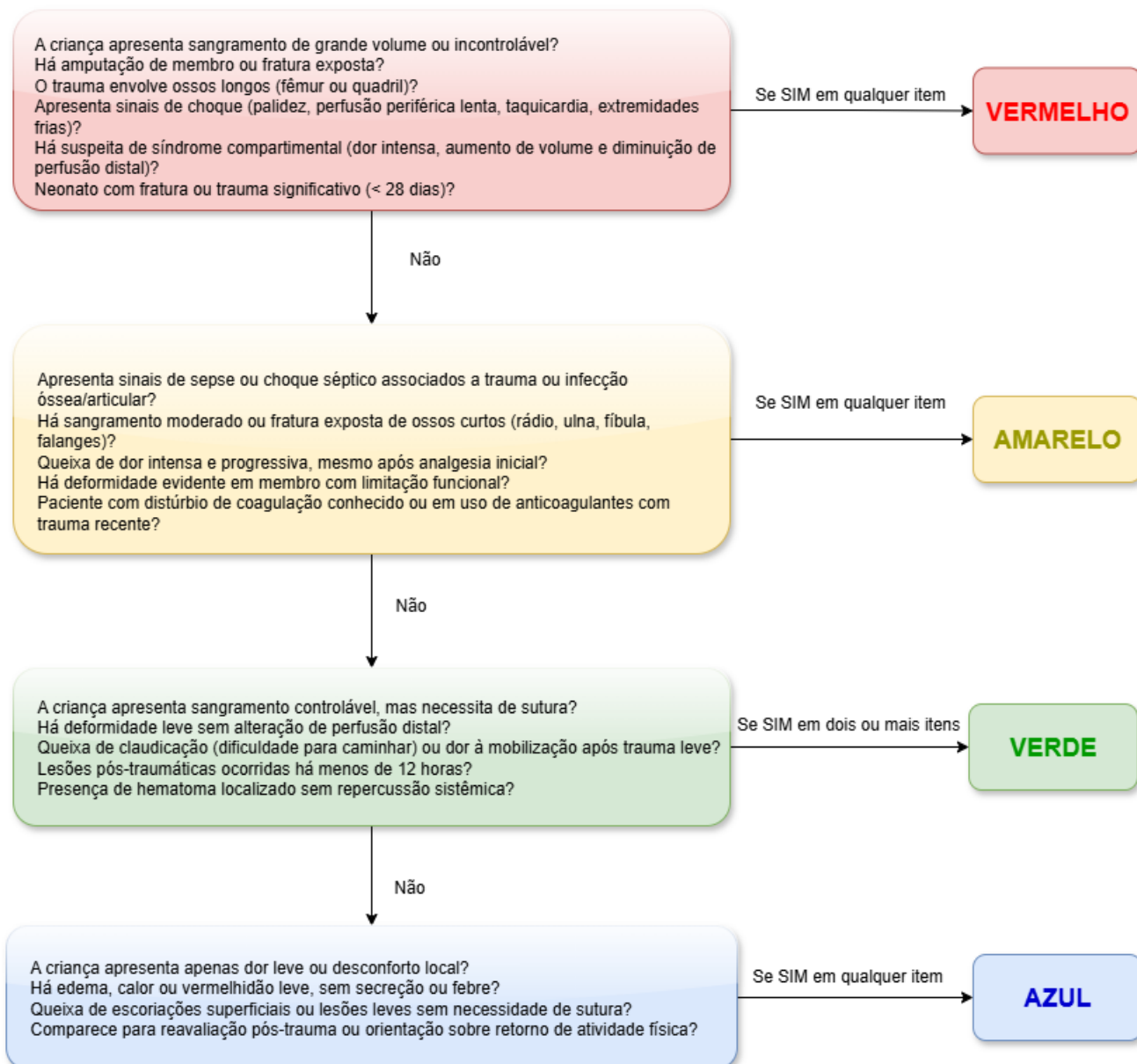
Hipoglicemia sintomática (< 70 mg/dL) → acionar protocolo de hipoglicemia.

Hiperglicemia ≥ 250 mg/dL com sintomas (poliúria, polidipsia, vômitos) → avaliar suspeita de cetoacidose diabética → classificar vermelho.

Crianças diabéticas com vômitos persistentes ou respiração de Kussmaul → emergência metabólica.



13.2.8 Alterações Musculoesqueléticas



Observações importantes

Fraturas expostas, deformidades evidentes, dor intensa ou incapacidade funcional → atendimento prioritário.

Edema importante em articulações com febre → suspeitar de artrite séptica → classificar amarelo ou vermelho.

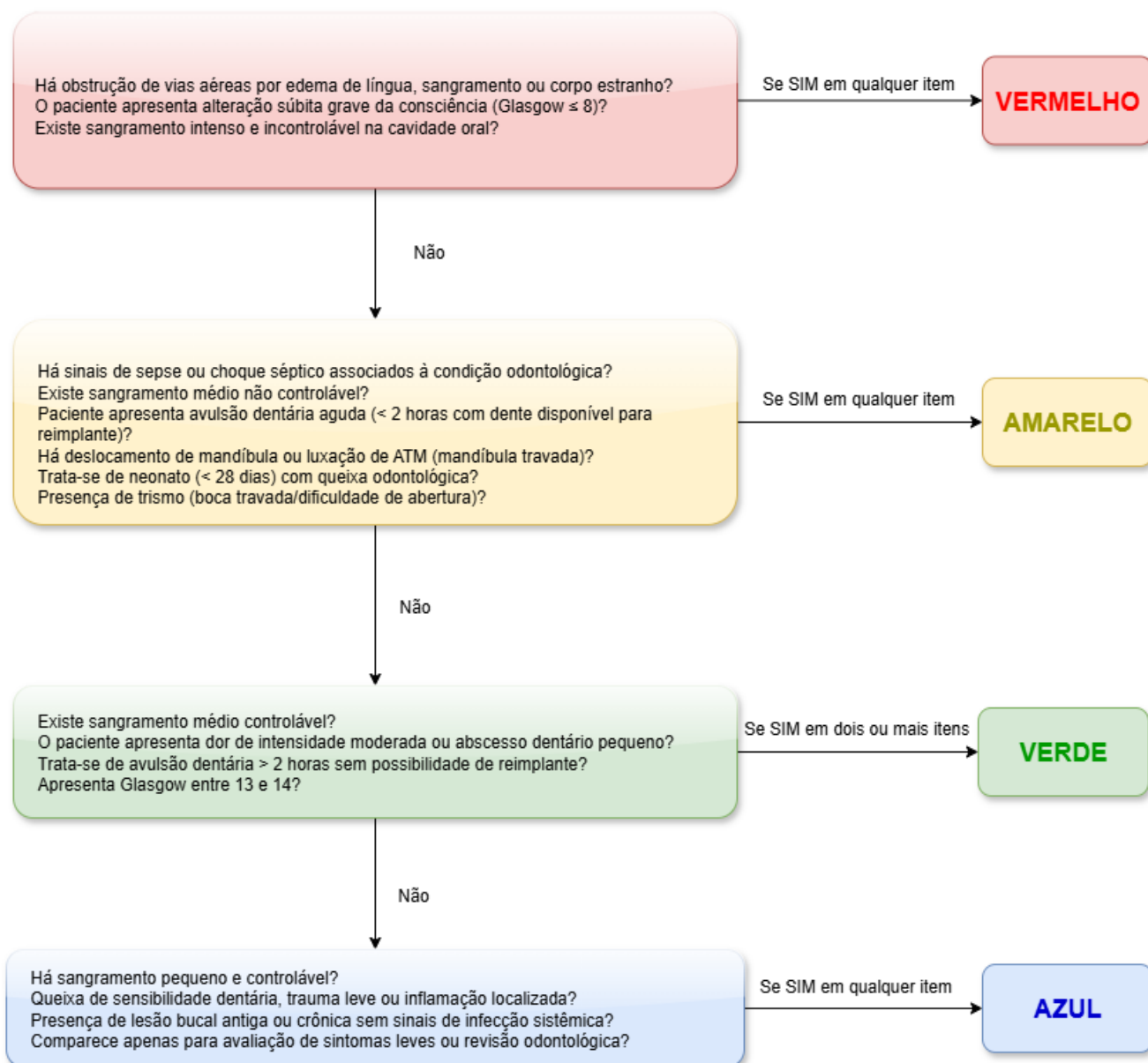
Traumas musculoesqueléticos em pacientes com doenças hematológicas (hemofilia, leucemia, anemia falciforme) → atenção redobrada, mesmo em casos aparentemente leves.

Suspeita de abuso físico (fraturas múltiplas ou em diferentes estágios de consolidação) → notificação obrigatória.



PEDIÁTRICO

13.2.9 Alterações Odontológicas



Observações importantes

Celulite facial, trismo, disfagia ou febre alta → risco de disseminação infecciosa → atendimento imediato.

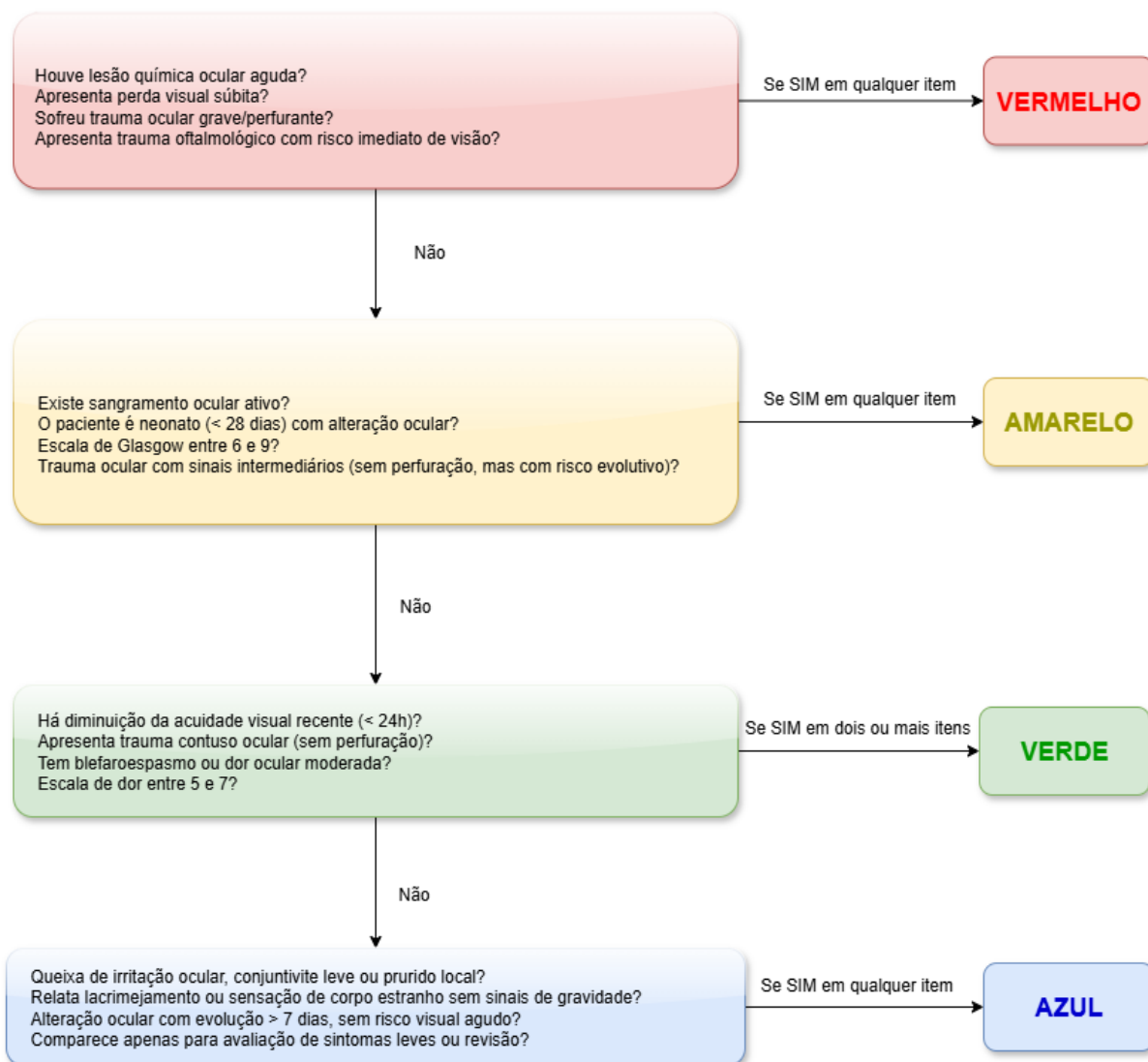
Avulsão dentária → tentar reimplante imediato (até 1 hora) ou encaminhar com o dente em solução fisiológica/leite.

Infecções de origem dentária com febre → avaliar antibiótico conforme prescrição médica.

Crianças com higiene bucal precária e dor intensa → priorizar acolhimento humanizado e orientações preventivas.



13.2.10 Alterações Oftalmológica



Observações importantes

Corpo estranho ocular, dor intensa, lacrimejamento excessivo ou fotofobia → avaliação médica em curto prazo.

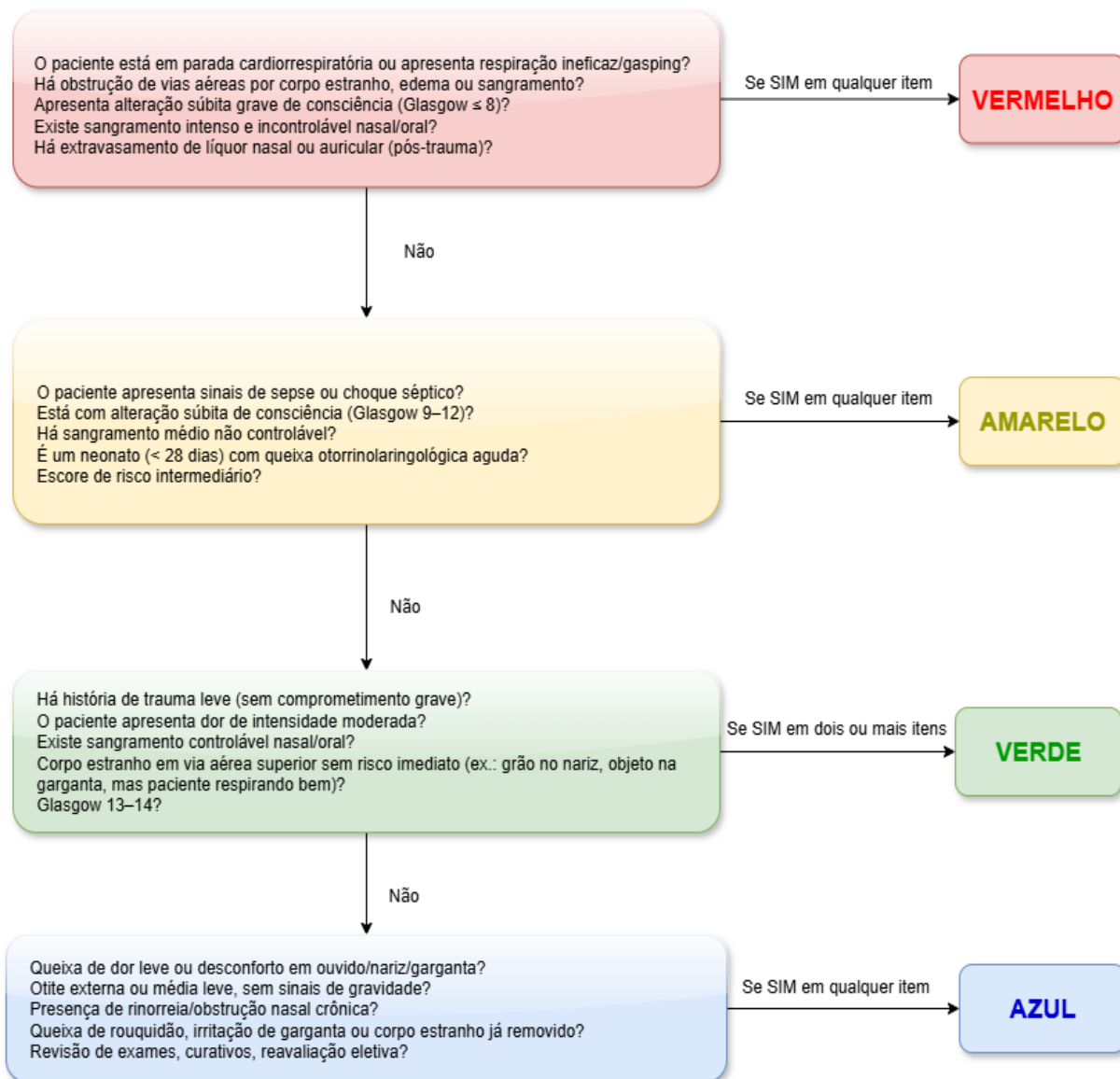
Lesões químicas oculares → irrigar imediatamente com solução fisiológica estéril e acionar equipe médica.

Perda visual súbita ou trauma perfurante → atendimento emergencial (vermelho).

Conjuntivites purulentas em recém-nascidos → suspeita de infecção neonatal → atendimento prioritário.



13.2.11 Alterações Otorrinolaringológicas



Observações importantes

Epistaxe persistente, sangramento nasal de alto volume ou trauma craniofacial com extravasamento de líquido → emergência médica.

Trismo associado a abscesso orofaríngeo ou dificuldade respiratória → risco de obstrução de via aérea → classificar vermelho.

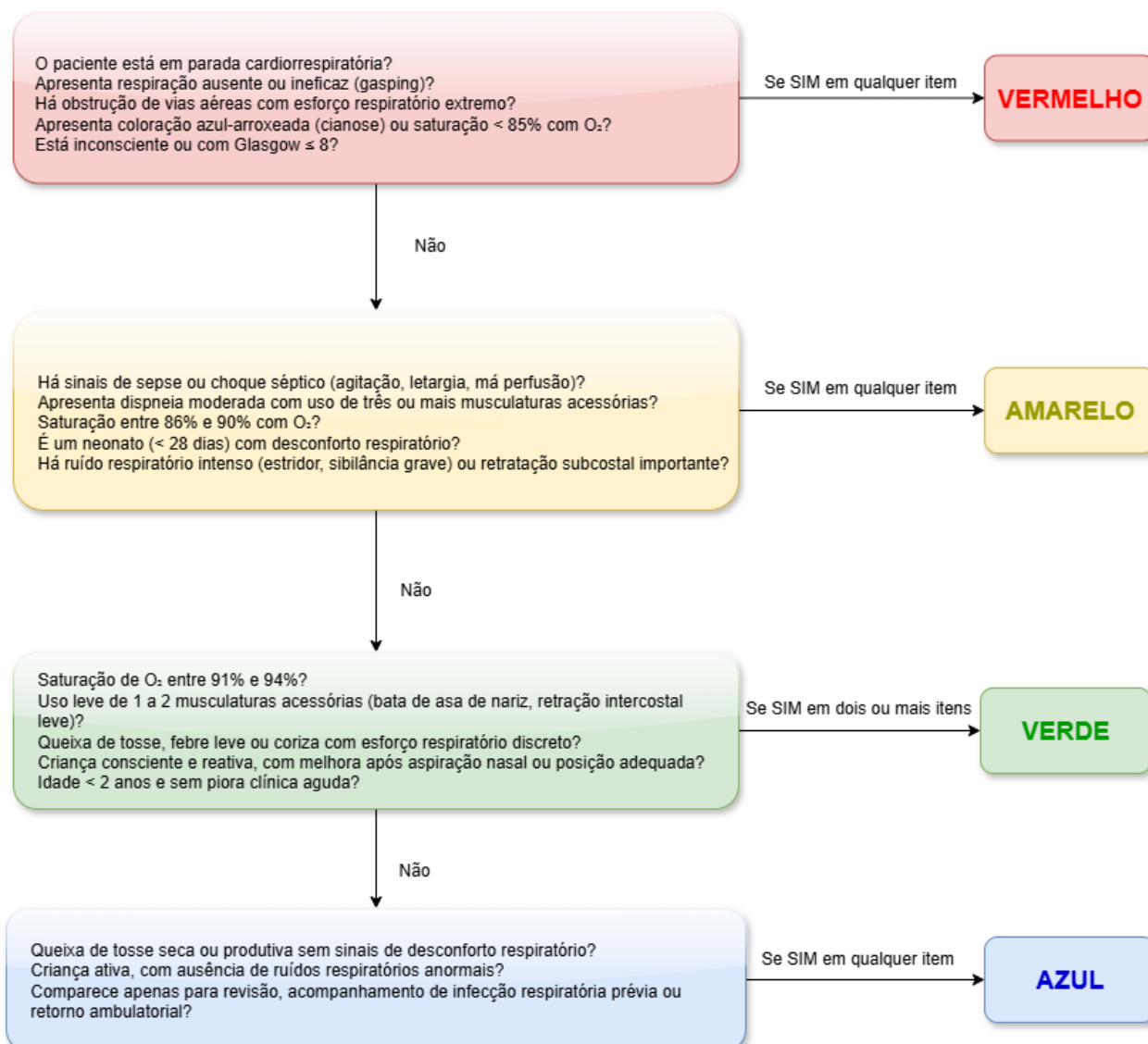
Corpo estranho em via aérea ou ouvido → remover apenas se visível e seguro; caso contrário, encaminhar.

Dor de ouvido intensa com febre alta → otite aguda → atendimento em curto prazo.



PEDIÁTRICO

13.2.12 Alterações Respiratórias



Observações importantes

Estridor, retrações intercostais, batimento de asas nasais, cianose ou apnéia → emergência imediata (vermelho).

Tosse seca, febre e dispnéia progressiva → avaliar bronquiolite, pneumonia ou crise asmática.

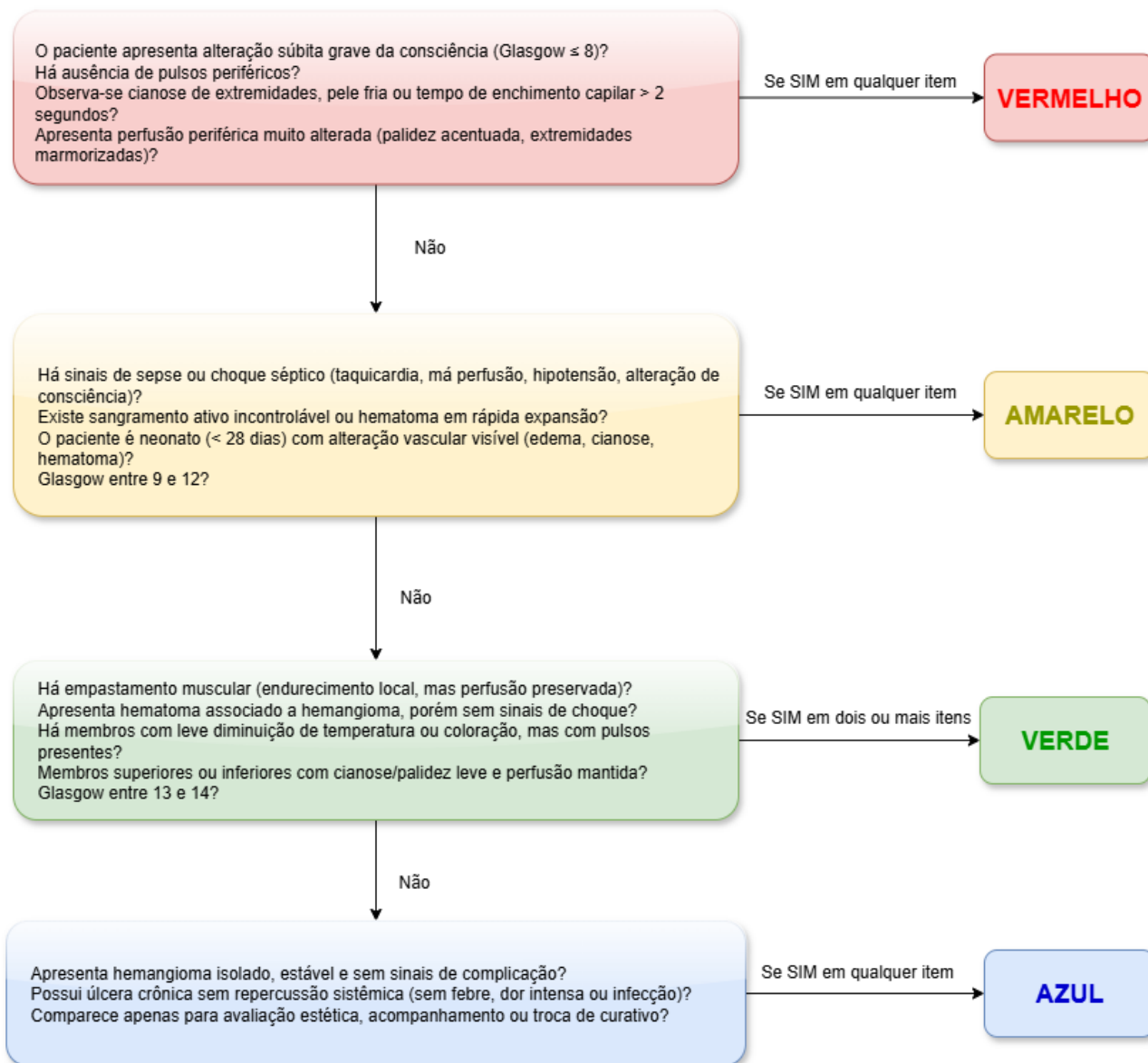
Saturação < 92% em ar ambiente → acionar equipe médica.

Uso de oxigênio domiciliar ou doenças pulmonares crônicas (DBPI, fibrose, asma grave) → prioridade alta.

Sinais de esforço respiratório leve/moderado → reavaliar em até 30 minutos se não atendido.



13.2.13 Alterações Vasculares



Observações importantes

Edema súbito de face, lábios ou língua → risco de anafilaxia → classificar vermelho.

Edema de membro com dor intensa ou alteração de coloração → avaliar trombose venosa ou celulite.

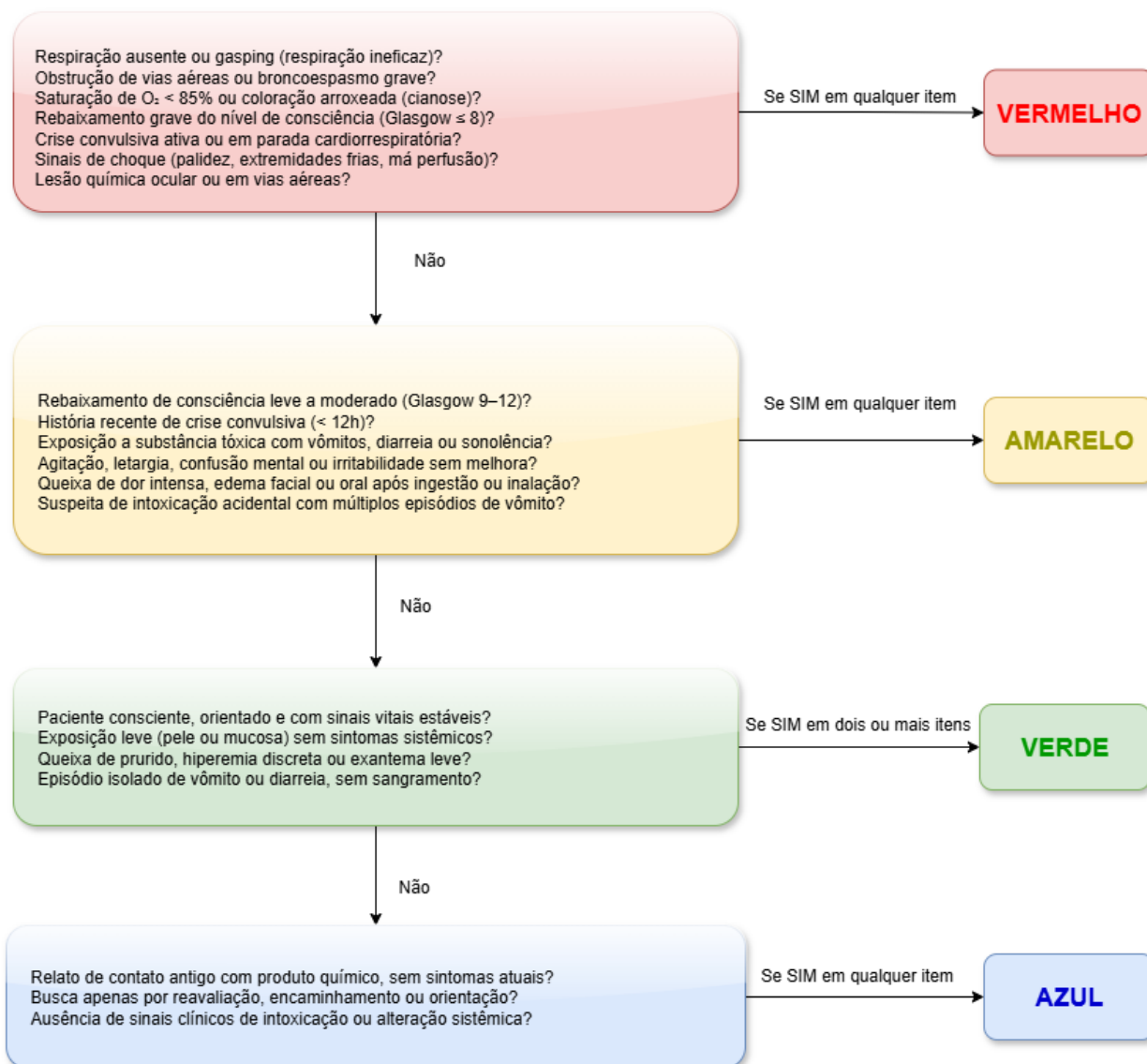
Palidez súbita e enchimento capilar > 3 segundos → avaliar choque hipovolêmico.

Púrpura palpável e hipotensão → suspeita de púrpura fulminante (sepse meningocócica).



PEDIÁTRICO

13.2.14 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico



Observações importantes

Toda suspeita de ingestão acidental deve ser avaliada com urgência; não induzir vômito.

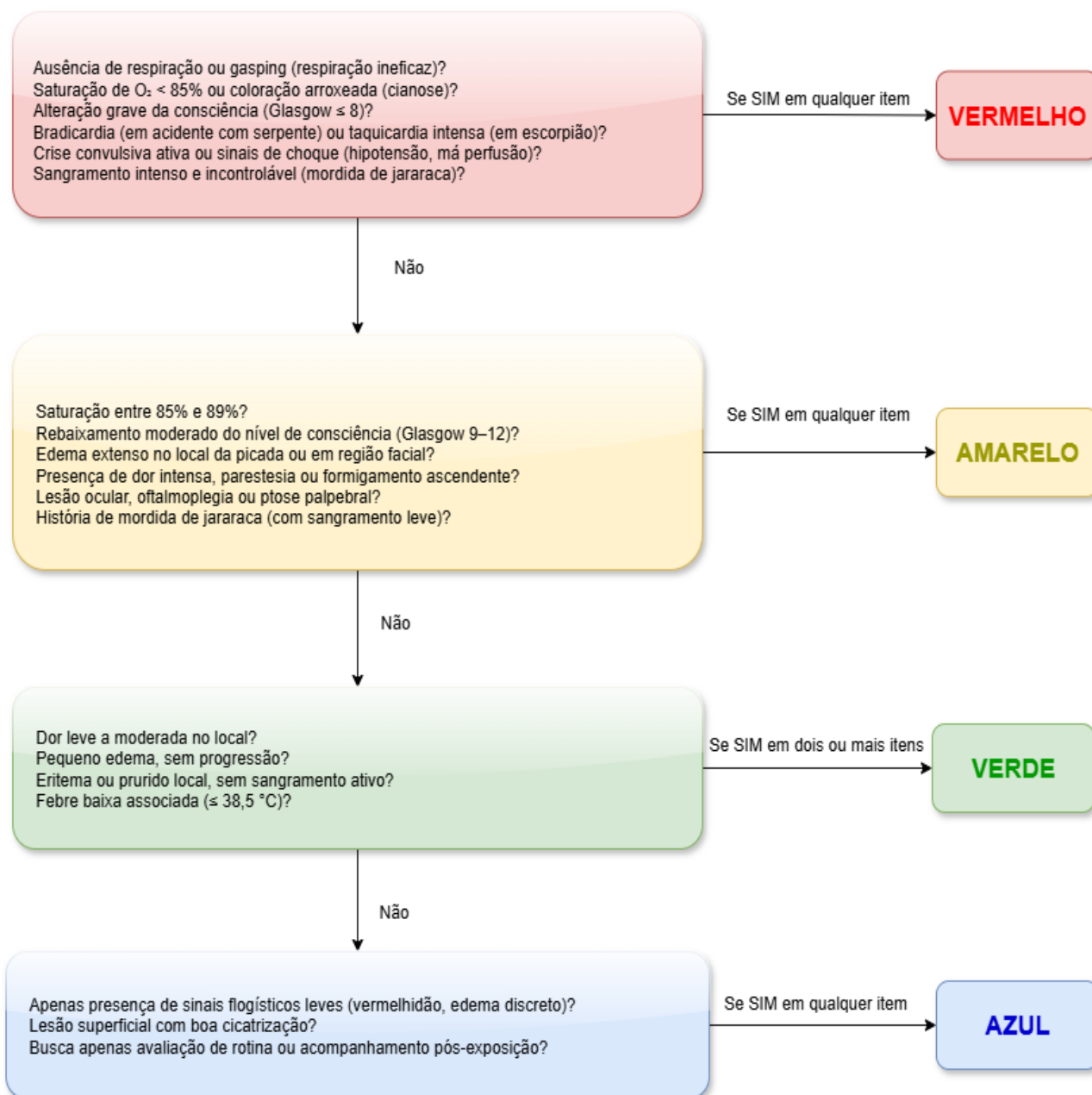
Exposição ocular ou cutânea → irrigar imediatamente com solução fisiológica.

Sintomas neurológicos, respiratórios ou cardiovasculares → suporte avançado imediato.

Intoxicações intencionais ou negligência familiar → notificação obrigatória ao Conselho Tutelar e vigilância.



13.2.15 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos



Observações importantes

Todo acidente com animal peçonhento deve ser avaliado para indicação de soro antiveneno.

Escorpião, aranha-marrom e serpentes → risco elevado em crianças → prioridade imediata.

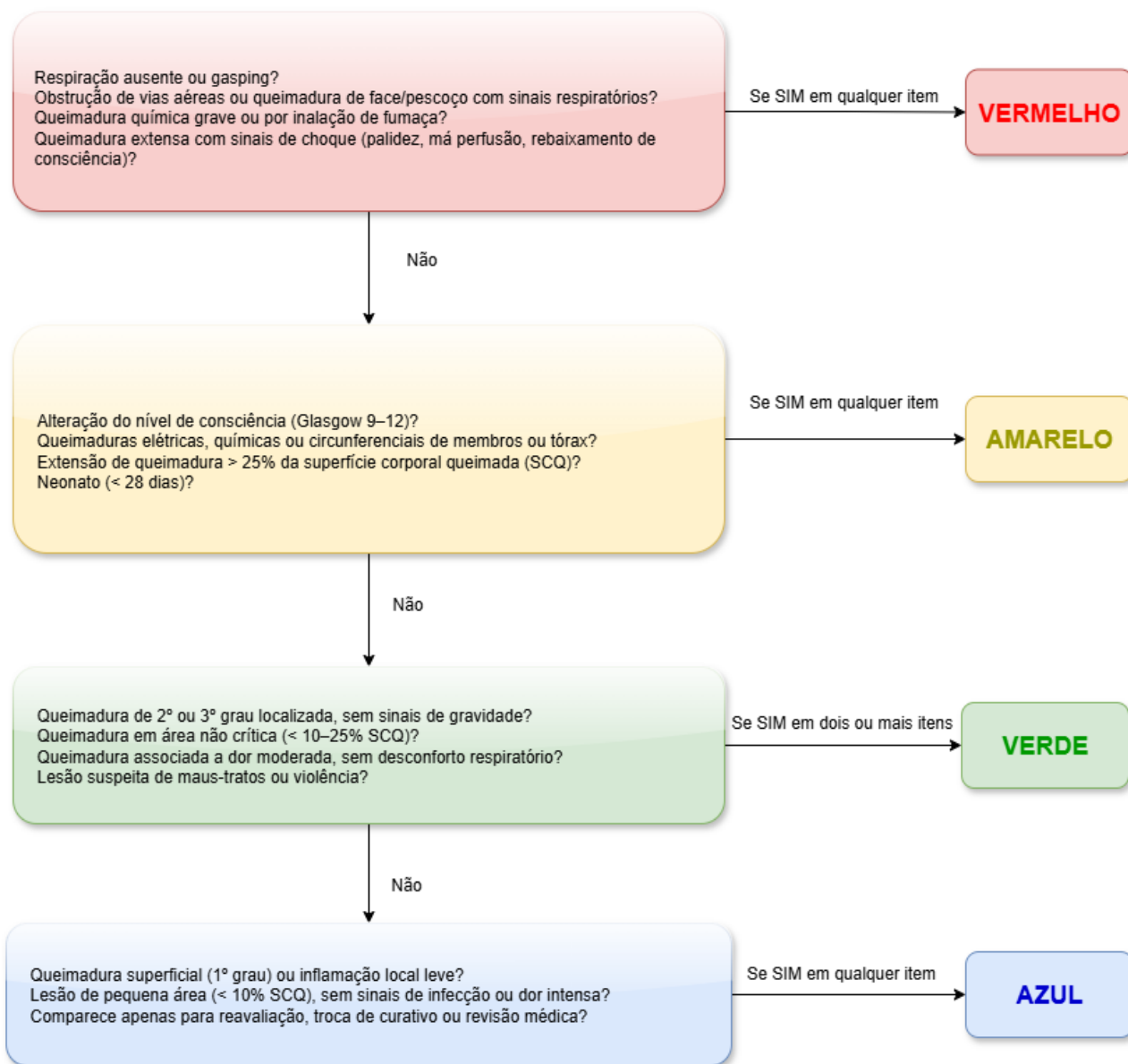
Edema facial, dor intensa ou sangramento local importante → acionar equipe médica.

Mordedura de cão ou gato → realizar limpeza exaustiva e indicar profilaxia conforme protocolo. Sempre registrar local, horário e espécie envolvida, se possível.



PEDIÁTRICO

13.2.16 Queimaduras



Observações importantes

Queimaduras por inalação, químicas ou elétricas → emergência imediata (vermelho).

Queimaduras em face, períneo, articulações ou mãos/pés → atendimento prioritário.

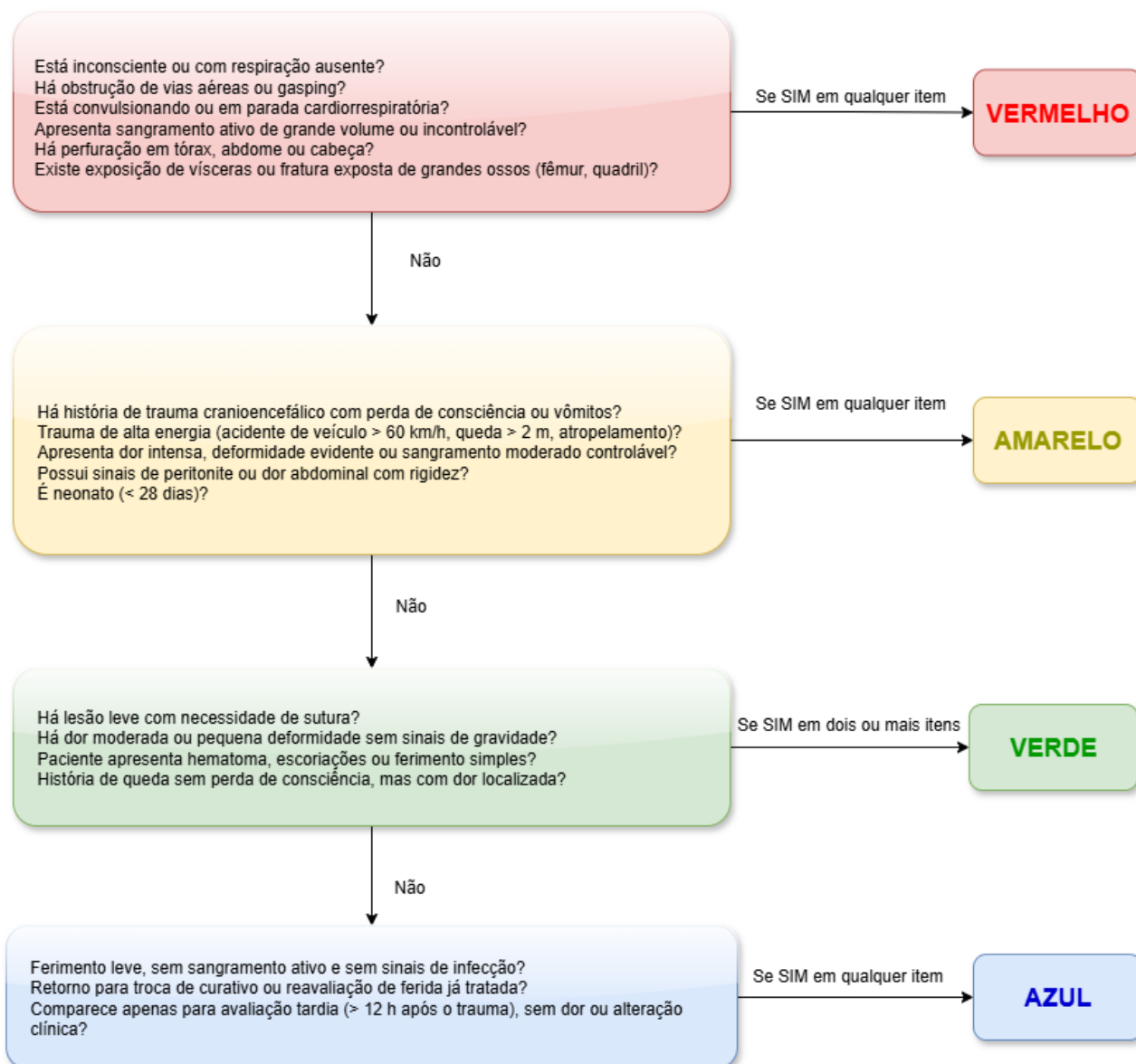
Crianças têm maior risco de desidratação e hipotermia → iniciar medidas de proteção térmica.

Avaliar extensão (SCQ) e profundidade segundo a Regra dos 9 adaptada à pediatria.

Queimaduras pequenas, limpas e superficiais → podem ser conduzidas na unidade, conforme avaliação médica.



13.2.17 Traumas



Observações importantes

Avaliar sempre mecanismo do trauma: quedas de altura, atropelamentos, acidentes de bicicleta ou abuso físico.

Trauma cranioencefálico com vômitos repetidos, sonolência, convulsões ou perda de consciência → classificar vermelho.

Fraturas expostas, hemorragias ativas, trauma abdominal ou torácico → emergência médica.

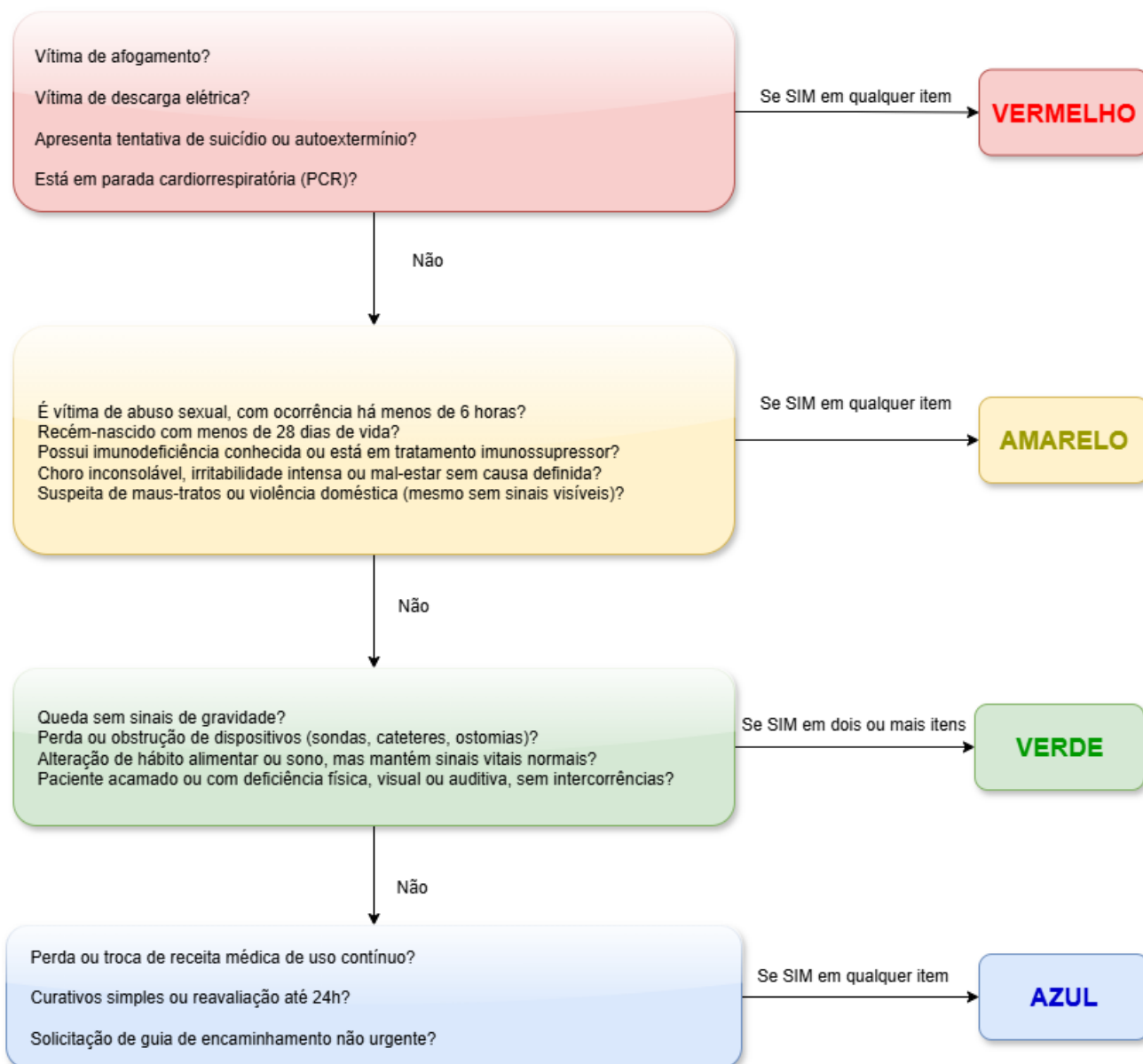
Sinais de maus-tratos ou negligência → notificação compulsória.

Em lactentes, mesmo traumas aparentemente leves exigem observação cuidadosa.



PEDIÁTRICO

13.2.18 Situações Especiais



Destaque especial:

Nos casos de **abuso sexual, violência doméstica ou tentativa de suicídio**, além da classificação de risco, é **obrigatória a notificação compulsória** e acionamento dos fluxos específicos (PEP, psicossocial, conselho tutelar quando aplicável). Crianças em situação de vulnerabilidade, com deficiência, atraso no desenvolvimento ou múltiplos agravos devem receber prioridade ampliada, independentemente da cor clínica.

Lactentes e recém-nascidos febris (< 3 meses) → sempre classificar vermelho até exclusão de infecção grave.



PEDIÁTRICO

13.3 Anexo III – PARÂMETROS VITAIS

Tabela 2: Estratificação dos sinais vitais por classificação de risco

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA – IPM (incursões por minuto)			
Adulto (>18 anos)	20 – 24	25 – 34	≥ 35
Criança até 1 ano	30 – 59	60 – 69	≥ 70
Criança de 1 a 5 anos	20 – 49	50 – 59	≥ 60
Criança > 5 anos	17 – 39	40 – 49	≥ 50
FREQUÊNCIA CARDÍACA – BPM (batimentos por minuto)			
Adulto (>18 anos)	100 – 119	120 – 139	≥ 140 e < 60
Criança até 1 ano	80 – 160	131 – 179	≥ 180
Criança de 1 a 5 anos	80 – 110	111 – 129	≥ 130
Criança > 5 anos	75 – 110	111 – 129	≥ 130
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA – mmHg (milímetros de mercúrio)			
Adulto (>18 anos)	140 – 149	150 – 179	≥ 180 e < 80
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA – mmHg (milímetros de mercúrio)			
Adulto (>18 anos)	80 – 90	91 – 119	≥ 120 e < 80
TEMPERATURA AXILAR – °C (Grau Celsius)			
Adulto/Criança	37,5	37,6 – 38,4	≥ 38,5 ou ≤ 35
GLICEMIA CAPILAR – mg/dL (miligramas por decilitros)			
Assintomáticos	≥ 180	≥ 250	≥ 400
Sintomáticos	71 – 180	181 – 249	≥ 250
Hipoglicemia	-	51 – 70	≤ 50
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (porcentagem)			
Saturação	≥ 96	90 – 95	≤ 90
DOR (escala numérica/faces)			
Pontuação	2 – 4	5 – 7	> 8
Face			

*Atenção: Qualquer alteração nos parâmetros, mesmo que avaliados isoladamente, deve-se respeitar a relevância e direcionar para o enfermeiro ou médico

Fonte: Adaptado de protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2013), PNH, SES-DF, ABRAMEDE e COREN-SP. Consulta: 2025.

Tabela 3: Critérios para diagnóstico de Hipertensão Arterial

Classificação da PA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA normal	< 120	e	< 80
Pré-Hipertensão	120-139	e/ou	80-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	> 180	e/ou	110

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (DBHA 2025) – SBC/SBN/SBHA.

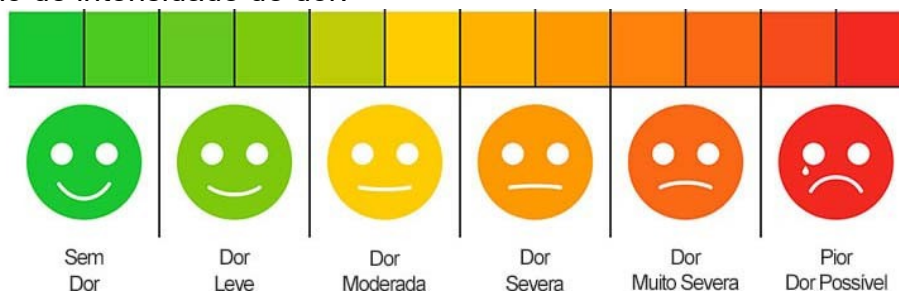
Tabela 4: Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM e pré-diabetes

Critérios	Normal	Pré-diabetes	DM
Glicemia de jejum (mg/dl)	< 100	100-125	≥ 126
Glicemia ao acaso (mg/dl) + sintomas	-	-	≥ 200
Glicemia de 1 hora no TTGO (mg/dl)	< 155	155-208	≥ 209
Glicemia de 2 horas no TTGO (mg/dl)	< 140	140-199	≥ 200
HbA1c (%)	< 5,7	5,7-6,4	≥ 6,5

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes 2025.

13.4 Anexo IV – ESCALA DE DOR

Figura 1: Escala visual analógica (EVA) combinada com escala facial para avaliação de intensidade de dor.



Fonte: SVS/MS

Figura 2: Manifestações clínicas de dor por faixa etária

Faixa etária	Manifestação clínica de dor
Recém-nascido e criança que não verbaliza	Sinais típicos faciais de dor e sofrimento físico: sobrançelas cerradas, protuberância entre as sobrançelas e os sulcos verticais na testa, olhos ligeiramente fechados, bochechas levantadas, nariz alargado e abaulado, aprofundamento da dobra nasolabial, boca aberta e quadrada. Sinais autonômicos vitais inespecíficos, que também podem refletir outros processos, como febre, hipoxemia e disfunção cardíaca ou renal.
1-3 anos	Pode ser verbalmente agressivo, chorar intensamente, apresentar comportamento regressivo, apresentar resistência física, empurrando para longe após estímulo doloroso ser aplicado, proteger a área dolorosa do corpo, ter dificuldade para dormir.
Pré-escolares	Podem verbalizar intensidade da dor, ver a dor como punição, agita braços e pernas, tentativa de empurrar um estímulo para longe antes que ele seja aplicado, não coopera, precisa de contenção física, agarra-se a um dos pais, solicita apoio emocional, compreende que não pode haver ganhos secundários associados à dor, dificuldade para dormir.
Escolares	Pode verbalizar a dor, usa uma medida objetiva de dor, pode ser influenciado por crenças culturais, pesadelos como experiência relacionadas à dor, exibem comportamentos protelando atividades, têm rigidez muscular (punhos cerrados, dentes cerrados, contração de membros; rigidez, olhos fechados, testa enrugada, apresenta comportamentos idênticos ao do pré-escolar ou dificuldade para dormir.
Adolescentes	Pode localizar e verbalizar a dor, negar dor na presença de seus pares, têm mudanças nos padrões de sono ou apetite, pode ser influenciado por crenças culturais, tensão muscular exposição e controle do corpo, exibe comportamento regressivo na presença da família, dificuldade para dormir.

Fonte: SVS/MS

Tabela 5: Escala Recém-nascidos Neonatal Facial Coding System (NFCS)

Movimento facial	Ausente (0 ponto)	Presente (1 ponto)
Fronte saliente		
Fenda palpebral estreitada		
Sulco nasolabial aprofundado		
Boa aberta		
Boca estirada (horizontal ou vertical)		
Língua tensa		
Protrusão de língua		
Tremor de queixo		
Pontuação máxima de 8 pontos, considerando dor > 3.		

Fonte: SVS/MS

Tabela 6: Escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC)

Categoria	Pontuação		
	0	1	2
1. Face (Face)	Sem expressão particular ou sorriso.	Careta ou franzir ocasional, retraído, desinteressado.	Franzir constante, mandíbula cerrada, queixo trêmulo.
2. Pernas (Legs)	Posição normal ou relaxada.	Inquietas, tensas.	Chutando ou pernas encolhidas.
3. Atividade (Activity)	Deitado quieto, posição normal, movimenta-se facilmente.	Contorcendo-se, mudando de posição, tenso.	Arqueado, rígido ou com movimentos bruscos.
4. Choro (Cry)	Sem choro (mesmo dormindo).	Geme ou reclama ocasionalmente.	Chorando constantemente, gritando ou soluçando, queixas frequentes.
5. Consolabilidade (Consolability)	Contente, relaxado.	Confortado por toque ocasional, colo ou conversa; distraído facilmente.	Difícil de consolar ou confortar.

Fonte: SVS/MS

Observa-se a criança durante 5 minutos, são atribuídos pontos de 0 a 2 até um total máximo de 10 pontos (dor intensa).

13.5 Anexo V – ESCALA DE GLASGOW

Tabela 7: Escala de Glasgow Pediátrica

Medida	Criança > 1 ano	Criança < 1 ano	Escore
Abertura dos Olhos (AO)	Espontaneamente	Espontaneamente	4
	Ao comando	A fala	3
	A dor	A dor	2
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Resposta Verbal (RV)	Orientada	Sorri, orientada	5
	Desorientada	Choro, consolável	4
	Palavra inapropriada	Choro persistente, gemente	3
	Sons incompreensíveis	Agitada e inquietação	2
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Resposta Motora (RM)	Obedece a comandos	-	6
	Localiza a dor	Localiza a dor	5
	Flexão à dor	Flexão à dor	4
	Flexão anormal à dor	Flexão anormal à dor	3
	Extensão anormal à dor	Extensão anormal à dor	2
	Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
SOMAR (ABERTURA DOS OLHOS + RESPOSTA VERBAL + RESPOSTA MOTORA)			
Escore Totais Normais	0 a 12 meses		13
	1 a 2 anos		14
	> 2 anos		15

Fonte: Adaptado SMS Guarulhos, 2018

Tabela 8: Escala de Glasgow Adulto

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA		REAÇÃO PUPILAR A LUZ	
4	Olhos abertos previamente à estimulação Espontânea	5	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data Orientada	6	Cumprimento de ordem com 2 ações A ordens	- 2	2 pupilas NÃO reativas
3	Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou alta Ao Som	4	Resposta não orientada, mas comunicação coerente Confusa	5	Elevação da mão acima do nível da clavícula, ao estímulo na cabeça ou pescoço Localizadora		
2	Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos À Pressão	3	Palavras isoladas inteligíveis Palavras	4	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente normal Flexão normal	- 1	1 pupila NÃO reativa
1	Ausência persistente de abertura ocular sem fatores de interferência Ausente	2	Apenas gemidos Sons	3	Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão claramente anormal Flexão anormal		
NT	Olhos fechados devido a fator local Não Testável	1	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência Ausente	2	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo Extensão	0	Ambas reagem
		NT	Fatores que interferem na comunicação Não Testável	1	Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência/ limitam resposta Ausente		
				NT	Fatores que limitam resposta motora Não Testável		

ABERTURA DOS OLHOS + RESPOSTA VERBAL + RESPOSTA MOTORA – REAÇÃO PUPILAR

__	ABERTURA OCULAR	+	__	RESPOSTA VERBAL	+	__	RESPOSTA MOTORA	-	__	REAÇÃO PUPILAR
----	-----------------	---	----	-----------------	---	----	-----------------	---	----	----------------

Fonte: Adaptado de: Escala de Coma de Glasgow com reatividade pupilar (GCS-P) – ABRAMEDE / ATLS®.

13.6 Anexo VI – CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS

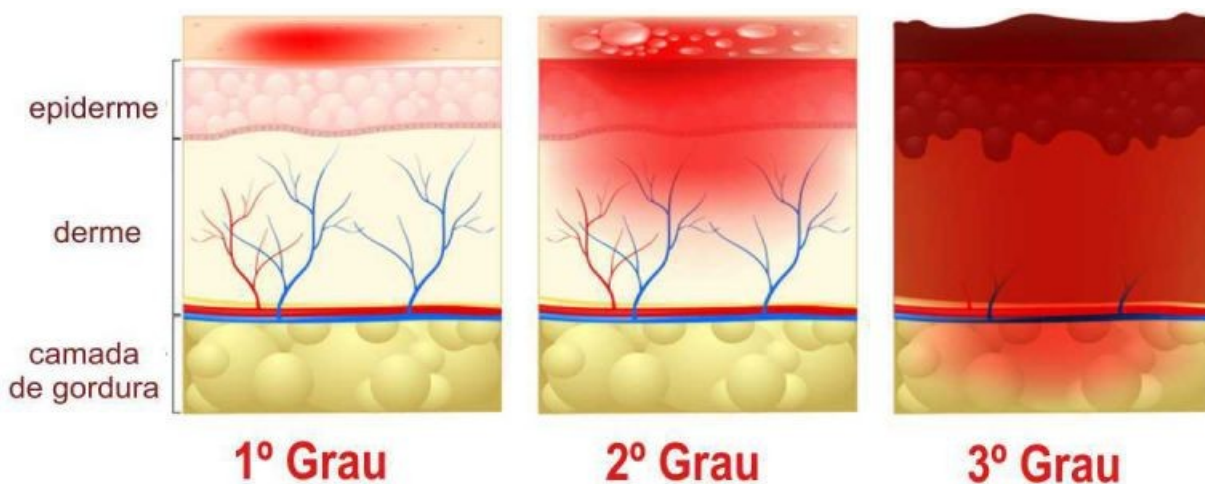
A Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ) utiliza uma classificação de queimaduras baseada na profundidade e extensão da lesão. As queimaduras são classificadas em 1º, 2º e 3º graus pela profundidade e a extensão é avaliada pela Regra dos 9 e se refere ao percentual da Superfície Corporal Queimada (SCQ).

Tabela 9: Classificação de Queimaduras por Profundidade

Queimaduras de 1º Grau	Queimaduras de 2º Grau	Queimaduras de 3º Grau
Atingem a epiderme (camada superficial da pele).	Atingem a epiderme e parte da derme (camada mais profunda).	Atingem todas as camadas da pele, podendo alcançar tecidos subcutâneos, músculos e ossos.
A pele fica vermelha, quente e dolorosa, mas não forma bolhas.	Apresenta bolhas, dor acentuada e umidade.	A lesão é seca, com cor que varia de branca a escura e perda de dor devido à destruição dos nervos.
É comum em queimaduras solares. Cura em 3 a 6 dias, sem deixar cicatrizes.	Exige tratamento complexo, sendo dividida em 2º grau superficial (mais superficial) e 2º grau profundo.	O tratamento é complexo e frequentemente exige cirurgia plástica reparadora com enxerto de pele.

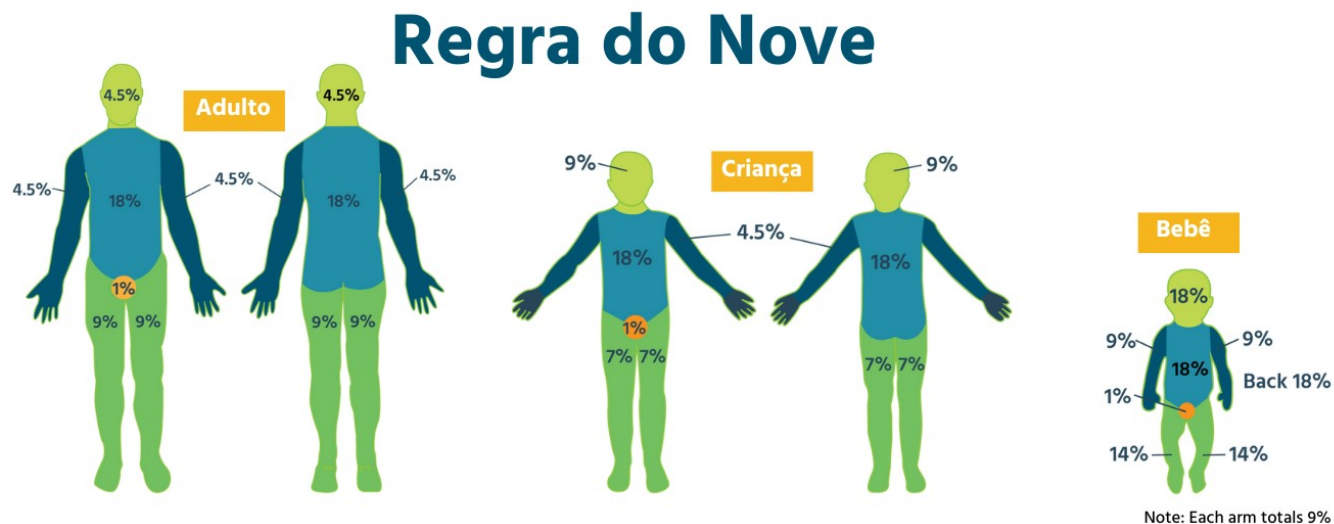
Fonte: SVS/MS

Figura 3: Classificação de Queimaduras por Profundidade



Fonte: Adaptado Shutterstock, 2025.

Figura 4: Classificação de Queimaduras por Extensão



Fonte: Adaptado Limmer Education

Classificação da Extensão (Complexidade)

A extensão da queimadura é avaliada pela Regra dos 9, que calcula a porcentagem da Superfície Corporal Queimada (SCQ). A gravidade do paciente é então definida com base nessa extensão e no grau da queimadura:

- **Pequeno Queimado:** Queimaduras de 1º grau (qualquer percentual), ou de 2º grau até 5% SCQ em crianças e 10% em adultos.
- **Médio Queimado:** Queimaduras de 2º grau de 5-15% SCQ em crianças e 10-20% em adultos, ou qualquer queimadura de 2º grau em áreas críticas como mão, pé, face, pescoço, axila ou grande articulação.
- **Grande Queimado:** Queimaduras de 2º grau acima do limite de médio queimado, ou qualquer queimadura de 3º grau em áreas críticas.

13.7 Anexo VII – ESCALA DE ALERTAS PRECOCE EM PEWS

Tabela 10. Escala de Alertas Precoce em PEWS

PARÂMETROS	IDADE	0	1	2	3
Frequência Cardíaca (bpm)	< 3 meses	90 – 159	-	180 – 219	≤ 89 ou ≥ 220
	3 meses a 1 ano	90 – 149	-	170 – 209	≤ 89 ou ≥ 210
	1 – 4 anos	90 – 139	-	160 – 199	≤ 89 ou ≥ 200
	5 – 11 anos	90 – 129	-	150 – 189	≤ 89 ou ≥ 190
	12 – 18 anos	70 – 99	-	140 – 169	≤ 69 ou ≥ 170
Frequência Respiratória (irpm)	< 3 meses	30 – 59	69 – 74	≥ 79	≤ 25
	3 meses a 1 ano	25 – 49	59 – 63	≥ 69	≤ 20
	1 – 4 anos	20 – 39	49 – 53	≥ 59	≤ 15
	5 – 11 anos	20 – 29	39 – 48	≥ 49	≤ 15
	12 – 18 anos	10 – 19	29 – 38	≥ 39	≤ 5
Comportamento/ Resposta ao estímulo	-	Normal / Brincando	Sonolento	Irritado	Confuso, letárgico, resposta reduzida a dor
Uso de nebulizador / Espaçador	-	Frequência maior que cada 15 min ou contínua	-	A cada 15 minutos	-

Fonte: Adaptado INTS, 2023.

- Pacientes com escore PEWS ≥ 4 necessitam de avaliação médica imediata e necessidade de transferência para leito de atendimento a pacientes críticos.
- Pacientes com escore PEWS 3 pontos, há necessidade de avaliar a redução do tempo de monitoramento dos sinais vitais, devido ao maior o risco de deterioração clínica.
- Pacientes com escore 1 a 2, repetir o PEWS a cada 60 minutos, se persistir comunicar ao médico e manter o registro nas anotações de enfermagem.
- Pacientes com escore 0, manter rotina de aferição dos sinais vitais.

13.8 Anexo VIII – ESCALA DE ALERTAS PRECOCE EM MEWS**Tabela 11.** Escala de Alertas Precoce em MEWS

PARÂMETROS	0	1	2	3
Nível de consciência	Alerta	Confuso	Responde a dor	Inconsciente
Frequência Cardíaca (bpm)	51 – 100	41 – 50 ou 101 – 110	≤ 40 ou 111 – 120	≥ 120
Frequência Respiratória (irpm)	9 – 14	15 – 20	≤ 9 ou 21 – 29	≥ 30
Pressão arterial Sistólica (mmHg)	101 – 199	81 – 100	71 – 80 ou ≥ 200	≤ 70
Temperatura (°C)	35,1 – 37,8	-	≤ 35 ou ≥ 37,8	-

Fonte: Adaptado INTS, 2023.

- Escores de MEWS ≥ 4 representa sinal de alerta para avaliação médica imediata ou acionamento do time de resposta rápida.
- Escores MEWS 3, planejar aferição dos sinais vitais para minimamente 2/2 horas e seguir com as intervenções conforme a prescrição médica. Se persistência do escore, manter registro de enfermagem atualizado em prontuário e comunicar ao médico quadro clínico.
- Escores MEWS 0, 1 e 2 manter rotina de aferição dos sinais vitais.



14. APÊNDICES

FICHA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO  AMARELO  VERDE  AZUL

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____ Possui Acompanhante: () Sim () Não

Data do Atendimento: ____/____/____ Horário de chegada: ____:____ Horário da classificação: ____:____

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

- ☐ Gestante/Puérpera ☐ Idoso /Acamado ☐ Vítima de violência ☐ Custódia policial
☐ Criança < 1 ano ☐ PCD ☐ Acidente de trabalho ☐ Outras condições:

QUEIXA PRINCIPAL

O que trouxe você até aqui hoje? Quando os sintomas começaram? Como evoluíram (súbito, gradual, intermitente)?

ESCALA DE DOR

SENTE DOR NESTE MOMENTO? ☐ NÃO ☐ SIM

DE 0 A 10, QUAL É A INTENSIDADE DA DOR?
QUAL O LOCAL?

TEMPO DE DURAÇÃO DA DOR: ☐ Aguda ☐ Crônica

PIORA COM ESFORÇO FÍSICO OU PALPAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM

TIPO DE SENSÇÃO DOLOROSA: ☐ Latejante/pulsátil ☐ Em queimação ☐ Pontada/agulhada ☐ Pressão/peso
ACOMPANHADA DE OUTROS SINTOMAS? QUAIS?



SINAIS VITAIS

- ☐ Frequência respiratória: _____ irpm ☐ Temperatura: _____ °C ☐ Glicemia capilar: _____ mg
☐ Pressão arterial: _____ mmHg ☐ Frequência cardíaca: _____ bpm ☐ Saturação O₂: _____
☐ Escala de Glasgow _____ ☐ Sangramento ativo
☐ Suspeita SCA ☐ Suspeita Seps ☐ Suspeita AVC

MEDICAÇÕES EM USO (NO MOMENTO)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Antiarrítmicos | ☐ Ansiolíticos | ☐ Antiasmáticos |
| ☐ Anti-hipertensivos | ☐ Antidepressivos | ☐ Antibióticos |
| ☐ Diuréticos | ☐ Antidiabéticos | ☐ Anti-inflamatório |
| ☐ Anticoagulantes | ☐ Antieméticos | ☐ Antineoplásicos |
| ☐ Antiagregantes plaquetários | ☐ Antiepiléticos | ☐ Antituberculosos |
| ☐ Fibrinolíticos | ☐ Antipsicóticos | ☐ Antivirais/Antifúngicos |
| ☐ Glaucoma | ☐ Insulina | ☐ Corticosteroides |
| ☐ Antimigrenosos | ☐ Laxativos | ☐ Imunossuppressores |
| ☐ Antialérgicos/Anti-histamínicos | ☐ Opióide | ☐ Protetores gástricos |
| ☐ Anticoncepcionais hormonais | ☐ Psicoestimulantes | ☐ Outros _____ |

COMORBIDADES

- ☐ Cardiopatia / HAS ☐ Diabetes ☐ Insuf. Renal ☐ Transtorno psiquiátrico ☐ CA
☐ DPOC / Asma ☐ AVC prévio ☐ Hepatopatia ☐ Imunossupressão

15. VIGÊNCIA E REVISÃO

- Vigência: Outubro/2025 a Outubro/2027
- Revisão antecipada em caso de atualização normativa, mudança de fluxo de acolhimento ou reorganização da rede.

16. CHECKLIST DE SUBMISSÃO

Item	Verificado	Observações
Capa e ficha técnica	[]	
Sumário automático	[]	
Introdução e objetivos	[]	
Definições e siglas	[]	
Fundamentação legal	[]	
Descrição das etapas	[]	
Fluxograma	[]	
Indicadores	[]	
Referências completas	[]	
Anexos (se houver)	[]	
Aprovação e versão indicada	[]	



17. DECLARAÇÕES E REGISTROS



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde
Núcleo de Políticas de Saúde

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE NOME EM PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Eu, _____,
servidor(a) público(a), vinculado(a) à Prefeitura Municipal de Sorocaba, matrícula nº _____,
lotado(a) na _____,

AUTORIZO, de forma expressa, a inclusão do meu nome como colaborador(a) técnico(a) no
protocolo institucional intitulado:

"Título do Protocolo: _____"
elaborado no âmbito da Secretaria da Saúde do Município de Sorocaba, com fins de reconhecimento
institucional de minha participação nas atividades técnicas desenvolvidas.

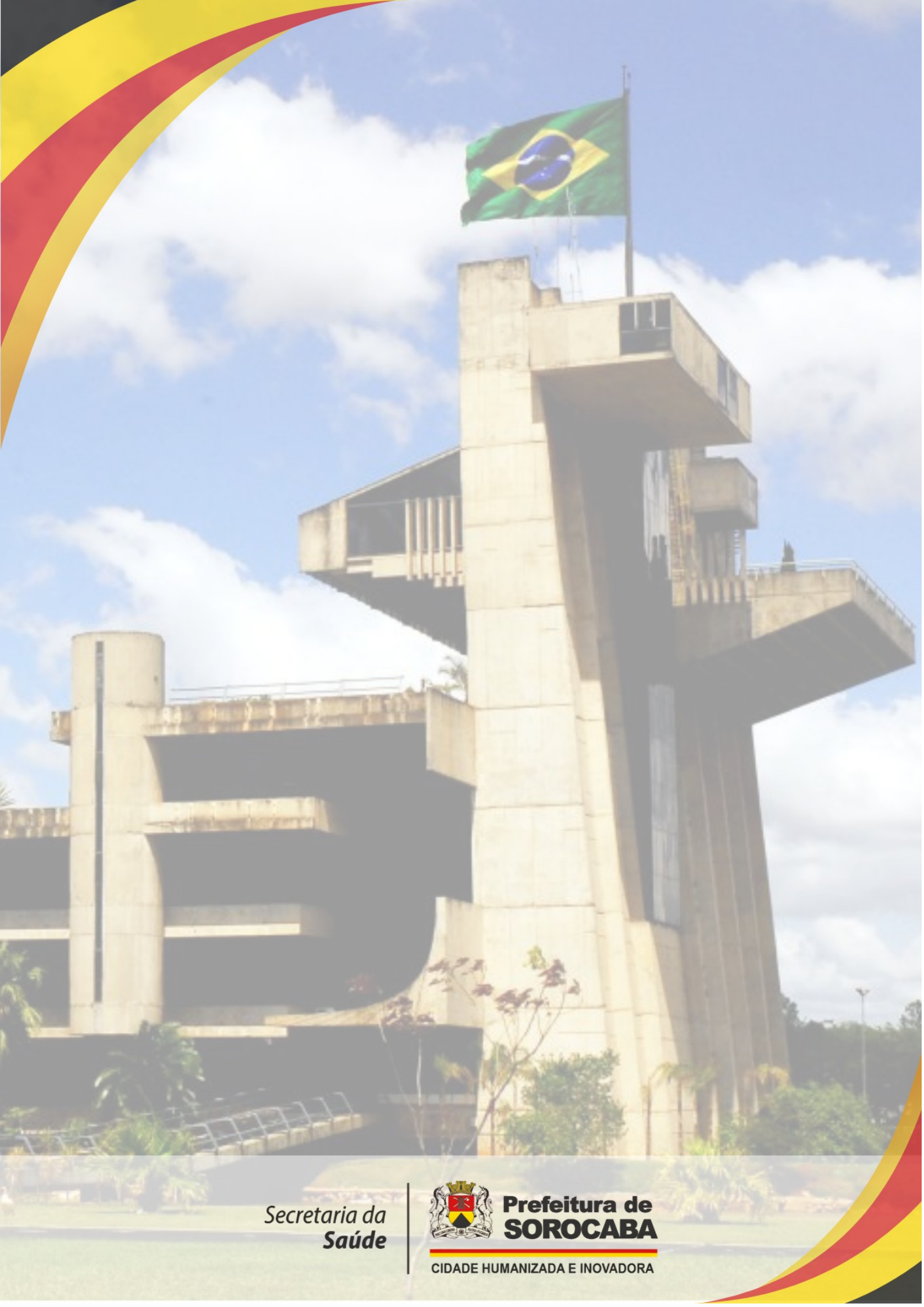
Estou ciente de que o protocolo poderá ser publicado e difundido em meio digital e/ou
impresso, em plataformas institucionais, documentos oficiais, materiais de apoio, ações formativas e
eventos técnicos e científicos, vinculados às políticas públicas de saúde do município.

Declaro, ainda, que minha contribuição foi realizada no exercício das minhas atribuições
funcionais e que esta autorização não implica nenhuma forma de remuneração adicional ou vínculo
contratual específico.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Sorocaba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Declarante



*Secretaria da
Saúde*



**Prefeitura de
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA