

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

Úrsula Elisa da Rosa – Enfermeira COREN-SP 112.185

Coordenadora Tec. de Urgência e Emergência, Especialidades e APS

Colaboração técnica:

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

Núcleo de Políticas de Saúde

Vanessa Antunes Marciano – Enfermeira COREN-SP 93.110

Núcleo de Políticas de Saúde

Revisão técnica:

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 Unidades de Pronto Atendimento

Jéssica Daniela Pacheco Flumignan Diniz

Cirurgiã-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

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 Habito

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 – Agosto/2026

Previsão de revisão: Agosto/2028

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.

90 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

APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3. PÚBLICO-ALVO.....	9
4. SIGLAS E DEFINIÇÕES	9
4.1 SIGLAS	9
4.2 DEFINIÇÕES TÉCNICAS E OPERACIONAIS	10
5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA.....	11
5.1 BASE NORMATIVA.....	11
6. ABORDAGENS INCLUÍDAS	14
6.1 ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA	14
6.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL	14
6.3 AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	14
6.4 RECONHECIMENTO DE CONDIÇÕES TEMPO-DEPENDENTES.....	15
6.5 IDENTIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES	15
6.6 REAVALIAÇÃO CLÍNICA	16
6.7 SEGURANÇA DO PACIENTE	16
7. FLUXOGRAMA	17
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	20
8.4 ENCAMINHAMENTO AO ATENDIMENTO.....	20
8.5 REAVALIAÇÃO CLÍNICA E USO DE ESCALAS DE ALERTA PRECOCE.....	21
8.6 REGISTRO E MONITORAMENTO	22
8.7 SITUAÇÕES QUE EXIGEM ATENDIMENTO IMEDIATO.....	23
8.8 ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	23
9. TEMPO-RESPOSTA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	25
9.1  CLASSIFICAÇÃO VERMELHA – EMERGÊNCIA	25
9.2  CLASSIFICAÇÃO AMARELA - URGÊNCIA.....	25
9.3  CLASSIFICAÇÃO VERDE – BAIXA PRIORIDADE CLÍNICA.....	25
9.4  CLASSIFICAÇÃO AZUL – NÃO URGENTES	26
9.5 REAVALIAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE ESPERA	26
10. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	27
10.5.1 Gestantes e Puérperas.....	29
10.5.2 Adultos e Idosos	30
10.5.3 Crianças e Adolescentes	30
11. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO	33
11.1 INDICADORES DE PROCESSO.....	33
11.2 INDICADORES DE RESULTADO.....	33
11.3 INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL	34
12. REFERÊNCIAS	35

13. ANEXOS.....	38
13.1 ANEXO I –CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES ADULTOS	38
13.1.1 Alterações do Sistema Nervoso Central.....	39
13.1.2 Alterações Cardíacas / Dor torácica	40
13.1.3 Alterações Comportamentais	41
13.1.4 Alterações Dermatológicas.....	42
13.1.5 Alterações Gastrointestinais	43
13.1.6 Alterações Geniturinárias	44
13.1.7 Alterações Ginecológicas/Gestante	45
13.1.8 Alterações Glicêmicas	46
13.1.9 Alterações Musculoesqueléticas	47
13.1.10 Alterações Odontológicas.....	48
13.1.11 Alterações Oftalmológica	49
13.1.12 Alterações Otorrinolaringológicas.....	50
13.1.13 Alterações Respiratórias.....	51
13.1.14 Alterações Vasculares	52
13.1.15 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico.....	53
13.1.16 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos	54
13.1.17 Queimaduras	55
13.1.18 Traumas	56
13.1.19 Situações Especiais.....	57
13.2 ANEXO II – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS	58
13.2.1 Alterações do Sistema Nervoso Central.....	59
13.2.2 Alterações Cardíacas	60
13.2.3 Alterações Comportamentais	61
13.2.4 Alterações Dermatológicas.....	62
13.2.5 Alterações Gastrointestinais	63
13.2.6 Alterações Geniturinárias	64
13.2.7 Alterações Glicêmicas	65
13.2.8 Alterações Musculoesqueléticas	66
13.2.9 Alterações Odontológicas.....	67
13.2.10 Alterações Oftalmológica.....	68
13.2.11 Alterações Otorrinolaringológicas	69
13.2.12 Alterações Respiratórias.....	70
13.2.13 Alterações Vasculares	71
13.2.14 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico.....	72
13.2.15 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos	73
13.2.16 Queimaduras	74
13.2.17 Traumas	75
13.2.18 Situações Especiais.....	76
13.3 ANEXO III – PARÂMETROS VITAIS	77
13.4 ANEXO IV – ESCALA DE DOR.....	79
13.5 ANEXO V – ESCALA DE GLASGOW	81
13.6 ANEXO VI – CLASSIFICAÇÃO DE QUEIMADURAS	83
13.7 ANEXO VII – ESCALA DE ALERTAS PRECOCE EM PEWS	85
13.8 ANEXO VIII – ESCALA DE ALERTAS PRECOCE EM MEWS	86
14. APÊNDICES	87
15. VIGÊNCIA E REVISÃO	88

APRESENTAÇÃO

O presente protocolo estabelece diretrizes técnicas, operacionais e assistenciais para o Acolhimento com Classificação de Risco — ACCR nas Unidades Pré-Hospitalares, Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Atendimentos da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Sorocaba.

O ACCR organiza o fluxo assistencial conforme o grau de urgência, priorizando o atendimento dos usuários com maior risco clínico, possibilidade de agravamento ou sofrimento intenso, contribuindo para a segurança assistencial, a equidade, a resolutividade e a humanização do cuidado.

A classificação de risco constitui processo técnico, ético e dinâmico, realizado por enfermeiro capacitado, com base em protocolo institucional, avaliação clínica sistematizada, sinais e sintomas, parâmetros fisiológicos, discriminadores de gravidade, condições de vulnerabilidade e julgamento profissional.

O protocolo municipal adota quatro categorias de prioridade assistencial:

- **Vermelha — Emergência;**
- **Amarela — Urgência;**
- **Verde — Baixa prioridade clínica;**
- **Azul — Condição não urgente.**

Os critérios de classificação, tempos-alvo, fluxos assistenciais e recomendações de reavaliação definidos neste documento deverão ser aplicados de forma uniforme nas UPHs/UPAs e nos PAs municipais abrangidos, respeitadas as características estruturais e assistenciais de cada unidade, sem alteração local das categorias ou dos critérios sem prévia pactuação e autorização da Secretaria Municipal da Saúde.

Este documento está alinhado às diretrizes nacionais de atenção às urgências, à Política Nacional de Humanização, às normas profissionais aplicáveis e ao modelo institucional adotado pela Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba.

Sua elaboração considerou normativas federais, regulamentações profissionais, manuais técnicos, protocolos de referência e as especificidades da Rede Municipal de Urgência e Emergência.

A Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba reafirma, por meio deste protocolo, o compromisso com a segurança do paciente, a qualidade assistencial, a gestão humanizada e a padronização do cuidado. A participação das equipes assistenciais, técnicas e gestoras é essencial para sua implantação, monitoramento e revisão periódica.

1. INTRODUÇÃO

Sorocaba, 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), o Município dispõe de Unidades Pré-Hospitalares (UPHs), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Prontos Atendimentos (PAs), que atuam como portas de entrada para o atendimento às condições agudas, assegurando assistência contínua, acolhimento qualificado e atenção oportuna às demandas espontâneas, em articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

O elevado volume de atendimentos, aliado à diversidade de quadros clínicos, impõe desafios à organização do cuidado. A adoção de dispositivos que estruturam 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.

Nas urgências e emergências, o fator tempo constitui elemento determinante para o prognóstico clínico dos usuários, especialmente nas condições tempo-dependentes, como síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral, sepse, insuficiência respiratória aguda, politrauma e outras situações potencialmente graves. Nesse contexto, o Acolhimento com Classificação de Risco constitui estratégia de priorização clínica, permitindo a identificação precoce da gravidade, a organização do fluxo assistencial conforme critérios técnicos e a utilização racional dos recursos disponíveis, não se caracterizando como critério de atendimento por ordem cronológica de chegada.

O ACCR consiste em processo estruturado de avaliação clínica inicial, realizado por enfermeiro capacitado, com base em protocolo institucional, destinado à identificação precoce de sinais de gravidade, definição da prioridade assistencial, reconhecimento de condições potencialmente tempo-dependentes e encaminhamento oportuno do usuário ao atendimento adequado.

A utilização de critérios padronizados em todas as unidades abrangidas por este protocolo contribui para a uniformidade da assistência, redução da variabilidade entre profissionais, fortalecimento da segurança do paciente, melhoria da comunicação entre as equipes e qualificação da gestão da Rede Municipal de Urgência e Emergência.

Além da definição da prioridade inicial, este protocolo estabelece diretrizes para reavaliação sistemática dos pacientes em espera, identificação precoce da deterioração clínica, registro padronizado das informações assistenciais e monitoramento de indicadores de qualidade, promovendo maior segurança e efetividade no processo de acolhimento com classificação de risco.

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 661/2021 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.

A efetividade deste protocolo depende da atuação integrada das equipes assistenciais, da educação permanente, do monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho e da revisão periódica de seus critérios, assegurando sua atualização frente as evidências científicas, às necessidades da Rede Municipal de Urgência e Emergência e às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes técnicas, assistenciais e operacionais para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), padronizando sua aplicação nas Unidades Pré-Hospitalares (UPHs), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Prontos Atendimentos (PAs) da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Sorocaba, visando assegurar atendimento oportuno, seguro, equânime, resolutivo e centrado nas necessidades clínicas dos usuários.

2.2 Objetivos Específicos

I – Padronizar o processo de acolhimento e classificação de risco em todas as unidades abrangidas por este protocolo.

II – Priorizar o atendimento conforme a gravidade clínica, potencial de risco, vulnerabilidades e grau de sofrimento do usuário, independentemente da ordem cronológica de chegada.

III – Promover a identificação precoce de condições clínicas tempo-dependentes e de sinais de deterioração clínica.

IV – Organizar o fluxo assistencial de forma racional, garantindo melhor utilização dos recursos disponíveis.

V – Fortalecer a segurança do paciente por meio da aplicação de critérios clínicos padronizados, reavaliação sistemática e monitoramento contínuo dos usuários em espera.

VI – Reduzir a variabilidade assistencial entre profissionais e unidades da Rede Municipal de Urgência e Emergência.

VII – Favorecer a integração e a comunicação entre as equipes multiprofissionais e os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

VIII – Subsidiar processos de educação permanente, supervisão assistencial, auditoria clínica, avaliação da qualidade e monitoramento de indicadores relacionados ao processo de acolhimento com classificação de risco.

IX – Contribuir para a melhoria contínua da qualidade da assistência, da gestão do acesso e da experiência do usuário nos serviços de urgência e emergência do Município.

3. PÚBLICO-ALVO

Este protocolo destina-se aos profissionais que atuam nos serviços integrantes da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Sorocaba, abrangendo as Unidades Pré-Hospitalares (UPHs), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Prontos Atendimentos (PAs), sendo de observância obrigatória para os processos relacionados ao Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

Aplica-se aos enfermeiros responsáveis pela realização da classificação de risco, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, demais profissionais da equipe multiprofissional, responsáveis técnicos, coordenadores, gerentes das unidades e gestores envolvidos na organização da assistência e do acesso aos serviços de urgência e emergência.

Também se aplica aos residentes, internos, acadêmicos e estudantes em atividades práticas supervisionadas nos serviços da Rede Municipal de Urgência e Emergência, os quais deverão conhecer e observar as diretrizes deste protocolo, respeitadas as atribuições legais, o nível de formação e a supervisão do profissional responsável.

Além de orientar a prática assistencial, este protocolo constitui instrumento institucional para capacitação profissional, educação permanente, supervisão técnica, auditoria clínica, monitoramento de indicadores assistenciais e promoção da melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente nos serviços municipais de urgência e emergência.

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 de Dor
MEWS	Modified Early Warning Score
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PEWS	Pediatric Early Warning Score
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RUE	Rede de Urgência e Emergência
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: Processo ético, técnico e relacional que garante escuta qualificada, acolhida digna e responsabilização da equipe pelas necessidades do usuário (PNH/MS).

Classificação de Risco: Processo dinâmico e sistematizado de estratificação da gravidade clínica, realizado por enfermeiro, com base em critérios objetivos e subjetivos.

Demanda Espontânea: Procuras realizadas pelo próprio usuário ou de seu acompanhante, sem regulação prévia.

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 entre a classificação do risco e o atendimento médico, definido conforme a categoria de prioridade atribuída.

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.

Responsabilidade do enfermeiro na classificação de risco

A classificação de risco e a priorização da assistência, no âmbito da equipe de enfermagem, são atividades privativas do enfermeiro, nos termos da Resolução COFEN nº 661/2021. O enfermeiro deverá possuir capacitação específica no protocolo institucional adotado, realizar avaliação clínica sistematizada e registrar os elementos que fundamentaram a prioridade atribuída.

A classificação de risco deverá ser realizada no contexto do Processo de Enfermagem, considerando dados subjetivos e objetivos, sinais vitais, queixa principal, antecedentes relevantes, discriminadores clínicos, condições de vulnerabilidade e julgamento profissional.

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 Base Normativa

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 jun. 1987.

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. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 1990.

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. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 8 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde; Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 3 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.

Este protocolo foi elaborado com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, nas normativas vigentes aplicáveis ao Sistema Único de Saúde, em protocolos institucionais nacionais e em evidências científicas relacionadas ao acolhimento, classificação de risco, segurança do paciente e reconhecimento precoce da deterioração clínica, adaptadas às características assistenciais da Rede Municipal de Urgência e Emergência 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). 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, 2004).

A classificação de risco e a priorização da assistência, no âmbito da equipe de enfermagem, são regulamentadas pela Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021, que estabelece essa atividade como privativa do enfermeiro, observada a capacitação específica no protocolo institucional adotado. A classificação deverá ser realizada no contexto do Processo de Enfermagem, em conformidade com a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024, fundamentando-se na avaliação clínica sistematizada, no julgamento profissional e nos registros assistenciais pertinentes.

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, 2004).

6. ABORDAGENS INCLUÍDAS

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) deverá ser realizado por meio de avaliação clínica sistematizada, com utilização de critérios técnicos padronizados, julgamento clínico do enfermeiro e aplicação deste protocolo institucional.

A avaliação deverá contemplar, de forma integrada, os seguintes componentes:

6.1 Acolhimento e escuta qualificada

Compreende a recepção do usuário mediante escuta ativa, identificação da queixa principal, tempo de evolução dos sintomas, percepção de gravidade pelo usuário ou acompanhante, necessidades imediatas e fatores que possam interferir na assistência.

O acolhimento deverá ocorrer de forma ética, humanizada, respeitosa e livre de qualquer discriminação, assegurando comunicação adequada e cuidado centrado na pessoa.

6.2 Avaliação clínica inicial

A avaliação clínica deverá ser realizada pelo enfermeiro utilizando abordagem sistematizada, contemplando, sempre que pertinente:

- Queixa principal;
- História breve da doença atual;
- Antecedentes relevantes;
- Uso de medicamentos;
- Alergias conhecidas;
- Sinais e sintomas associados;
- Avaliação geral do estado clínico;
- Identificação de condições de vulnerabilidade.

Sempre que indicado clinicamente, deverá ser empregada a abordagem ABCDE para reconhecimento precoce de situações potencialmente graves.

6.3 Avaliação dos parâmetros fisiológicos

A avaliação deverá incluir, conforme indicação clínica e faixa etária:

- Frequência cardíaca;
- Frequência respiratória;
- Pressão arterial;
- Temperatura corporal;

- Saturação periférica de oxigênio;
- Glicemia capilar, quando indicada;
- Nível de consciência;
- Avaliação da dor.

Os parâmetros deverão ser interpretados em conjunto com o quadro clínico, não devendo ser utilizados isoladamente para definição da prioridade assistencial.

6.4 Reconhecimento de condições tempo-dependentes

Durante a avaliação deverão ser identificadas, de forma prioritária, situações potencialmente tempo-dependentes, incluindo, entre outras:

- Síndrome coronariana aguda;
- Acidente vascular cerebral;
- Seps;
- Insuficiência respiratória aguda;
- Choque;
- Politrauma;
- Hemorragias graves;
- Anafilaxia;
- Crises convulsivas;
- Emergências glicêmicas;
- Emergências obstétricas.

Quando identificadas, deverão ser imediatamente acionados os fluxos assistenciais institucionais correspondentes, sem prejuízo da conclusão dos registros assistenciais.

6.5 Identificação de vulnerabilidades

Durante o ACCR deverão ser consideradas condições que possam aumentar o risco clínico ou dificultar a avaliação do usuário, tais como:

- Extremos de idade;
- Gestação e puerpério;
- Imunossupressão;
- Doenças oncológicas;
- Deficiência física, intelectual ou sensorial;
- Transtorno do espectro autista;
- Sofrimento psíquico;
- Dificuldade de comunicação;

- Condições sociais relevantes.

Essas condições deverão ser consideradas em conjunto com os demais critérios clínicos, não constituindo, isoladamente, determinantes da prioridade assistencial.

6.6 Reavaliação clínica

Os usuários que permanecerem em espera deverão ser reavaliados sempre que houver:

- Alteração do quadro clínico;
- Relato de piora pelo usuário ou acompanhante;
- Percepção de mudança pela equipe;
- Atingimento do tempo-alvo estabelecido para sua categoria de risco.

A reavaliação deverá ser registrada no prontuário, podendo resultar na manutenção ou alteração da classificação inicialmente atribuída, conforme avaliação clínica.

6.7 Segurança do paciente

Durante todas as etapas do ACCR deverão ser observados os princípios da segurança do paciente, incluindo:

- Correta identificação do usuário;
- Comunicação efetiva entre os profissionais;
- Registro completo das avaliações;
- Reconhecimento precoce da deterioração clínica;
- Acionamento oportuno dos protocolos institucionais;
- Continuidade da assistência.

7. FLUXOGRAMA



Importante: A classificação de risco estabelece a prioridade clínica para atendimento, não constitui diagnóstico médico e não substitui a avaliação clínica contínua. O tempo-alvo correspondente à categoria atribuída representa o tempo máximo recomendado para início da avaliação médica, não dispensando reavaliação do usuário

sempre que houver alteração do quadro clínico ou identificação de novos sinais de gravidade.

Atenção

O usuário poderá ser reclassificado a qualquer momento, sempre que houver alteração de seu estado clínico, independentemente do tempo inicialmente previsto para atendimento.

A identificação de condição clínica tempo-dependente, deterioração clínica ou emergência evidente deverá resultar em atendimento imediato e acionamento do respectivo protocolo institucional, sem necessidade de aguardar a conclusão das demais etapas do ACCR.

Comunicação da equipe

Qualquer profissional da unidade que identificar sinais de agravamento clínico deverá comunicar imediatamente o enfermeiro responsável ou a equipe médica, possibilitando reavaliação imediata do usuário.

Isso fortalece a cultura de segurança e deixa claro que a vigilância do paciente é responsabilidade de toda a equipe, embora a reclassificação permaneça como atribuição do enfermeiro.

8. ETAPAS DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

8.1 Chegada e Recepção do Usuário

A chegada do usuário representa o início do processo assistencial.

Todo usuário deverá ser acolhido de forma respeitosa, humanizada e sem qualquer forma de discriminação, garantindo-se acesso oportuno aos serviços de urgência e emergência.

Os procedimentos administrativos de identificação e cadastro não deverão retardar o atendimento dos pacientes com sinais evidentes de gravidade.

Sempre que identificada situação de emergência evidente, o usuário deverá ser imediatamente encaminhado à sala de emergência, com comunicação imediata à equipe assistencial, realizando-se o registro administrativo tão logo as condições clínicas permitam.

8.2 Acolhimento com Escuta Qualificada

O acolhimento constitui etapa essencial do ACCR e deverá ser realizado pelo enfermeiro mediante escuta qualificada, comunicação efetiva e avaliação clínica inicial.

Durante esta etapa deverão ser identificados, sempre que pertinentes:

- queixa principal;
- tempo de evolução;
- mecanismo do agravo, quando aplicável;
- sinais e sintomas associados;
- doenças pré-existentes relevantes;
- uso de medicamentos;
- alergias conhecidas;
- fatores de vulnerabilidade;
- percepção de gravidade pelo usuário ou acompanhante.

O acolhimento deverá favorecer ambiente de confiança, respeito, privacidade e comunicação adequada, permitindo a obtenção das informações necessárias para subsidiar o julgamento clínico.

8.3 Avaliação Clínica e Classificação de Risco

A avaliação clínica deverá ser realizada exclusivamente pelo enfermeiro, utilizando protocolo institucional padronizado e julgamento clínico fundamentado.

A classificação deverá considerar, de forma integrada:

- queixa principal;
- história clínica breve;
- abordagem ABCDE, quando indicada;
- avaliação do estado geral;
- sinais vitais;
- intensidade da dor;
- nível de consciência;
- discriminadores clínicos de gravidade;
- fatores de vulnerabilidade;
- risco de deterioração clínica.

A prioridade assistencial deverá ser definida considerando o conjunto das informações obtidas, não devendo basear-se exclusivamente em parâmetros fisiológicos isolados ou na intensidade da dor.

Na presença de condição tempo-dependente, deterioração clínica ou emergência evidente, deverão ser imediatamente acionados os protocolos institucionais correspondentes, independentemente da categoria inicialmente atribuída.

Em situações de dúvida quanto à prioridade assistencial, deverá prevalecer a classificação de maior gravidade, registrando-se a justificativa clínica correspondente.

8.4 Encaminhamento ao Atendimento

Após a definição da categoria de risco, o usuário deverá ser encaminhado ao setor assistencial correspondente, respeitando a prioridade clínica estabelecida.

O encaminhamento deverá observar:

- categoria de risco;
- necessidade de monitorização;
- necessidade de isolamento;
- condições de mobilidade;
- necessidade de acompanhante;
- protocolos específicos acionados.

A classificação de risco não substitui a avaliação médica nem limita a adoção de outras medidas assistenciais necessárias durante o período de espera.

8.5 Reavaliação Clínica e Uso de Escalas de Alerta Precoce

A reavaliação constitui etapa obrigatória do ACCR para os usuários que permanecerem aguardando atendimento.

Deverá ser realizada:

- sempre que houver alteração clínica;
- quando houver relato de piora pelo usuário ou acompanhante;
- por percepção da equipe assistencial;
- ao atingir o tempo-alvo correspondente à categoria de risco;
- sempre que houver dúvida quanto à estabilidade clínica.

A reavaliação poderá incluir:

- nova abordagem ABCDE;
- repetição dos sinais vitais;
- avaliação da dor;
- avaliação do nível de consciência;
- aplicação das escalas institucionais;
- revisão da prioridade assistencial.

Quando identificado agravamento clínico, o usuário deverá ser imediatamente reclassificado e encaminhado conforme a nova prioridade.

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 do ACCR deverão ser registradas no prontuário eletrônico institucional de forma clara, objetiva, legível e cronológica.

Os registros deverão contemplar, no mínimo:

- horário da classificação;
- queixa principal;
- sinais vitais obtidos;
- avaliação da dor;
- categoria de risco atribuída;
- justificativa clínica;
- protocolos acionados;
- reavaliações realizadas;
- alterações da classificação;
- orientações fornecidas ao usuário.

As informações relevantes deverão ser comunicadas oportunamente à equipe assistencial, assegurando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

8.7 Situações que exigem atendimento imediato

Isso praticamente nenhum protocolo municipal possui.

Exemplo:

O usuário deverá ser imediatamente encaminhado para atendimento, independentemente da etapa do ACCR, quando apresentar, entre outras situações:

- parada cardiorrespiratória;
- obstrução de vias aéreas;
- insuficiência respiratória grave;
- choque;
- convulsão ativa;
- alteração importante do nível de consciência;
- hemorragia de grande volume;
- politrauma grave;
- anafilaxia;
- parto iminente;
- dor torácica associada à instabilidade hemodinâmica;
- sinais compatíveis com AVC hiperagudo.

8.8 Organização da equipe de classificação de risco

A organização da equipe responsável pelo Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) deverá ser planejada pela gestão da unidade, considerando o perfil assistencial, o volume de atendimentos, a sazonalidade da demanda, a complexidade dos casos e os recursos humanos disponíveis.

A atividade de classificação de risco é privativa do enfermeiro, que deverá atuar em conformidade com a legislação profissional vigente, utilizando o protocolo institucional e seu julgamento clínico para definição da prioridade assistencial.

A organização das escalas de trabalho deverá buscar assegurar a realização do ACCR de forma contínua durante o funcionamento da unidade, observadas as características operacionais de cada serviço.

Sempre que houver aumento expressivo da demanda, eventos extraordinários ou situações de contingência, a coordenação da unidade poderá adotar medidas de reorganização do fluxo assistencial e da distribuição dos profissionais, visando manter a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

Os profissionais envolvidos no ACCR deverão participar das ações de educação permanente promovidas pela Secretaria Municipal da Saúde, bem como das atualizações periódicas deste protocolo.

A gestão da unidade deverá acompanhar indicadores relacionados ao ACCR, estimular a melhoria contínua dos processos assistenciais e adotar medidas corretivas sempre que identificadas oportunidades de aprimoramento.

A organização da equipe deverá ser periodicamente reavaliada pela coordenação da unidade, considerando indicadores assistenciais, tempo de espera, perfil epidemiológico da demanda, produtividade, eventos sazonais e demais fatores que possam impactar a qualidade e a segurança do atendimento.

A adequada organização da equipe e dos fluxos assistenciais constitui estratégia essencial para garantir a efetividade do ACCR, a segurança do paciente, a priorização baseada em critérios clínicos e a qualidade da assistência prestada.

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

Pacientes com risco iminente de morte ou instabilidade de funções vitais que necessitam de intervenção imediata. Devem ser conduzidos diretamente para a sala de emergência, com início das medidas de suporte à vida (ABCDE) ainda durante o acolhimento, se necessário.

Tempo-alvo para início do atendimento: Imediato.

9.2 Classificação Amarela - Urgência

Pacientes com potencial de agravamento clínico ou sofrimento intenso, que requerem avaliação médica prioritária.

Devem receber avaliação médica prioritária, respeitando-se a classificação de risco e a evolução clínica do usuário.

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

Tempo-alvo para início do atendimento: até 30 (trinta) minutos.

9.3 Classificação Verde – Baixa Prioridade Clínica

Pacientes com queixas de baixa complexidade, sem sinais de gravidade ou risco iminente de agravamento.

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

Enquanto aguardam atendimento, deverão permanecer sob observação da equipe quanto à ocorrência de sinais de agravamento, procedendo-se à reavaliação clínica quando indicada.

Tempo-alvo para início do atendimento: até 90 (noventa) minutos.

9.4 Classificação Azul – Não Urgentes

Pacientes com condições clínicas estáveis, de caráter ambulatorial ou administrativo, sem risco ou sofrimento significativo.

Sempre que identificado agravamento clínico ou mudança na condição do usuário durante o período de espera, deverá ser realizada nova avaliação pelo enfermeiro, com reclassificação da prioridade assistencial, quando pertinente.

Tempo-alvo para início do atendimento: até 120 (cento e vinte) minutos.

Tabela 1: TEMPO-ALVO PARA INÍCIO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

COR	DEFINIÇÃO	TEMPO-ALVO PARA INÍCIO DA AVALIAÇÃO MÉDICA	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

Nota importante: Os tempos acima são metas institucionais obrigatórias. O descumprimento deve gerar reavaliação imediata pela equipe de enfermagem.

9.5 Reavaliação durante o período de espera

Os usuários que permanecerem aguardando atendimento deverão ser reavaliados pelo enfermeiro sempre que:

- houver relato de piora pelo usuário ou acompanhante;
- forem identificados novos sinais ou sintomas pela equipe assistencial;
- ocorrer alteração dos sinais vitais;
- for atingido o tempo-alvo correspondente à categoria de risco;
- houver qualquer dúvida quanto à estabilidade clínica.

A reavaliação deverá ser registrada no prontuário e poderá resultar na manutenção ou alteração da categoria de risco, conforme julgamento clínico do enfermeiro.

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 por meio de observação clínica imediata e sistematizada:

- Alteração do nível de consciência
- Dificuldade respiratória grave
- Incapacidade de falar frases completas por desconforto respiratório;
- Cianose central;
- Ausência de pulso ou sinais de choque
- Hemorragia ativa volumosa
- Convulsão ativa

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

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, deficiência auditiva; barreira linguística; dificuldade de comunicação.

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.
- Fatores desencadeantes da queixa. Exemplo: trauma; esforço; alimentação; exposição ambiental.

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, incapacidade de verbalizar; voz abafada.

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; incapacidade de completar frases; tiragem intercostal; gemência (crianças).

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

D (Disability/Déficit neurológico): nível de consciência (Escala de Glasgow), agitação psicomotora associada à alteração do nível de consciência, pupilas, déficit neurológico focal, convulsões, alteração comportamental aguda.

E (Exposure/Exposição): temperatura corporal, lesões visíveis, trauma, exposição a agentes químicos ou ambientais, queimaduras extensas; sinais de violência.

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

10.5. Mensuração de parâmetros fisiológicos

Quando as condições clínicas permitirem e sem retardar o atendimento de situações críticas, 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

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

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;
- Frequência respiratória;
- Temperatura corporal;
- Glicemia capilar: para pacientes diabéticos, em hipoglicemia suspeita ou com queixas de vertigem/síncope;
- Saturação periférica de oxigênio (SpO_2)

10.5.3 Crianças e Adolescentes

- Frequência cardíaca (FC)
- Frequência respiratória
- Temperatura corporal
- Glicemia capilar (quando indicado por sintomas ou histórico clínico)
- Oximetria de pulso (SpO_2)
- Avaliação da dor conforme escala validada por faixa etária (EVA, Faces ou FLACC)

10.6. Avaliação da dor

A dor deverá ser avaliada por meio de escala validada para idade e condição clínica do paciente, utilizando preferencialmente a Escala Visual Analógica (EVA) em adultos e adolescentes capazes de autoavaliação, e outras escalas validadas, como Faces ou FLACC, quando indicadas.

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;
- Risco de deterioração clínica;
- Ausência de gravidade ou quadro estável compatível com atendimento de menor prioridade.

10.8. Protocolos específicos

Durante o ACCR, o enfermeiro deverá estar atento aos sinais e sintomas sugestivos de condições tempo-dependentes ou potencialmente graves, como sepse, acidente vascular cerebral (AVC), síndrome coronariana aguda (SCA), politrauma, intoxicações, hemorragias graves e outras situações contempladas em protocolos institucionais vigentes.

O reconhecimento dessas condições deverá resultar no acionamento imediato do respectivo protocolo institucional, independentemente da categoria de risco inicialmente atribuída, sem retardar as medidas assistenciais necessárias.

10.9. Reavaliação

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.

A reavaliação poderá ocorrer antes do tempo-alvo sempre que houver percepção clínica de agravamento pelo enfermeiro, pela equipe assistencial ou relato do usuário ou acompanhante.

10.10. Registro e comunicação

Todos os achados clínicos, sinais vitais, escala de dor, cor atribuída e justificativa deve ser registrada no prontuário eletrônico (SISWEB/PEP) de forma clara, com justificativa técnica.

As informações relevantes devem ser comunicadas de forma objetiva à equipe médica, garantindo a continuidade e a segurança do cuidado.

10.11. Responsabilidade profissional

A classificação de risco e a priorização da assistência, no âmbito da equipe de enfermagem, constituem atividades privativas do enfermeiro, nos termos da Resolução COFEN nº 661/2021.

O enfermeiro responsável pelo Acolhimento com Classificação de Risco deverá possuir inscrição regular no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e atuar em conformidade com este protocolo institucional, observando as normas legais e éticas aplicáveis ao exercício profissional.

A avaliação deverá ser realizada de forma sistematizada, considerando a queixa principal, o tempo de evolução, os sinais e sintomas associados, os antecedentes clínicos relevantes, os parâmetros fisiológicos, a avaliação da dor, o nível de consciência, os discriminadores de gravidade e as condições de vulnerabilidade, utilizando julgamento clínico fundamentado.

A classificação de risco deverá ser desenvolvida no contexto do Processo de Enfermagem, em conformidade com a Resolução COFEN nº 736/2024, assegurando o registro dos dados coletados, da categoria de risco atribuída, da justificativa clínica, das orientações fornecidas, dos protocolos institucionais acionados e, quando aplicável, das reavaliações e reclassificações realizadas.

A organização do processo de trabalho deverá buscar assegurar condições adequadas para a realização do ACCR, de forma a preservar a continuidade, a qualidade e a segurança da classificação de risco, observadas as características operacionais, o perfil assistencial da unidade e a disponibilidade de recursos humanos.

O julgamento clínico do enfermeiro deverá estar fundamentado neste protocolo institucional, nas evidências clínicas identificadas durante a avaliação e na legislação profissional vigente, não sendo permitida a atribuição da prioridade assistencial baseada exclusivamente na ordem de chegada, em critérios administrativos ou em impressão subjetiva dissociada da avaliação clínica.

Em situações de dúvida clínica, presença de múltiplos discriminadores ou impossibilidade de afastar condição de maior gravidade, deverá prevalecer a classificação de maior prioridade, acompanhada da respectiva justificativa técnica no prontuário.

A Secretaria Municipal da Saúde promoverá, de forma contínua e de acordo com seu planejamento institucional, ações de educação permanente e atualização relacionadas ao Acolhimento com Classificação de Risco, visando ao fortalecimento da qualidade assistencial e à padronização dos processos de trabalho.

11. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO

A qualidade do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) deverá ser monitorada continuamente por meio de indicadores assistenciais, operacionais e de qualidade, permitindo avaliar a adesão ao protocolo institucional, a efetividade dos processos, a segurança do paciente e subsidiar a tomada de decisão pelos gestores.

Os indicadores deverão ser analisados periodicamente pelas coordenações das unidades, pela gestão municipal e pelo Núcleo de Gestão da Urgência e Emergência (NUGUE), utilizando, preferencialmente, dados extraídos dos sistemas oficiais de informação disponíveis.

11.1 Indicadores de Processo

Indicador	Definição	Fonte	Meta
Percentual de usuários classificados	% de pacientes que receberam classificação de risco ao chegarem à unidade	Sistema oficial de informação	100%
Percentual de usuários classificados em até 10 minutos	Intervalo entre chegada e conclusão da classificação	Sistema oficial de informação	≤ 10 minutos em ≥ 95% dos casos
Percentual de atendimento dentro do tempo-alvo por cor	Cumprimento dos tempos estabelecidos na Seção 9	Sistema oficial de informação	Monitoramento contínuo
Percentual de pacientes submetidos à reavaliação e reclassificados quando indicado clinicamente.	% de pacientes que tiveram alteração de cor após reavaliação	Prontuário / Sistema oficial de informação	Monitoramento contínuo

11.2 Indicadores de Resultado

Indicador	Definição	Fonte	Meta
Percentual de altas após atendimento único em pacientes Verde/Azul	% de pacientes classificados como Verde ou Azul que recebem alta sem necessidade de observação ou internação	Sistema oficial de informação	≥ 80%
Percentual de internações oriundas das cores Vermelho e Amarelo	% de internações hospitalares provenientes dessas prioridades	Sistema oficial de informação / Regulação	Monitoramento contínuo
Taxa de óbitos evitáveis em cores Verde e Azul	Óbitos em pacientes classificados como baixa prioridade	Sistema de Mortalidade / Sistema oficial de informação	0%
Percentual de pacientes elegíveis encaminhados para Alta com Continuidade do Cuidado	Percentual de pacientes classificados como Verde e Azul, elegíveis conforme protocolo institucional, encaminhados para seguimento na Atenção Primária à Saúde	Sistema oficial de informação / Sistema de encaminhamento eletrônico	Monitoramento contínuo

Observação: O encaminhamento para Alta com Continuidade do Cuidado deverá observar os critérios de elegibilidade estabelecidos no Protocolo Municipal de Alta com Continuidade do Cuidado vigente.

11.3 Indicadores de Qualidade Assistencial

Indicador	Definição	Fonte	Meta
Eventos adversos relacionados à demora no atendimento	Notificações de eventos graves por ultrapassagem excessiva do tempo-alvo	Notificação de Incidentes / Núcleo de Segurança do Paciente	0 eventos graves
Percentual de pacientes com tempo de espera acima do tempo-alvo	% de usuários que ultrapassaram o tempo máximo de sua cor	Sistema oficial de informação	Monitoramento contínuo
Taxa de notificações de agravos e violência durante o acolhimento	% de casos identificados e notificados corretamente	SINAN / Sistema oficial de informação	100% das suspeitas
Percentual de prontuários com registro completo da classificação de risco	Avaliação da qualidade dos registros do ACCR	Auditoria de prontuários	≥95%
Ações de educação permanente relacionadas ao ACCR realizadas	Número de atividades de capacitação e atualização promovidas	Coordenação/NUGUE	Conforme planejamento anual

Observações Gerais sobre os Indicadores:

- Os indicadores devem ser analisados mensalmente em reunião multiprofissional.
- Desvios significativos devem gerar Plano de Ação Corretivo com prazo definido.
- A NUGUE (Núcleo Gestor de Urgência e Emergência) realizará monitoramento centralizado dos indicadores das UPAs e PAs.
- Os resultados serão utilizados para educação permanente das equipes e aprimoramento contínuo do protocolo.

12. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 8 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde; Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 3 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco. Brasília, DF: COFEN, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília, DF: CFM, 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2026.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência e emergência. Ribeirão Preto, SP: Secretaria Municipal da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1988.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Diretriz

Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, e20250624, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2025. São Paulo: SBD, 2025. DOI: 10.29327/5660187. ISBN: 978-65-272-1932-3. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SOROCABA. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo Municipal de Alta com Continuidade do Cuidado. Sorocaba, SP: Secretaria Municipal da Saúde, 2026.

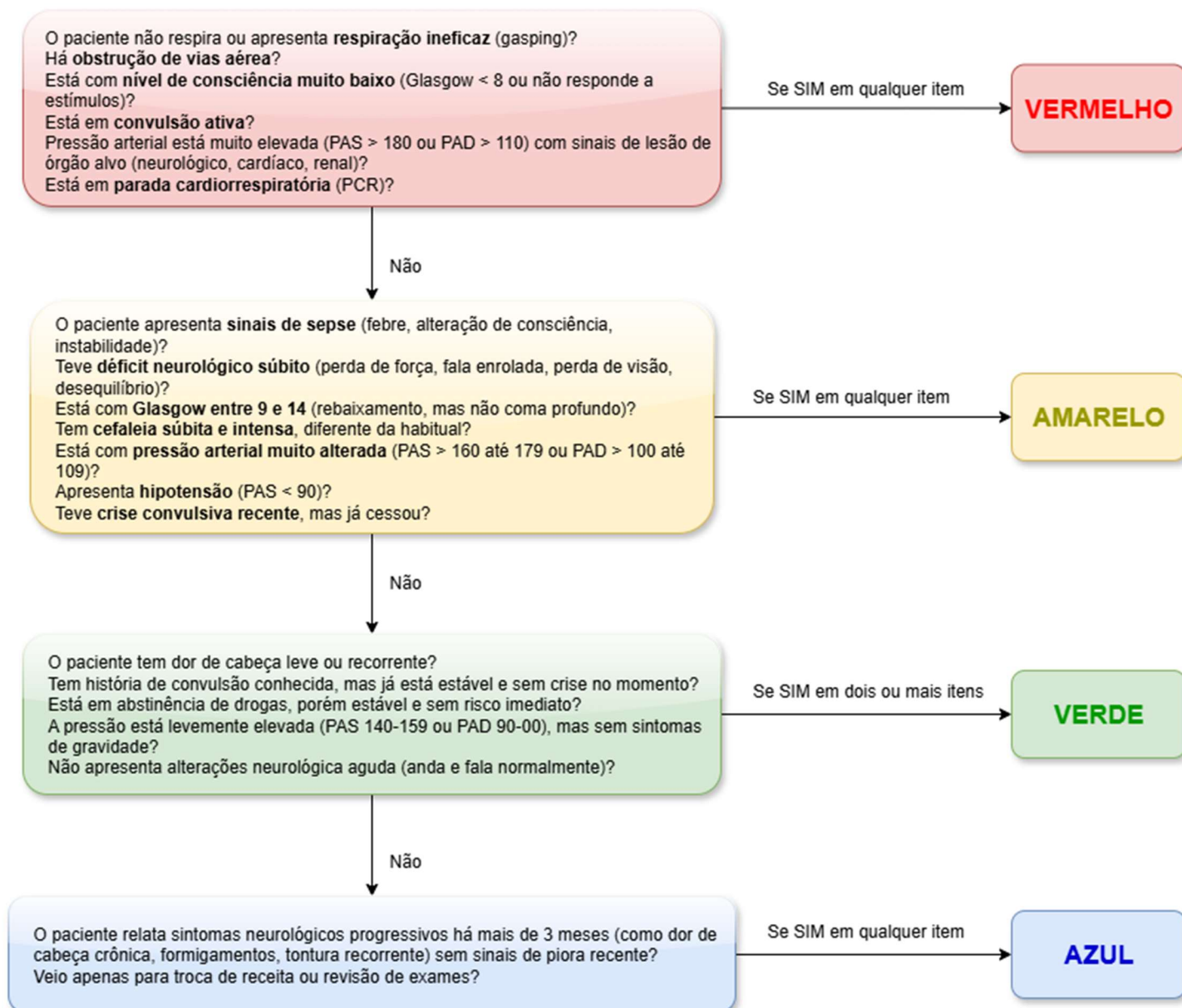
13.1 Anexo I –CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES ADULTOS



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

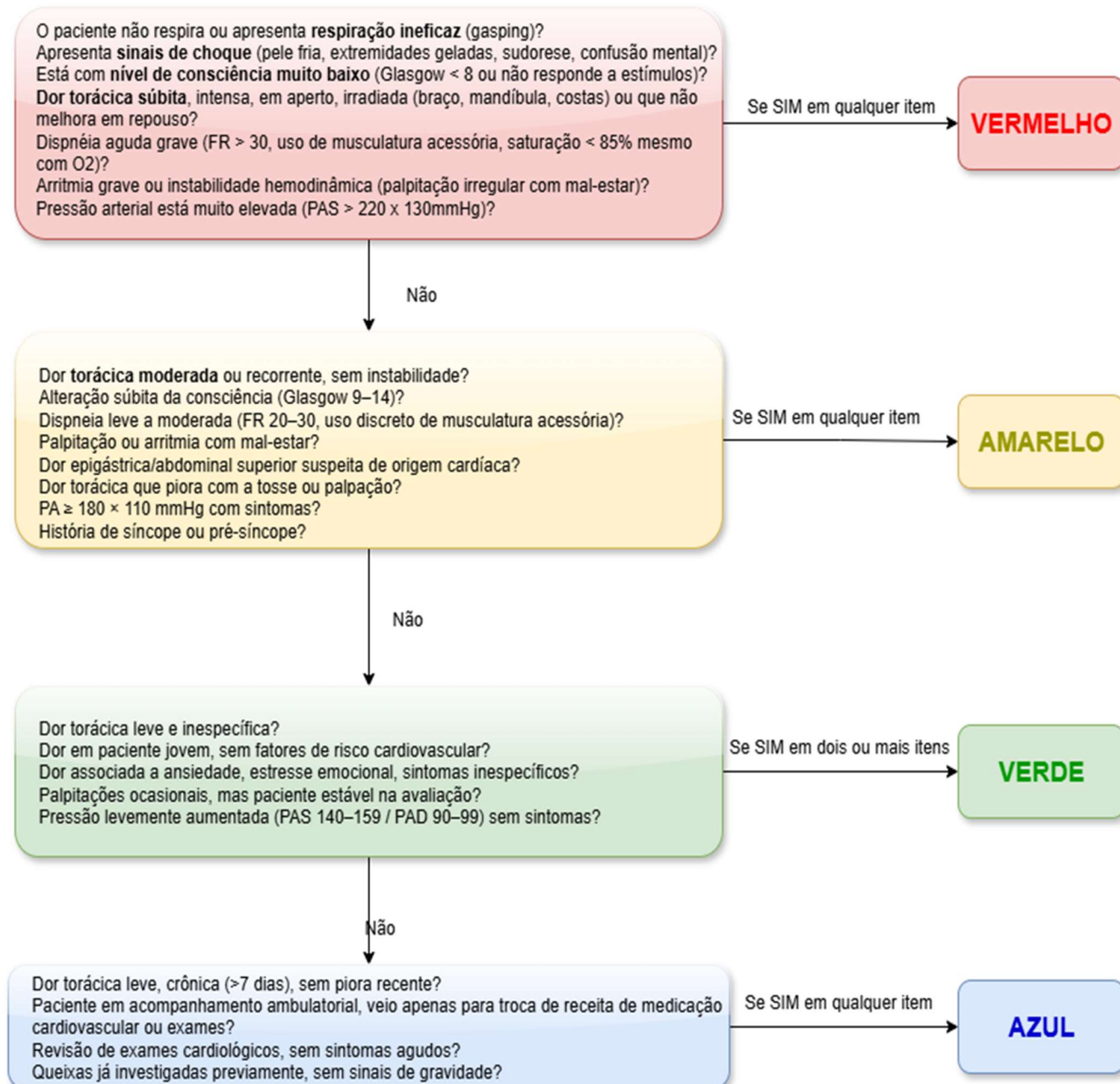
13.1.1 Alterações do Sistema Nervoso Central



Observações importantes

- Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.
- Na suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de AVC**.
- Realizar glicemia capilar sempre que houver alteração do nível de consciência, déficit neurológico focal, convulsão ou outra condição em que a hipoglicemia faça parte do diagnóstico diferencial.

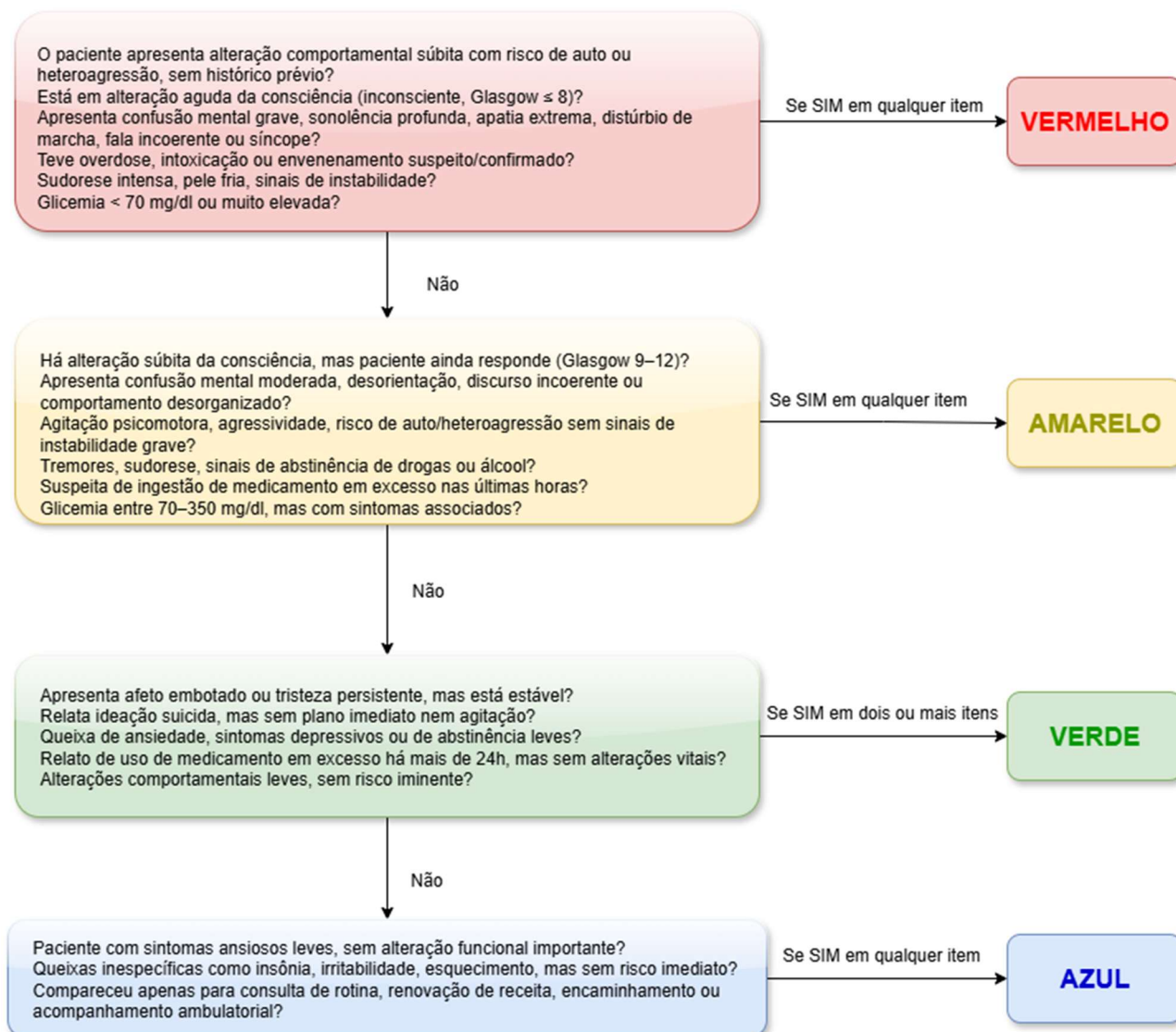
13.1.2 Alterações Cardíacas / Dor torácica



Observação importante

- Na suspeita de **Síndrome Coronariana Aguda (SCA)**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de SCA**.
- Realizar eletrocardiograma (ECG), preferencialmente, em até **10 minutos** após a chegada, conforme fluxo institucional.
- Pacientes com suspeita de SCA deverão receber avaliação médica prioritária e monitorização conforme protocolo institucional.

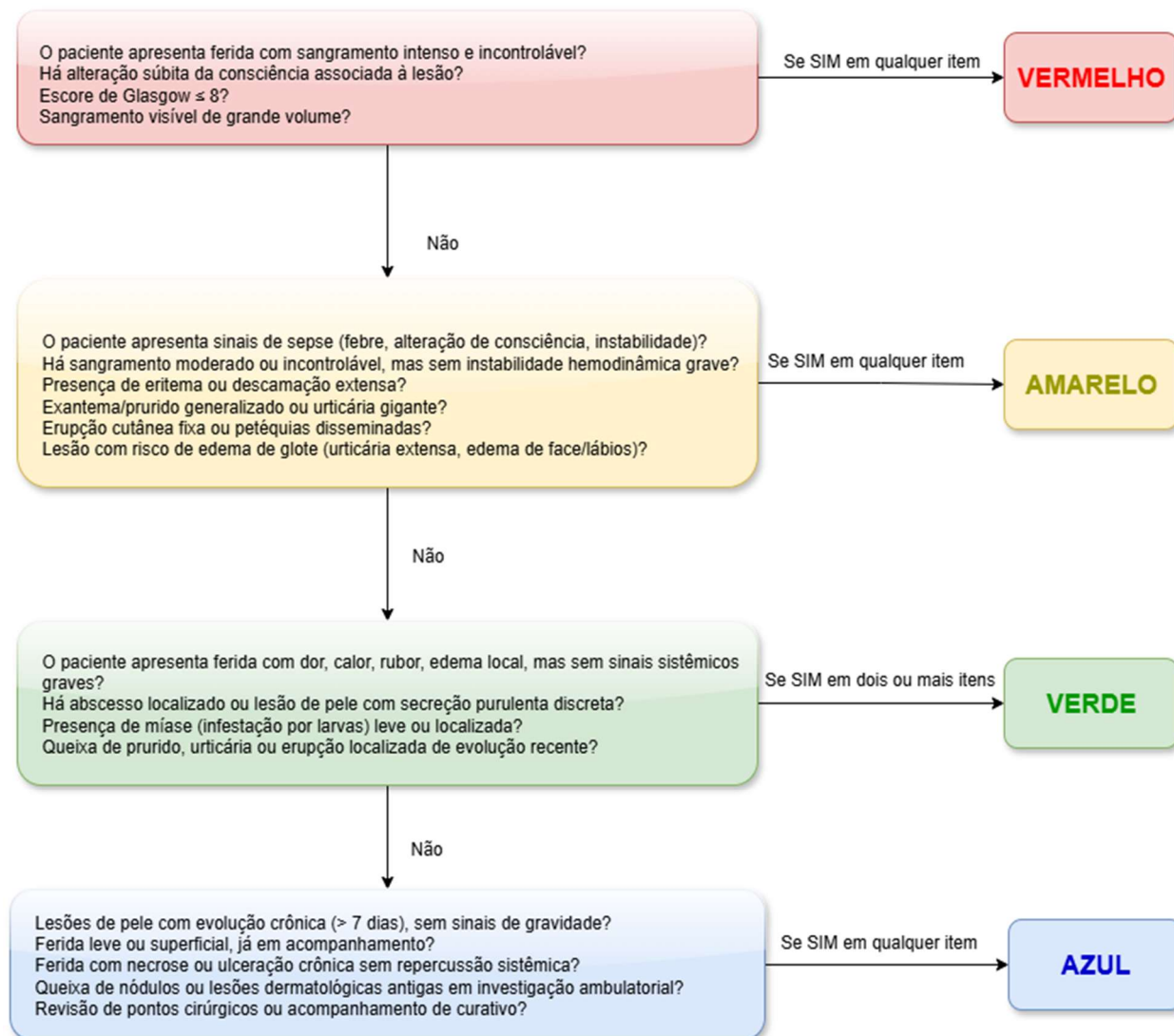
13.1.3 Alterações Comportamentais



Observações importantes

- Realizar glicemia capilar em pacientes com alteração aguda do comportamento ou do nível de consciência.
- Nos casos de risco de autoagressão ou heteroagressão, adotar medidas para garantir a segurança do paciente, dos acompanhantes e da equipe, com acionamento imediato da equipe médica.
- Registrar sinais sugestivos de intoxicação exógena ou síndrome de abstinência e proceder às notificações cabíveis, quando indicadas.

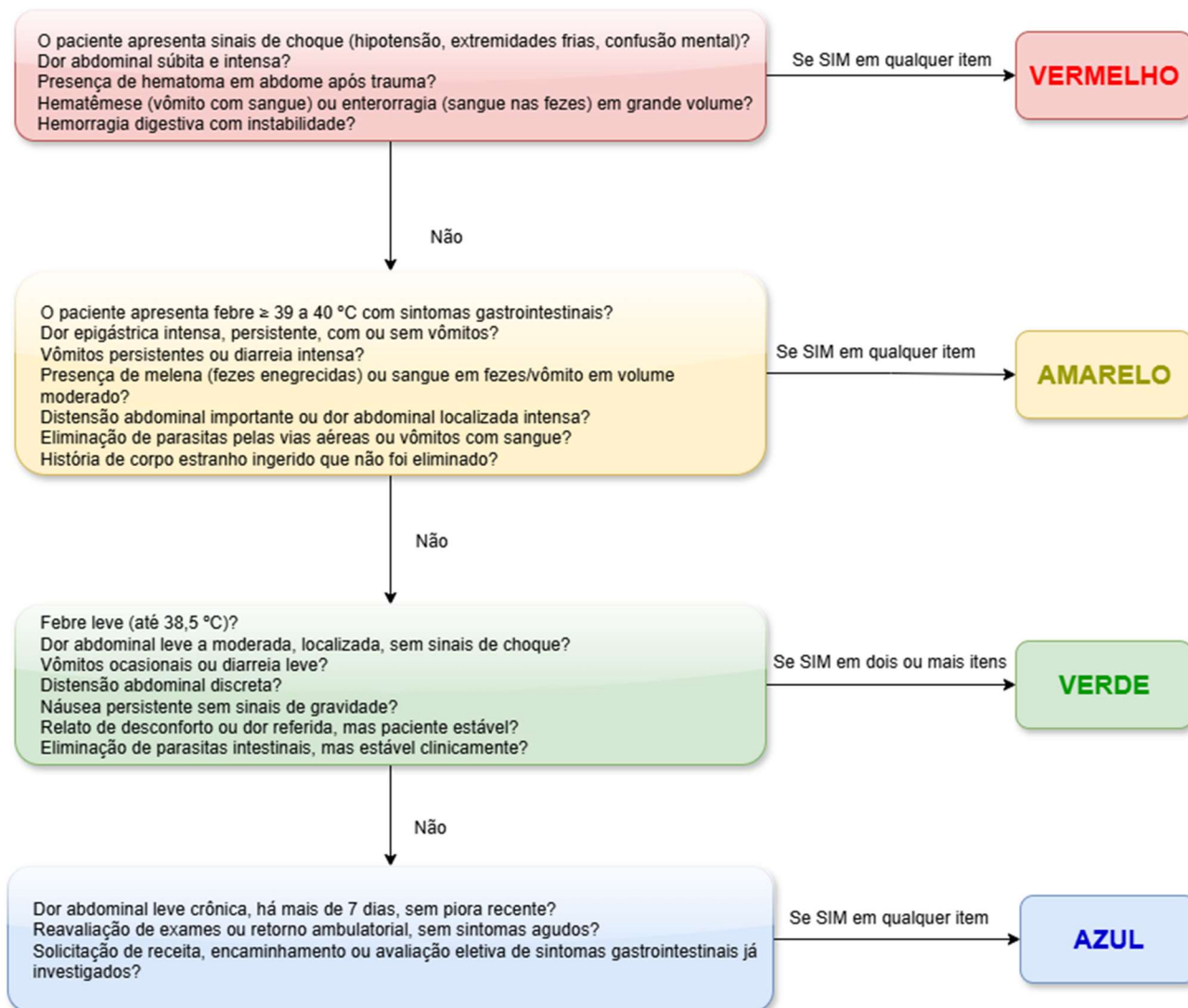
13.1.4 Alterações Dermatológicas



Observações importantes

- Na presença de sinais clínicos compatíveis com sepse, iniciar imediatamente o Protocolo Institucional de Sepse.
- Pacientes com petéquias disseminadas ou outras lesões associadas a sinais sistêmicos deverão receber avaliação médica prioritária.
- Urticária extensa associada a angioedema, dispneia, estridor, sibilância ou hipotensão requer avaliação médica imediata devido ao risco de anafilaxia.
- Ferimentos com indicação de avaliação para reparo cirúrgico ou sutura deverão ser encaminhados para avaliação médica.

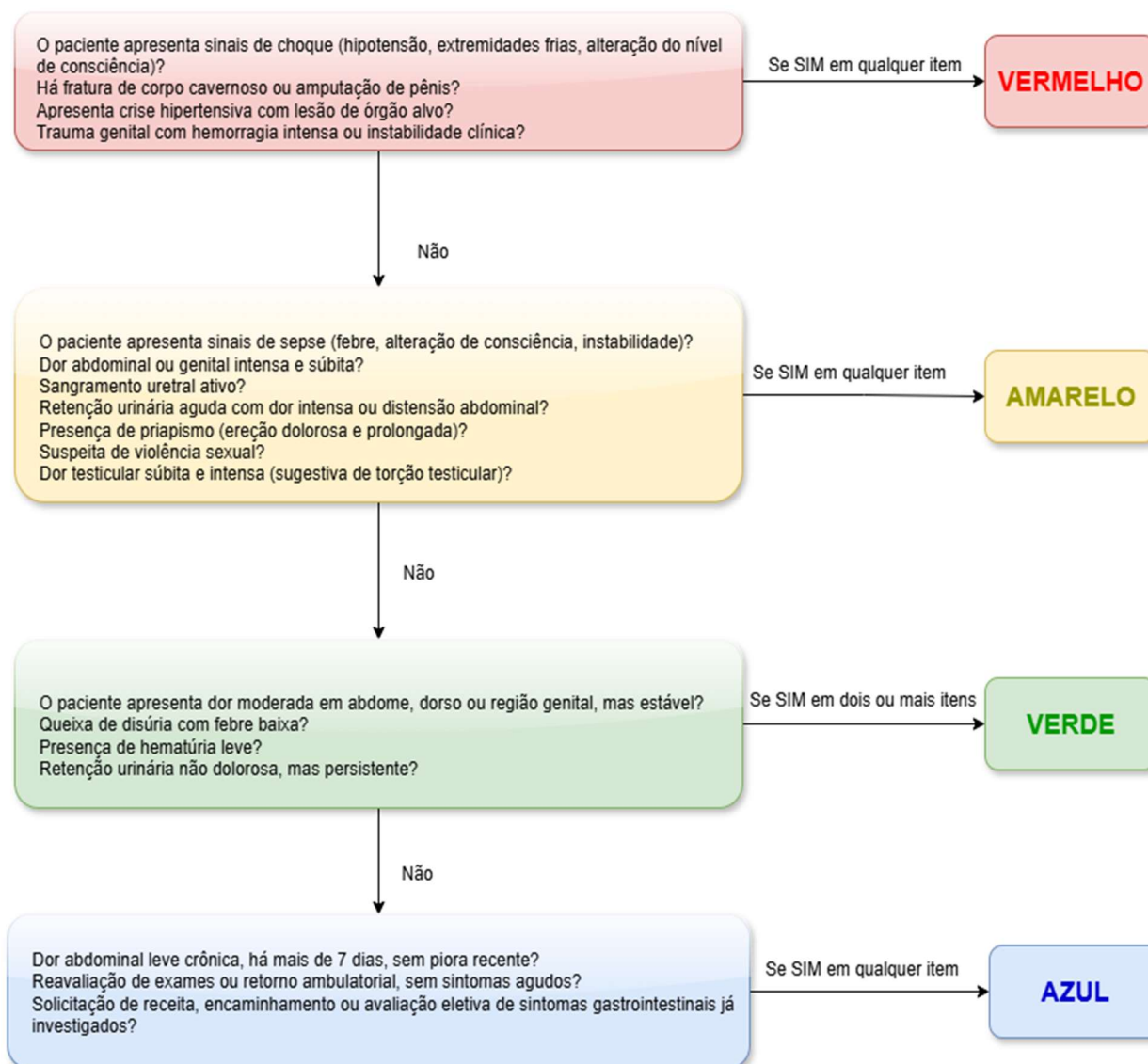
13.1.5 Alterações Gastrointestinais



Observações importantes

- Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.
- Dor abdominal súbita e intensa, associada a sinais de gravidade, requer avaliação médica prioritária.
- Hematêmese, melena ou enterorragia requerem avaliação médica imediata.

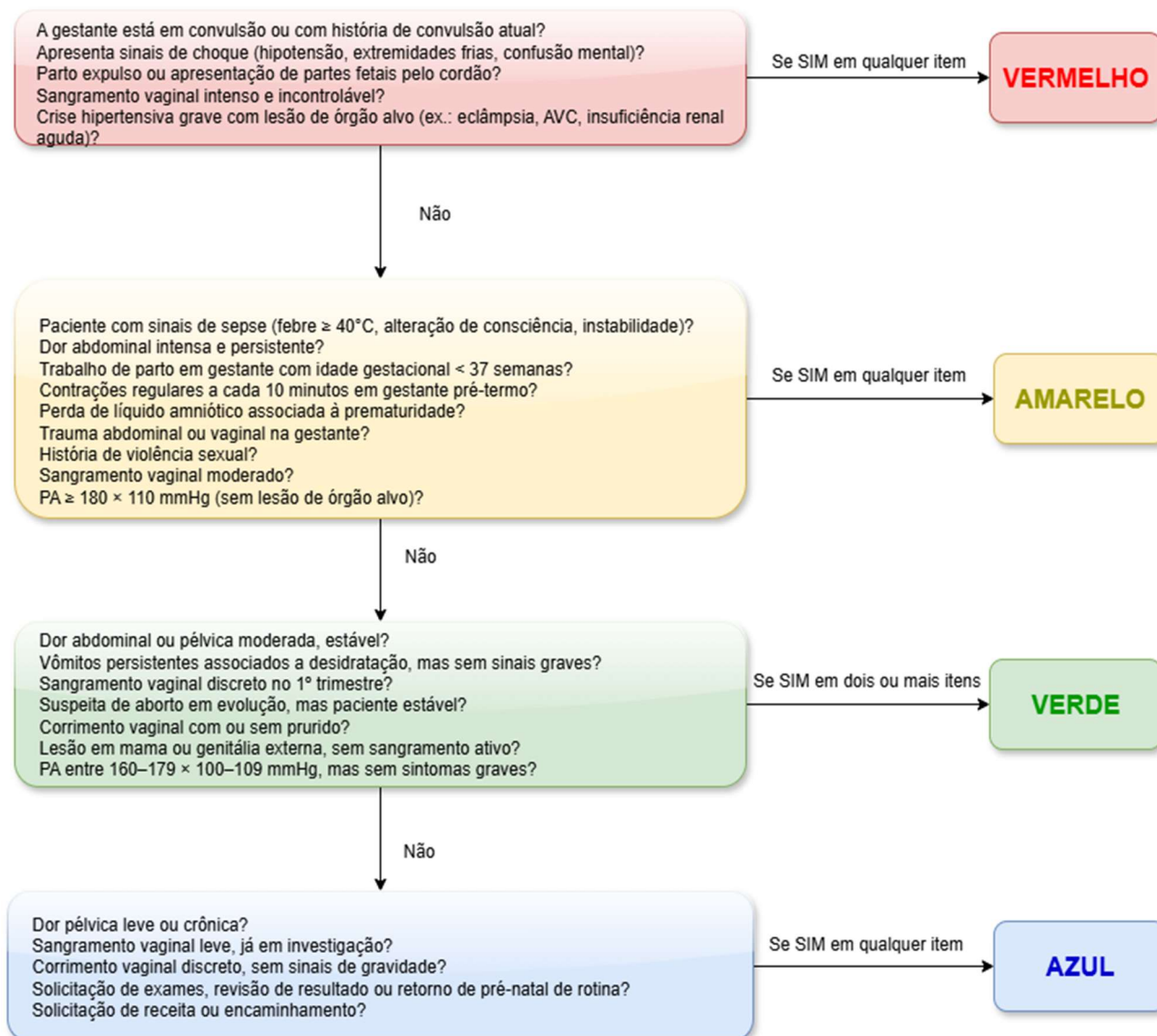
13.1.6 Alterações Geniturinárias



Observações importantes

- Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.
- **Retenção urinária aguda** requer avaliação médica prioritária.
- Na suspeita de **torção testicular**, realizar avaliação médica imediata, por se tratar de emergência urológica tempo-dependente.
- Nos casos de **violência sexual**, seguir o fluxo institucional, realizar a **notificação compulsória** conforme a legislação vigente e acionar a rede de atenção correspondente.

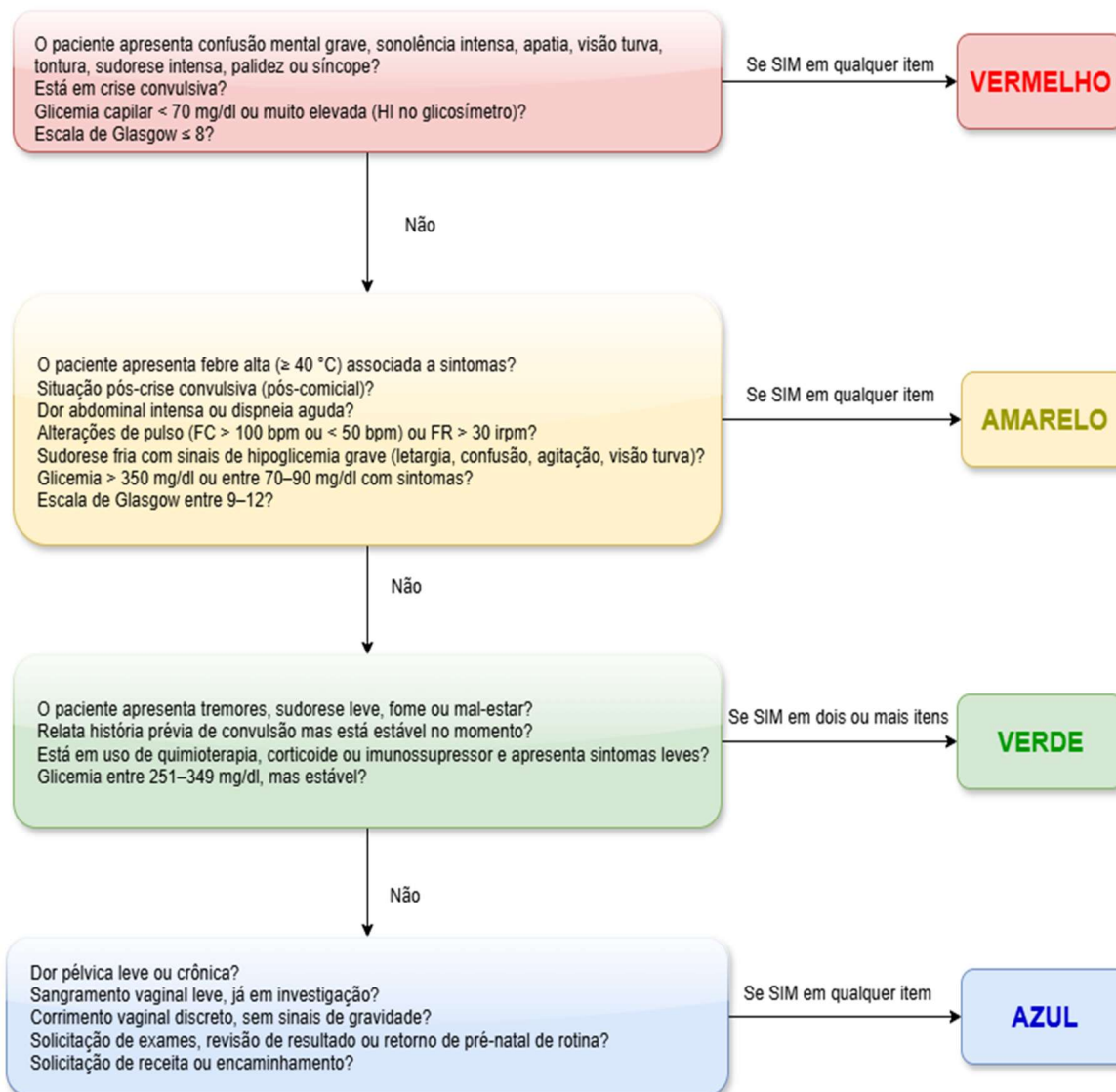
13.1.7 Alterações Ginecológicas/Gestante



Observações importantes

- Gestantes com **sangramento vaginal, perda de líquido amniótico, dor abdominal intensa, pressão arterial elevada ou redução/ausência de movimentos fetais (quando aplicável)** deverão receber **avaliação médica prioritária**.
- Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.
- Na suspeita de **pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Síndromes Hipertensivas da Gestação**.
- Nos casos de **violência sexual**, seguir o fluxo institucional, realizar a notificação compulsória conforme a legislação vigente e acionar a rede de atenção correspondente.

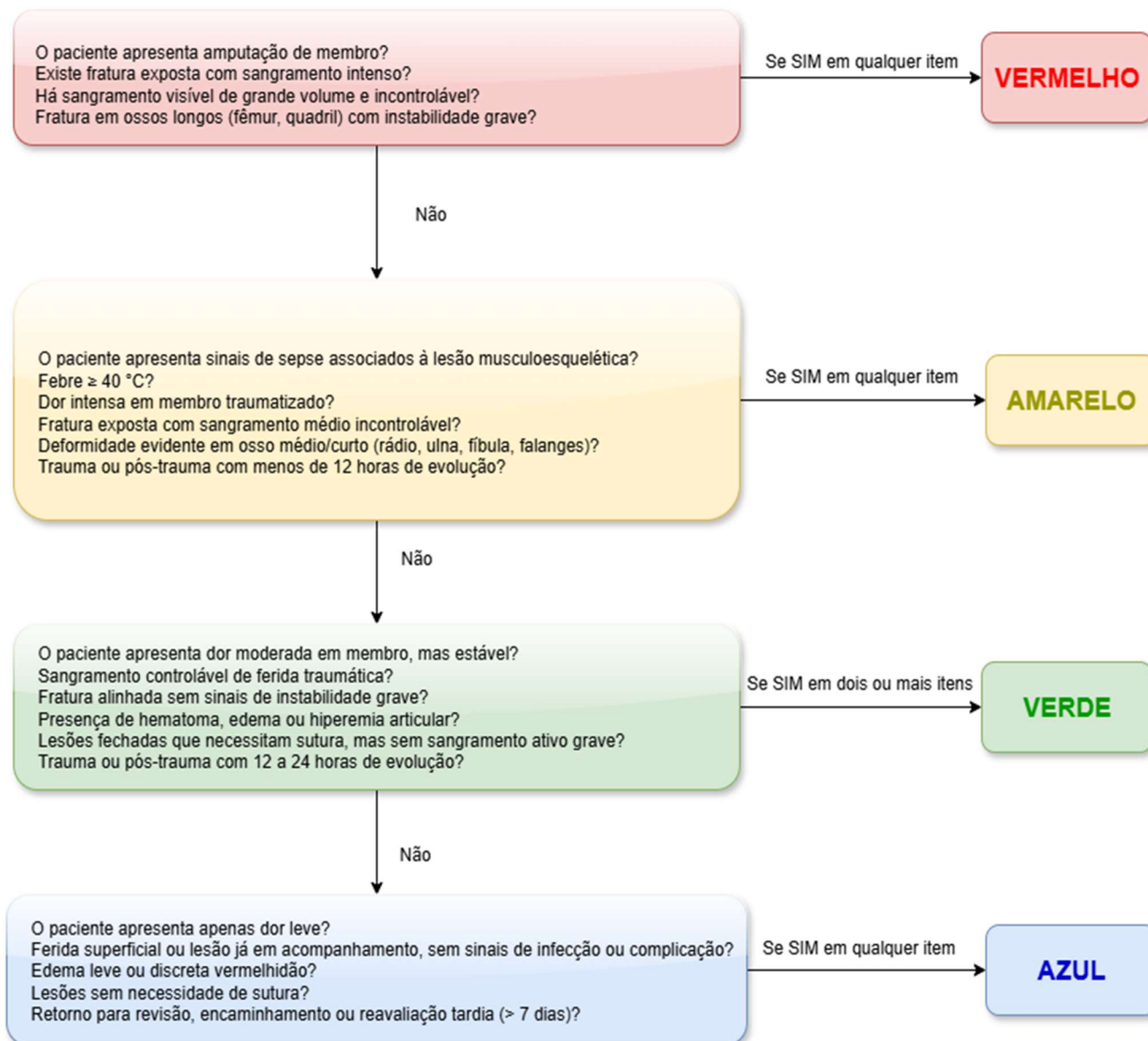
13.1.8 Alterações Glicêmicas



Observações importantes

- Todo paciente com suspeita de alteração glicêmica deverá realizar **glicemia capilar** durante o acolhimento.
- Na suspeita de **hipoglicemia**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Hipoglicemia**.
- Na suspeita de **cetoacidose diabética ou estado hiperglicêmico hiperosmolar**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Hiperglicemia Grave**, conforme avaliação clínica.
- Pacientes com alteração glicêmica associada à instabilidade clínica ou rebaixamento do nível de consciência deverão receber **avaliação médica imediata**.

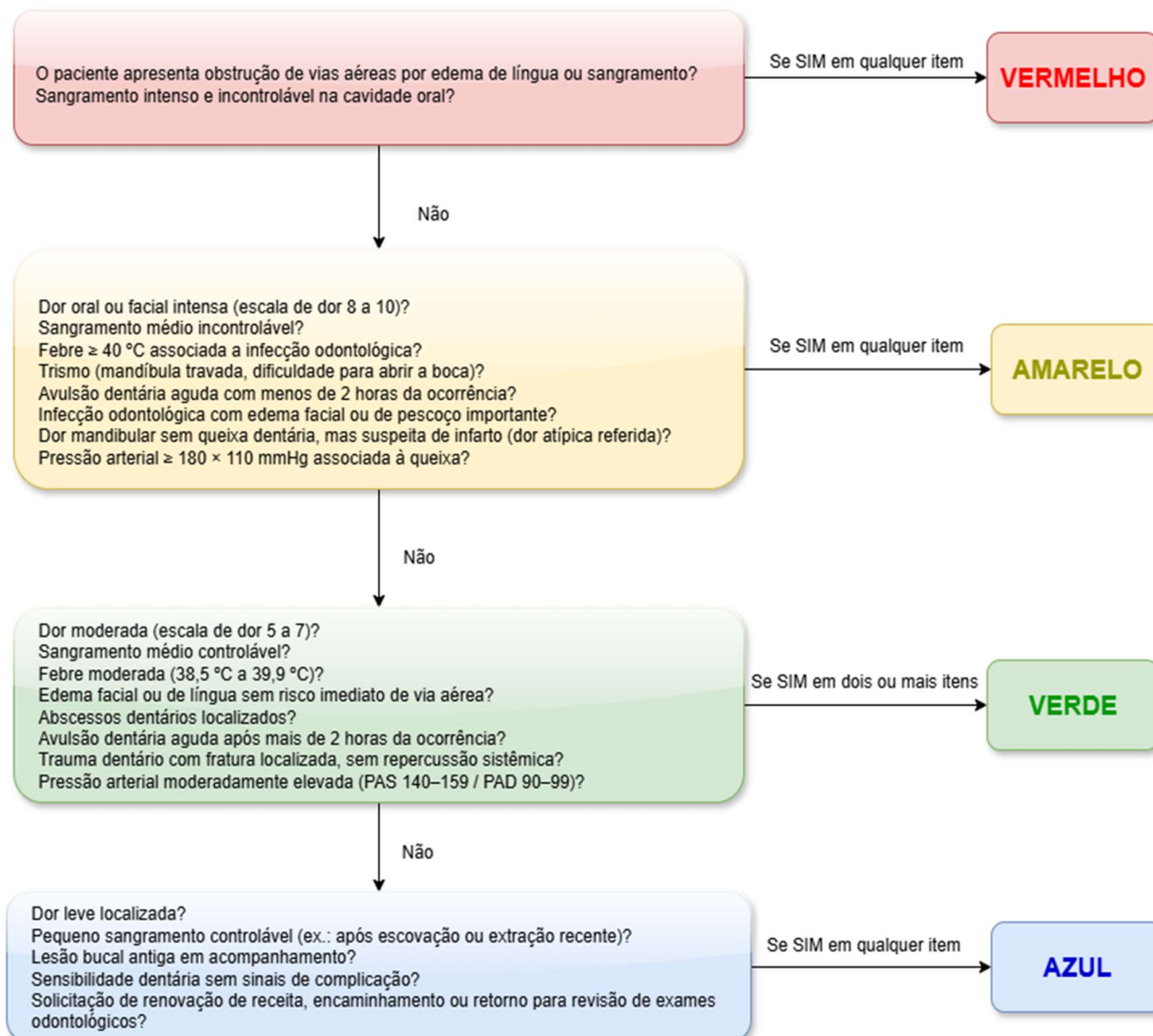
13.1.9 Alterações Musculoesqueléticas



Observações importantes

- Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.
- **Fraturas expostas, amputações traumáticas ou suspeita de síndrome compartimental** requerem avaliação médica imediata.
- Pacientes com **coagulopatias, uso de anticoagulantes, hemofilia ou doença falciforme** deverão receber avaliação médica prioritária, mesmo após traumas de baixa energia.

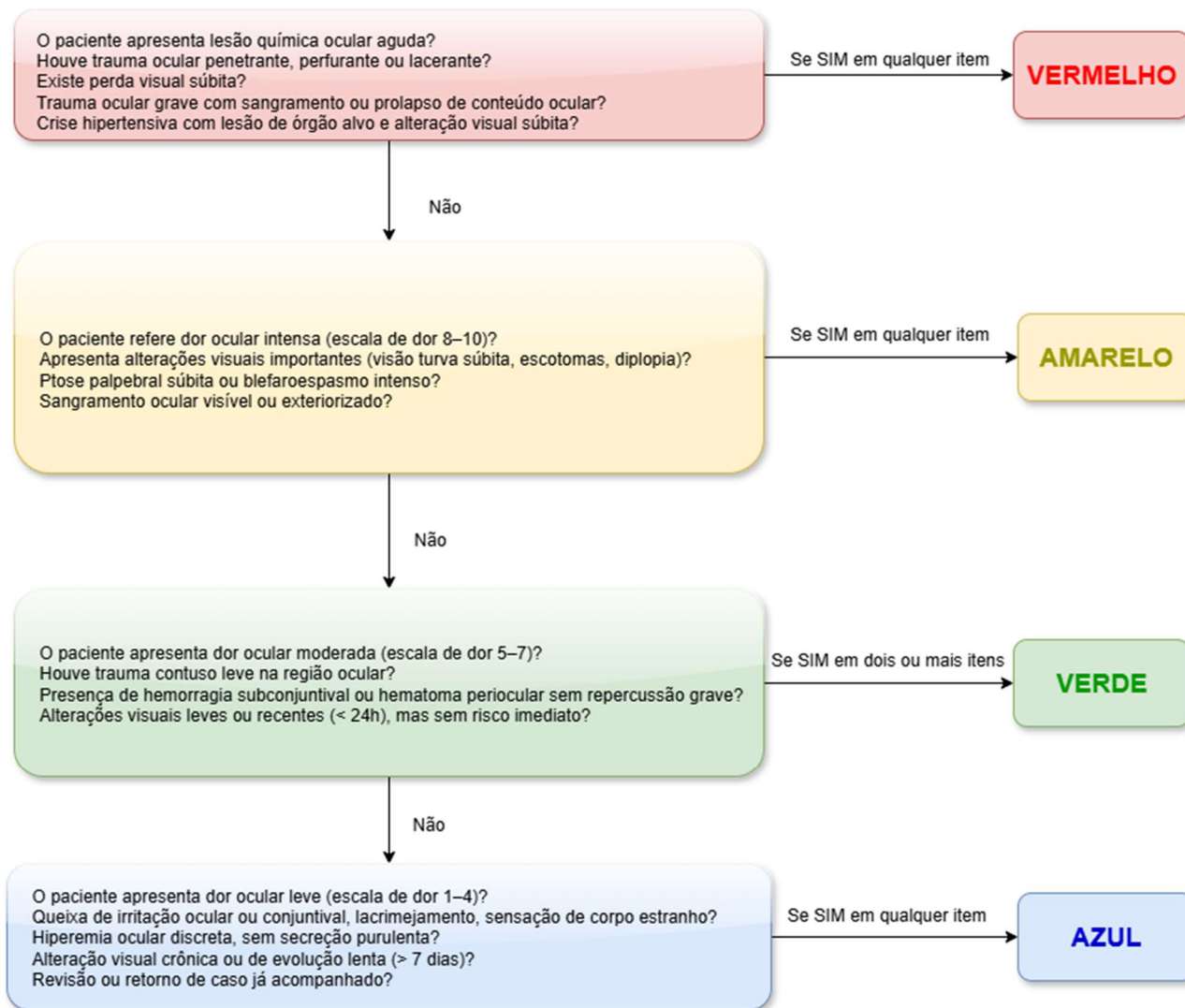
13.1.10 Alterações Odontológicas



Observações importantes

- **Aferir pressão arterial e realizar glicemia capilar** em todos os pacientes atendidos por queixas odontológicas durante o acolhimento.
- **Avulsão dentária** requer avaliação odontológica ou médica imediata, devido ao tempo crítico para o tratamento.
- **Trismo, febre, edema de face ou pescoço, dificuldade para deglutir ou respirar** requerem avaliação médica imediata, devido ao risco de infecção grave e comprometimento das vias aéreas.
- Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.

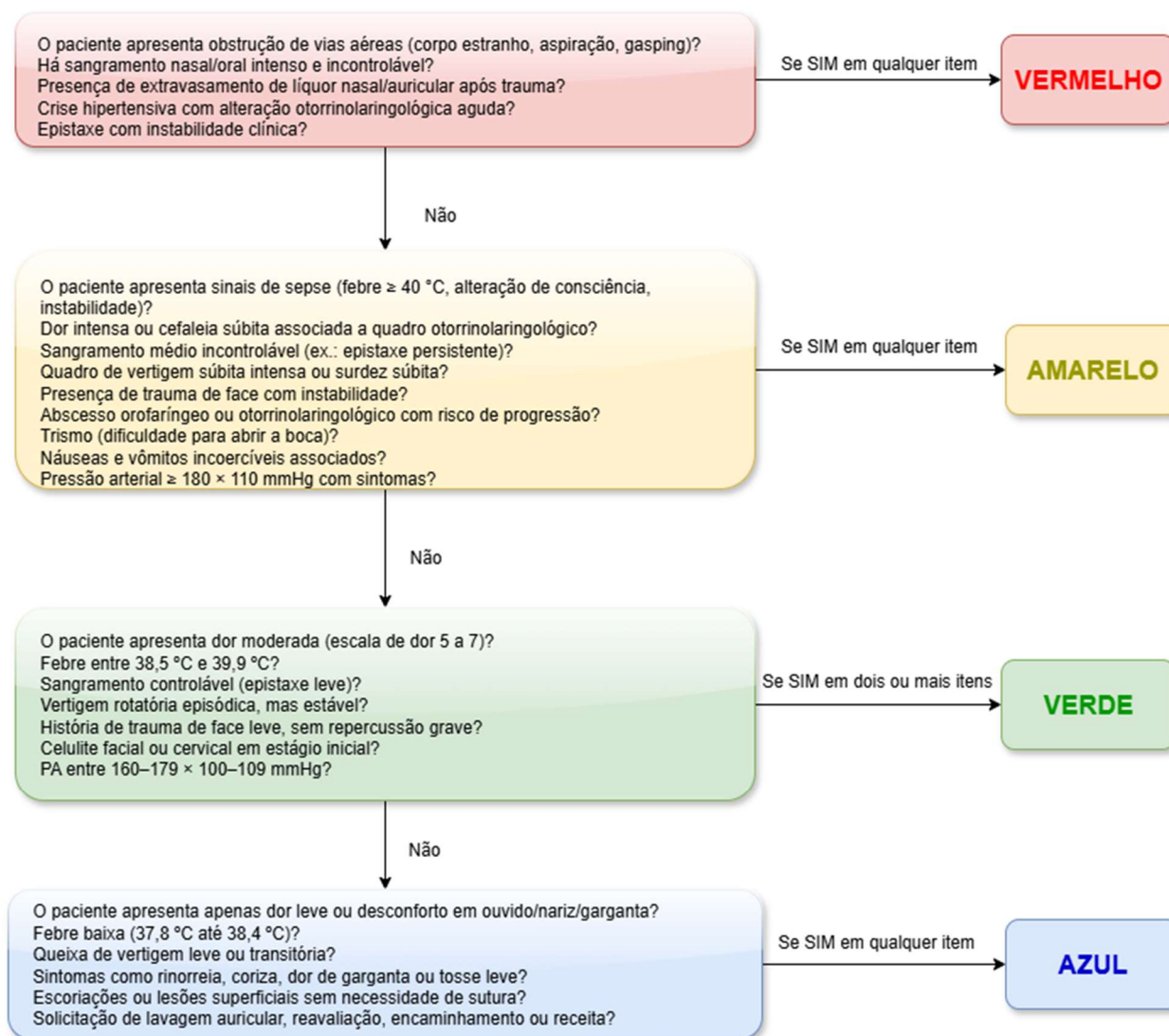
13.1.11 Alterações Oftalmológica



Observações importantes

- **Lesões químicas oculares:** iniciar imediatamente a **irrigação abundante do olho afetado com solução estéril ou soro fisiológico 0,9%**, sem retardar o atendimento, e acionar a equipe médica.
- **Trauma ocular perfurante, perda súbita da visão ou dor ocular intensa associada à redução da acuidade visual** requerem **avaliação médica imediata**.
- **Hemorragia subconjuntival isolada**, na ausência de outros sinais de gravidade, geralmente apresenta evolução benigna, devendo ser registrada e avaliada conforme o contexto clínico.
- **Paciente usuário de lentes de contato com dor ocular intensa, hiperemia importante ou redução da acuidade visual** deverá receber **avaliação médica prioritária**, devido ao risco de **ceratite infecciosa**.

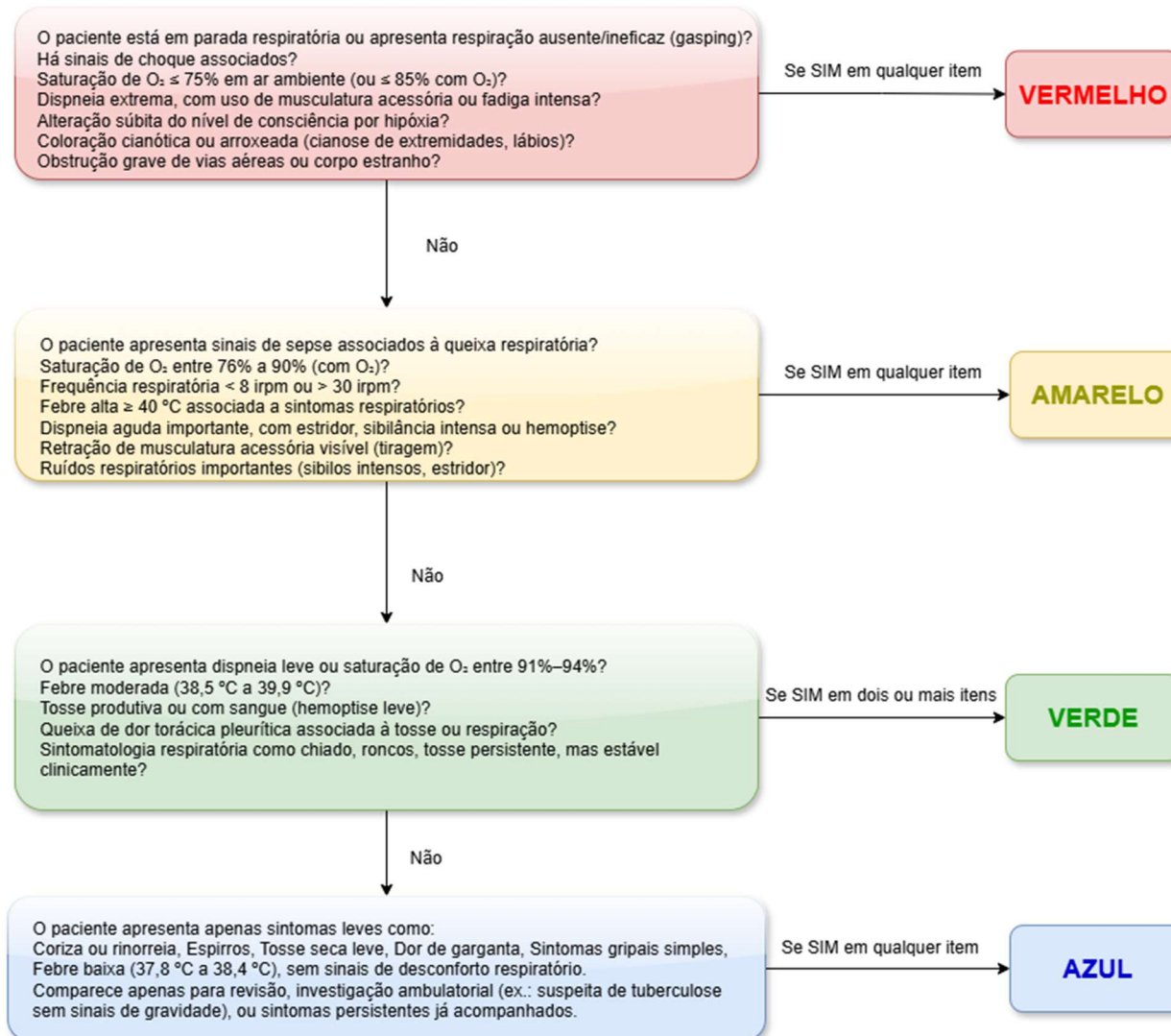
13.1.12 Alterações Otorrinolaringológicas



Observações importantes

- **Epistaxe persistente, de grande volume ou de difícil controle** requer **avaliação médica imediata**.
- **Extravasamento de líquido por via nasal ou auricular após trauma** requer **avaliação médica imediata**, devido ao risco de complicações neurológicas.
- **Trismo associado a edema cervical, odinofagia intensa, disfagia ou suspeita de abscesso orofaríngeo** requer **avaliação médica imediata**, devido ao risco de comprometimento das vias aéreas.
- Na presença de **sinais clínicos compatíveis com sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**. **Estridor, dificuldade respiratória ou suspeita de obstrução de vias aéreas superiores** requerem **avaliação médica imediata**.

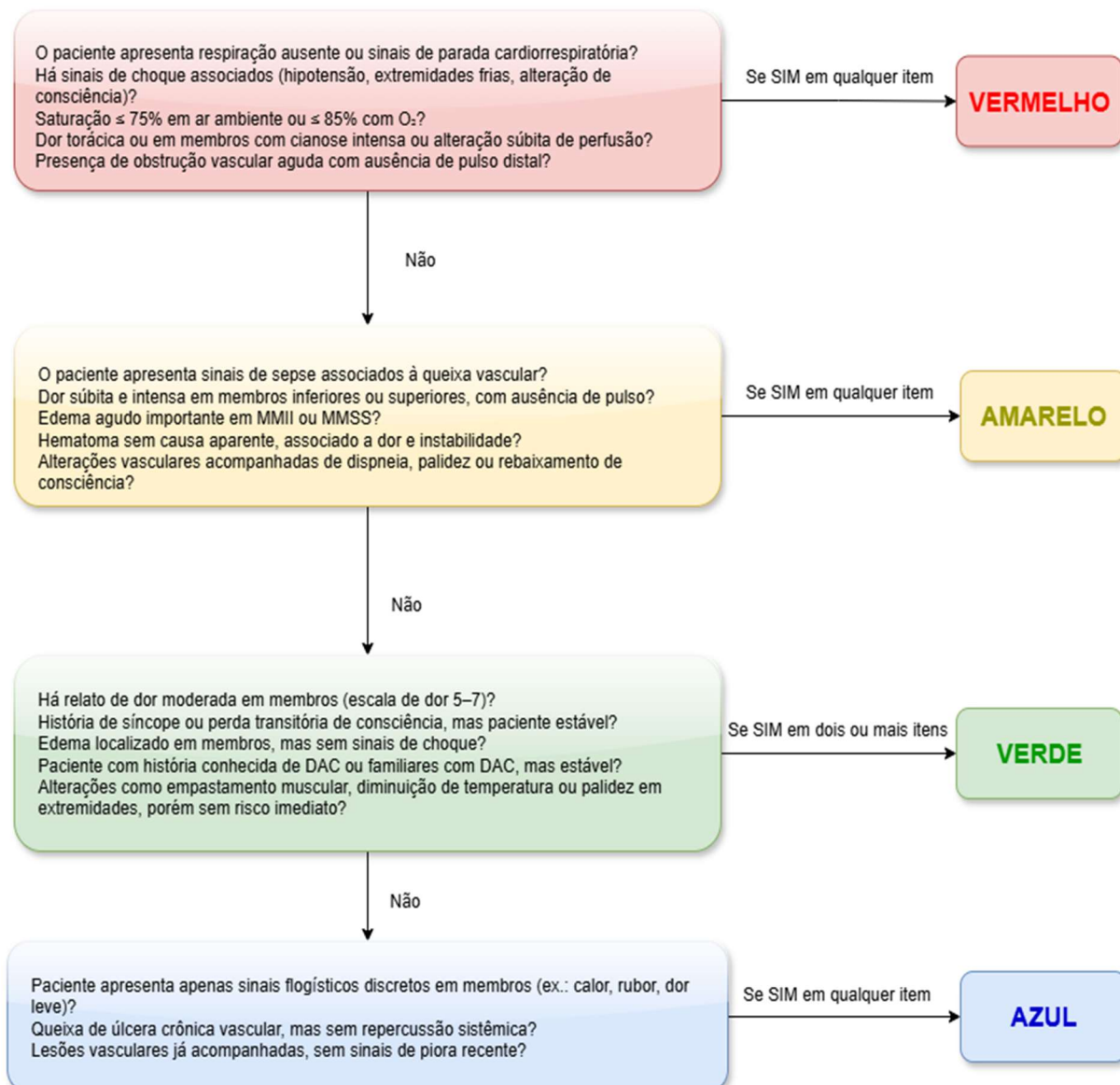
13.1.13 Alterações Respiratórias



Observações importantes

- Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse de foco respiratório**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepses**.
- **Estridor, hemoptise, desconforto respiratório progressivo ou sinais de insuficiência respiratória** requerem **avaliação médica imediata**.
- Pacientes com hipoxemia ou sinais de insuficiência respiratória deverão receber oxigenoterapia conforme protocolo institucional e avaliação médica imediata.
- Na suspeita de **tuberculose pulmonar** (tosse por **três semanas ou mais**, hemoptise ou outros sinais e sintomas sugestivos), **colocar máscara cirúrgica no paciente, orientar etiqueta respiratória e seguir o fluxo institucional de precauções respiratórias e investigação diagnóstica**.

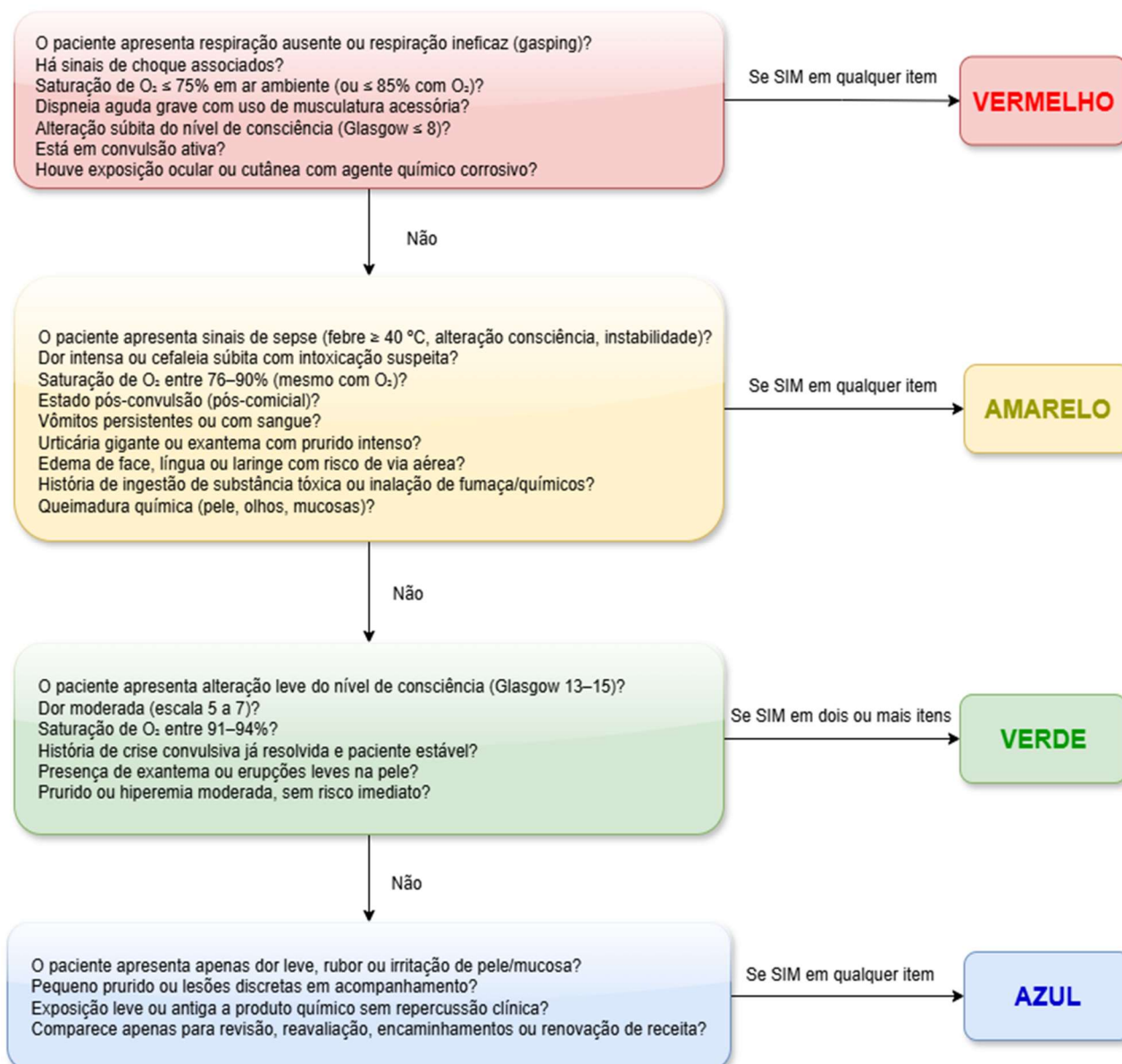
13.1.14 Alterações Vasculares



Observações importantes

- Na suspeita de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo pulmonar (TEP), realizar **avaliação médica imediata**.
- **Edema súbito e assimétrico de membro**, especialmente quando associado à dor, calor ou hiperemia, deve levantar suspeita de **TVP**.
- **Dor súbita em membro associada à ausência de pulso, palidez, frialdade, parestesia ou déficit motor** requer **avaliação médica imediata**, devido à suspeita de **isquemia arterial aguda**.
- **Úlceras vasculares crônicas**, na ausência de sinais de gravidade, deverão ser encaminhadas para acompanhamento na **Atenção Primária à Saúde**, conforme o **Protocolo Municipal de Alta com Continuidade do Cuidado**. Na presença de **sinais clínicos compatíveis com sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.

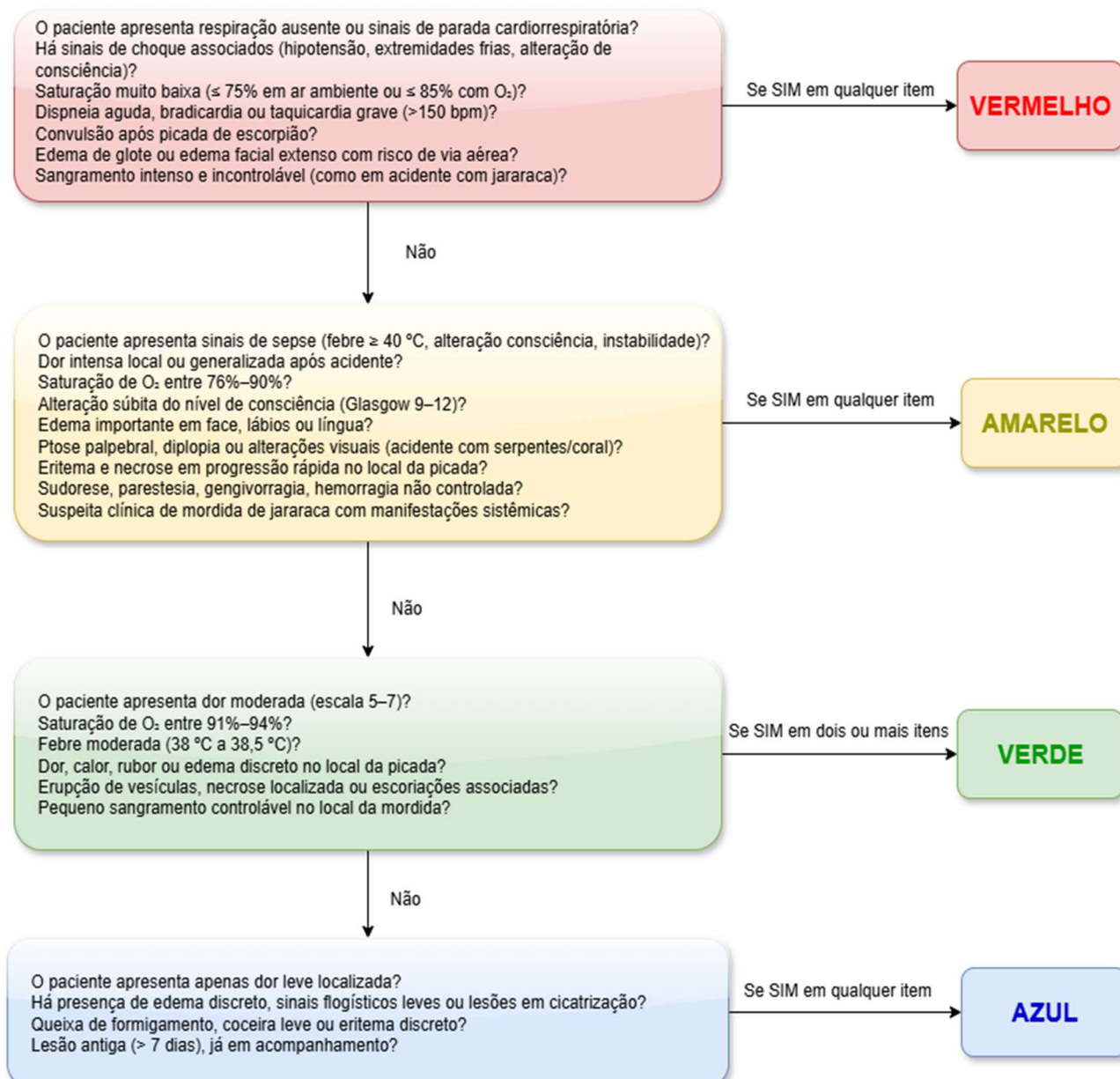
13.1.15 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico



Observações importantes

- **Toda exposição química ocular** requer **irrigação imediata e abundante** com solução estéril ou soro fisiológico 0,9%, sem retardar o atendimento, e avaliação médica imediata.
- **Na ingestão de substância tóxica, não induzir o vômito** e manter a permeabilidade das vias aéreas, conforme avaliação clínica.
- **Pacientes com exposição a agentes químicos associada a insuficiência respiratória, broncoespasmo, estridor ou alteração do nível de consciência** requerem **avaliação médica imediata**.
- **Casos de intoxicação exógena intencional** deverão ser avaliados quanto ao risco de autoagressão, adotadas medidas de segurança e acionada a equipe multiprofissional, conforme fluxo institucional.
- Sempre que possível, identificar o agente tóxico, o tempo de exposição e a via de contato, preservando embalagens ou informações fornecidas pelo paciente ou acompanhante para auxiliar na condução do caso.

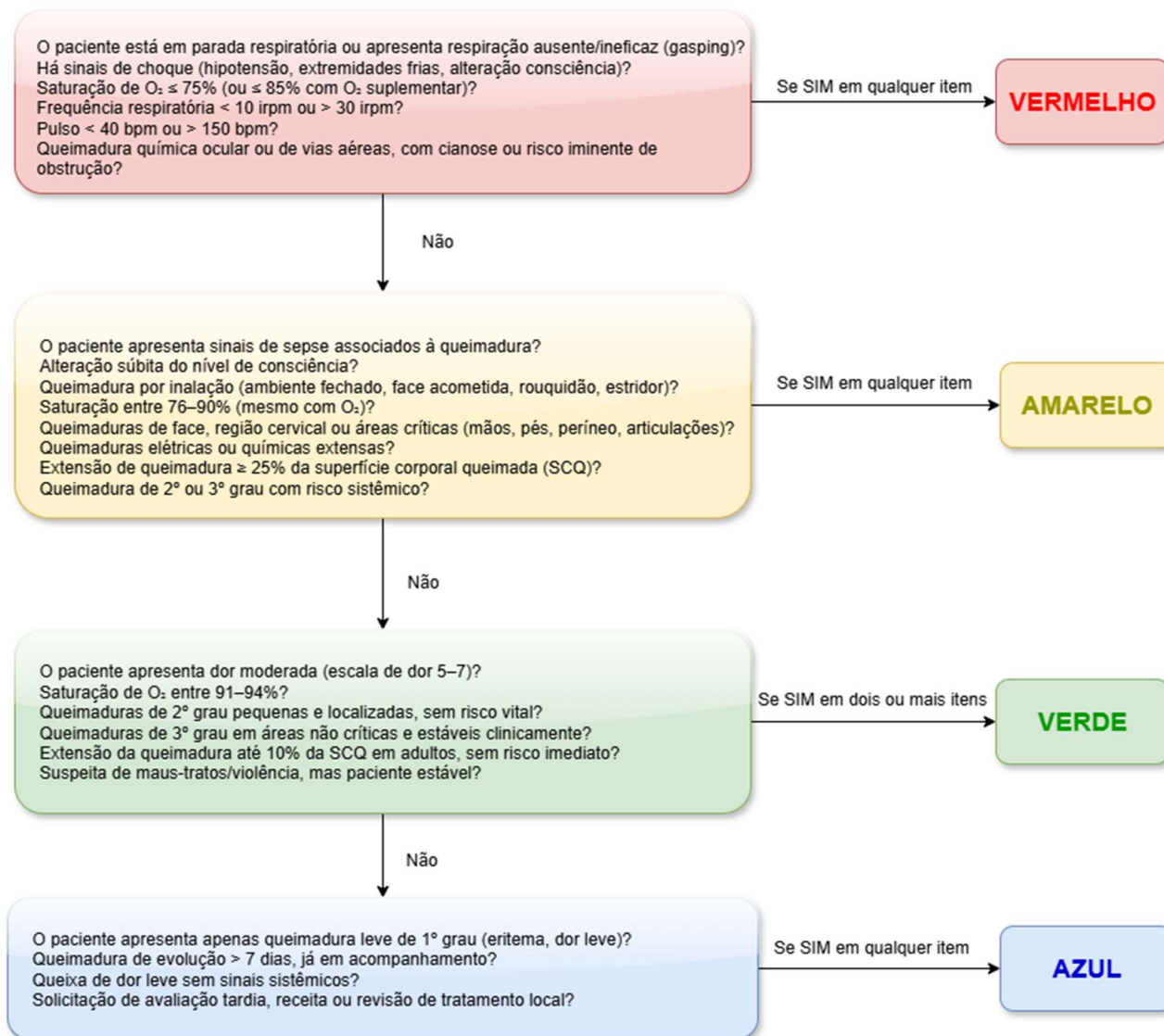
13.1.16 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos



Observações importantes

- Todo paciente vítima de acidente com animal peçonhento deverá ser submetido à avaliação médica imediata para definição da necessidade de soroterapia específica.
- Animais de importância médica incluem serpentes (jararaca, cascavel, coral-verdadeira e surucucu), escorpiões, aranhas (aranha-marrom e armadeira), lagartas do gênero *Lonomia* e outros conforme o perfil epidemiológico local.
- Edema de face, língua ou vias aéreas, dificuldade respiratória ou sinais de choque requerem avaliação médica imediata.
- Sangramentos espontâneos, necrose extensa ou manifestações sistêmicas requerem avaliação médica imediata.
- Sempre que possível, identificar o animal agressor ou registrar suas características, sem colocar o paciente ou terceiros em risco, para auxiliar na definição da conduta terapêutica.

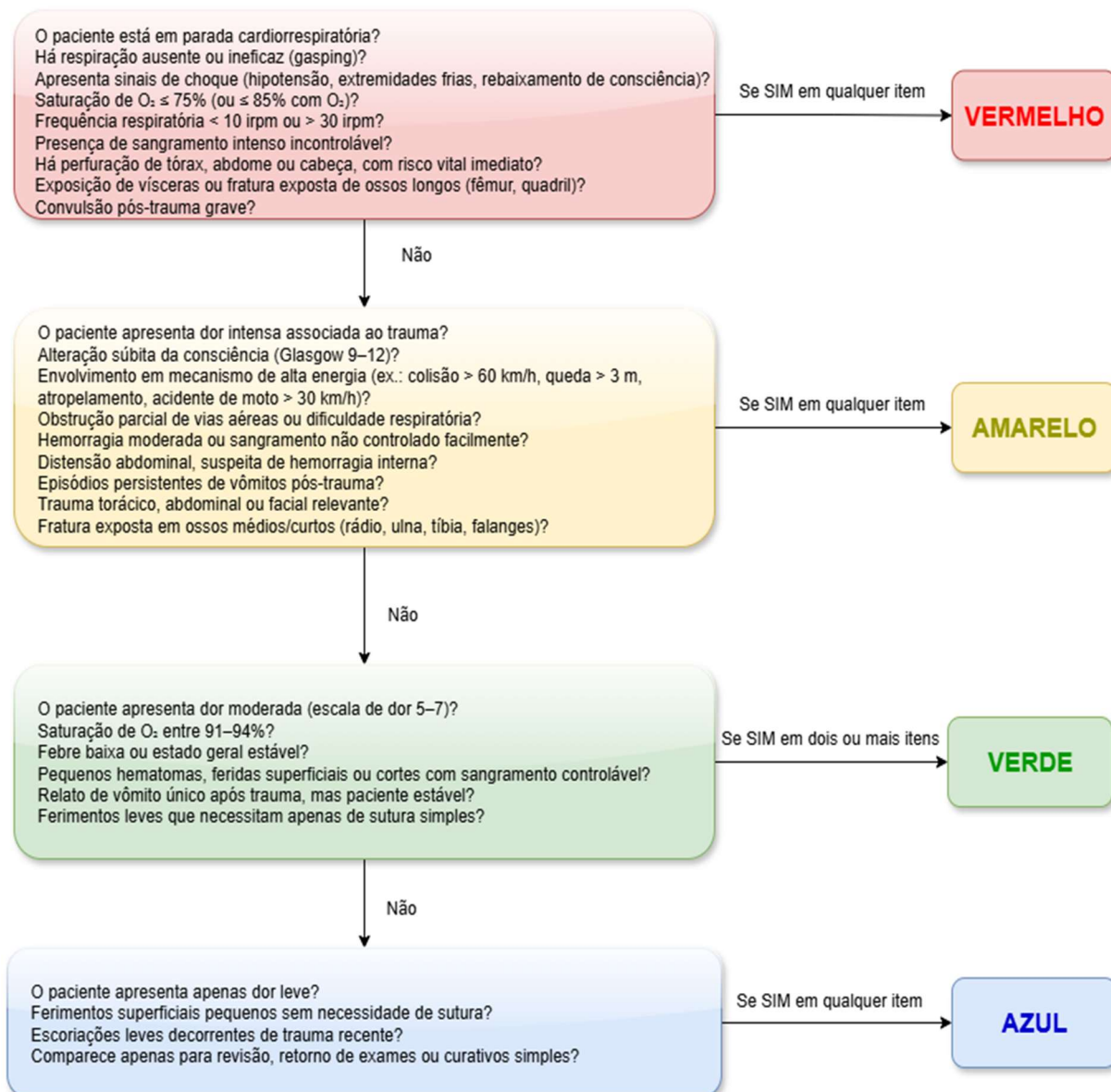
13.1.17 Queimaduras



Observações importantes

- Queimaduras com suspeita de lesão por inalação (rouquidão, estridor, queimaduras em face, vibrissas nasais chamuscadas ou fuligem em cavidade oral) requerem avaliação médica imediata, devido ao risco de comprometimento das vias aéreas.
- Queimaduras químicas: iniciar imediatamente a irrigação abundante com água corrente ou solução estéril, conforme o agente envolvido, sem retardar o atendimento.
- Queimaduras elétricas requerem avaliação médica imediata, devido ao risco de arritmias e lesões internas.
- Queimaduras envolvendo face, mãos, pés, períneo, grandes articulações ou circunferenciais requerem avaliação médica imediata.
- Queimaduras extensas ou associadas a trauma, alterações do nível de consciência ou instabilidade clínica requerem avaliação médica imediata.

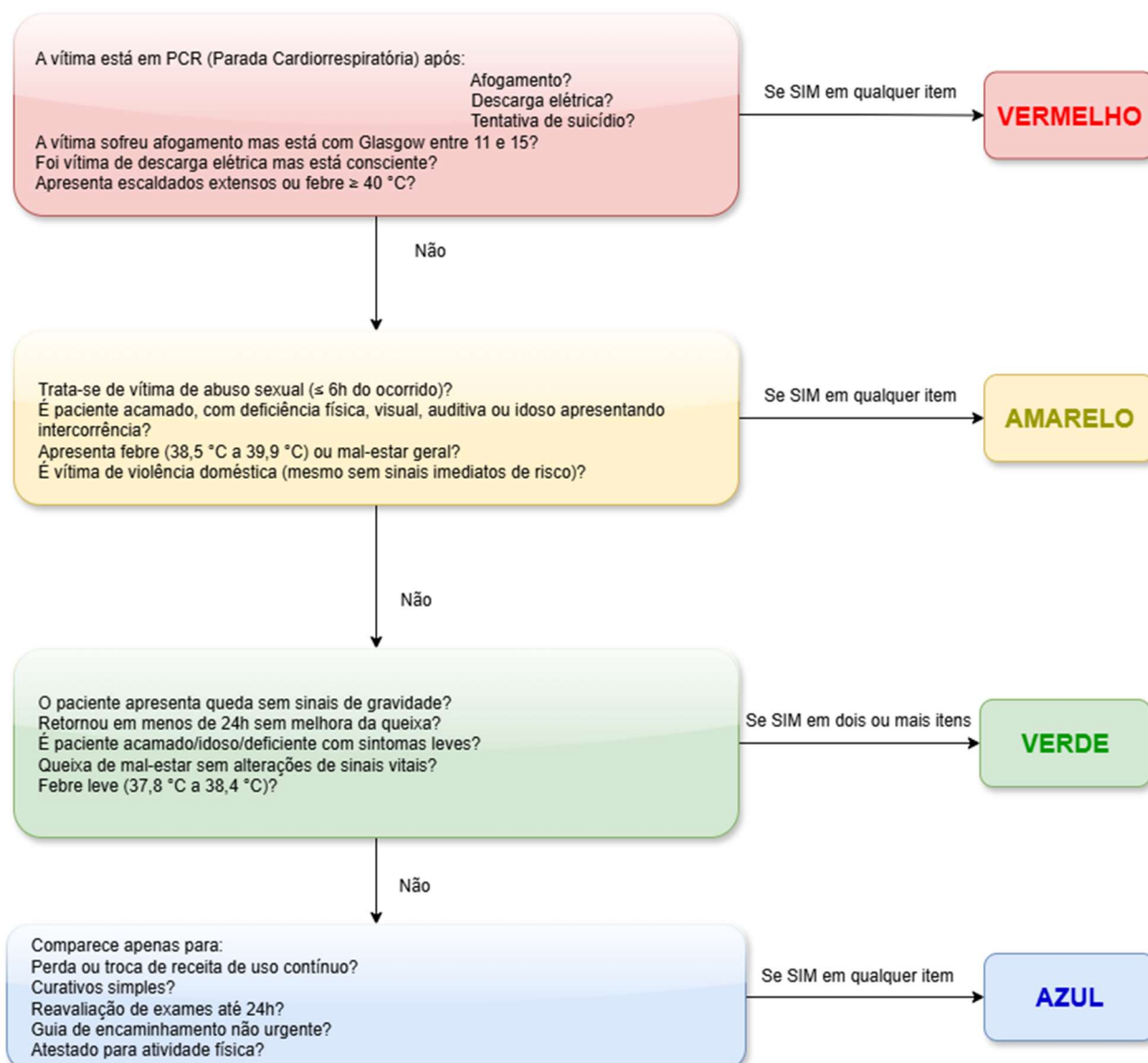
13.1.18 Traumas



Observações importantes

- Sempre avaliar o mecanismo do trauma, pois lesões graves podem estar presentes mesmo em pacientes inicialmente estáveis.
- Traumas de alta energia requerem avaliação médica imediata, mesmo na ausência de sinais clínicos evidentes.
- Fraturas expostas, hemorragias ativas, trauma torácico, trauma abdominal ou suspeita de lesão pélvica requerem avaliação médica imediata.
- Pacientes com trauma associado à alteração do nível de consciência, déficit neurológico ou suspeita de lesão da coluna vertebral deverão receber avaliação médica imediata, com estabilização da coluna cervical quando indicada.
- Na presença de instabilidade hemodinâmica ou comprometimento das vias aéreas, respiração ou circulação (ABC), iniciar imediatamente o Protocolo Institucional de Atendimento ao Trauma.

13.1.19 Situações Especiais



Destaque especial:

- Nos casos de violência sexual, violência doméstica, violência interpessoal ou tentativa de suicídio, seguir o fluxo institucional específico, realizar a notificação compulsória, quando aplicável, e acionar a rede de atenção correspondente.
- Pacientes com maior vulnerabilidade, como idosos, pessoas com deficiência, gestantes, acamados, imunossuprimidos ou em situação de vulnerabilidade social, deverão receber avaliação criteriosa, considerando o risco de agravamento clínico e de subestimação da gravidade.
- Crianças e adolescentes com suspeita de violência deverão seguir o fluxo institucional, incluindo a notificação compulsória e o acionamento da rede de proteção, quando indicado.
- Sempre que houver risco à segurança do paciente, de acompanhantes ou da equipe, adotar as medidas de proteção previstas no protocolo institucional e acionar os serviços de apoio necessários.
- As orientações constantes destes anexos complementam a avaliação clínica do enfermeiro durante o Acolhimento com Classificação de Risco, não substituindo o julgamento clínico, os protocolos institucionais específicos e a necessidade de reavaliação contínua do paciente.

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

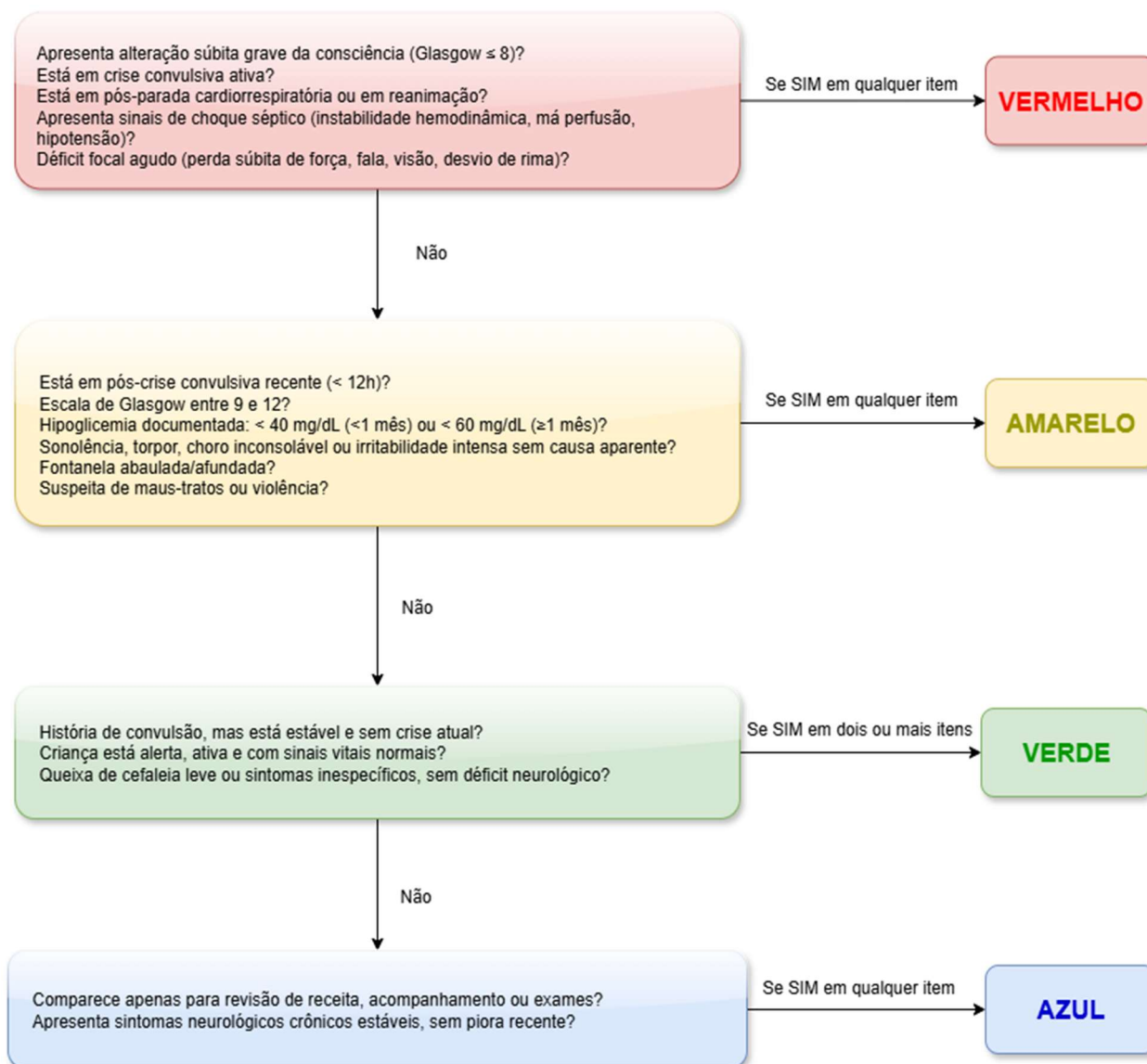
**13.2.15 Mordeduras ou acidentes com animais
peçonhentos**

13.2.16 Queimaduras

13.2.17 Traumas

13.2.18 Situações Especiais

13.2.1 Alterações do Sistema Nervoso Central



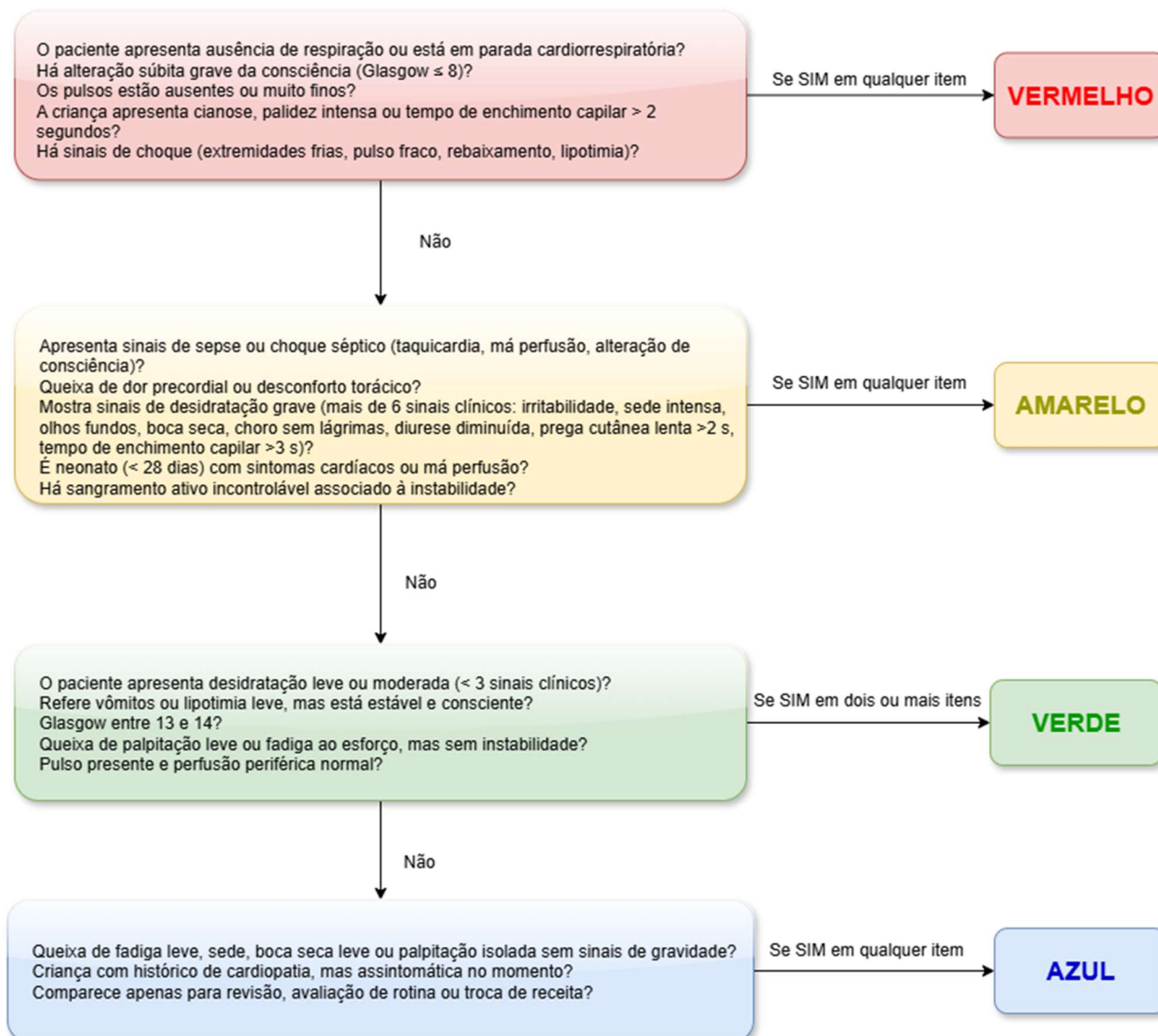
Observações importantes

- Se houver suspeita de **sepse**, acionar imediatamente o **Protocolo Institucional de Seps**.
- Se houver suspeita de **acidente vascular cerebral (AVC)** (déficit neurológico focal súbito, assimetria facial, alteração da fala ou hemiparesia), acionar imediatamente o **Protocolo Institucional de AVC**.
- Avaliar inicialmente **vias aéreas, respiração e circulação (ABC)**, identificando precocemente sinais de instabilidade clínica.
- Realizar **glicemia capilar** em crianças com alteração do nível de consciência, convulsão, déficit neurológico focal ou quando houver suspeita de alteração metabólica.
- Utilizar a **Escala de Coma de Glasgow Pediátrica** ou a **escala AVPU**, conforme a faixa etária, registrando o resultado no prontuário.
- Convulsão em atividade, rebaixamento progressivo do nível de consciência ou sinais de hipertensão intracraniana requerem avaliação médica imediata.



PEDIÁTRICO

13.2.2 Alterações Cardíacas

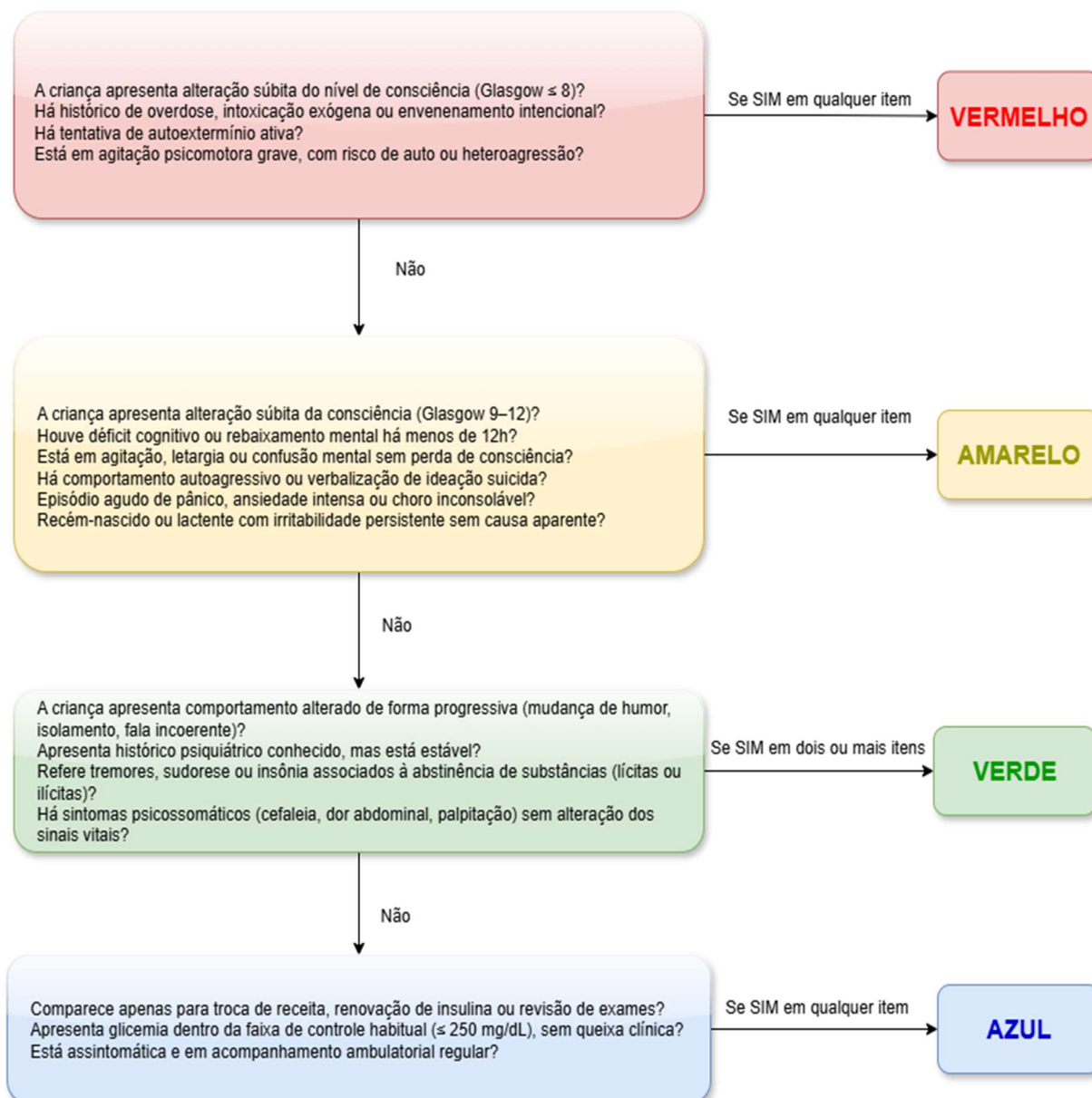


Observações importantes:

- Crianças com **cianose, taquicardia persistente, palidez intensa, sudorese fria ou sinais de baixo débito cardíaco** deverão receber **avaliação médica imediata**.
- Na presença de **sinais de insuficiência cardíaca aguda** (dispneia, hepatomegalia, pulsos periféricos fracos, extremidades frias ou má perfusão), iniciar atendimento imediato e monitorização contínua.
- **Dor torácica** é incomum na pediatria; quando associada a síncope, dispneia, palpitações, esforço físico ou antecedentes de cardiopatia, requer avaliação médica imediata.
- Crianças com **cardiopatia congênita conhecida** e sinais de descompensação clínica deverão receber avaliação médica imediata e monitorização contínua.
- Na presença de instabilidade hemodinâmica ou sinais de choque, iniciar imediatamente o Protocolo Institucional de Sepses quando houver suspeita de etiologia infecciosa, ou seguir o fluxo institucional para atendimento da emergência cardiovascular, conforme a avaliação clínica.



13.2.3 Alterações Comportamentais

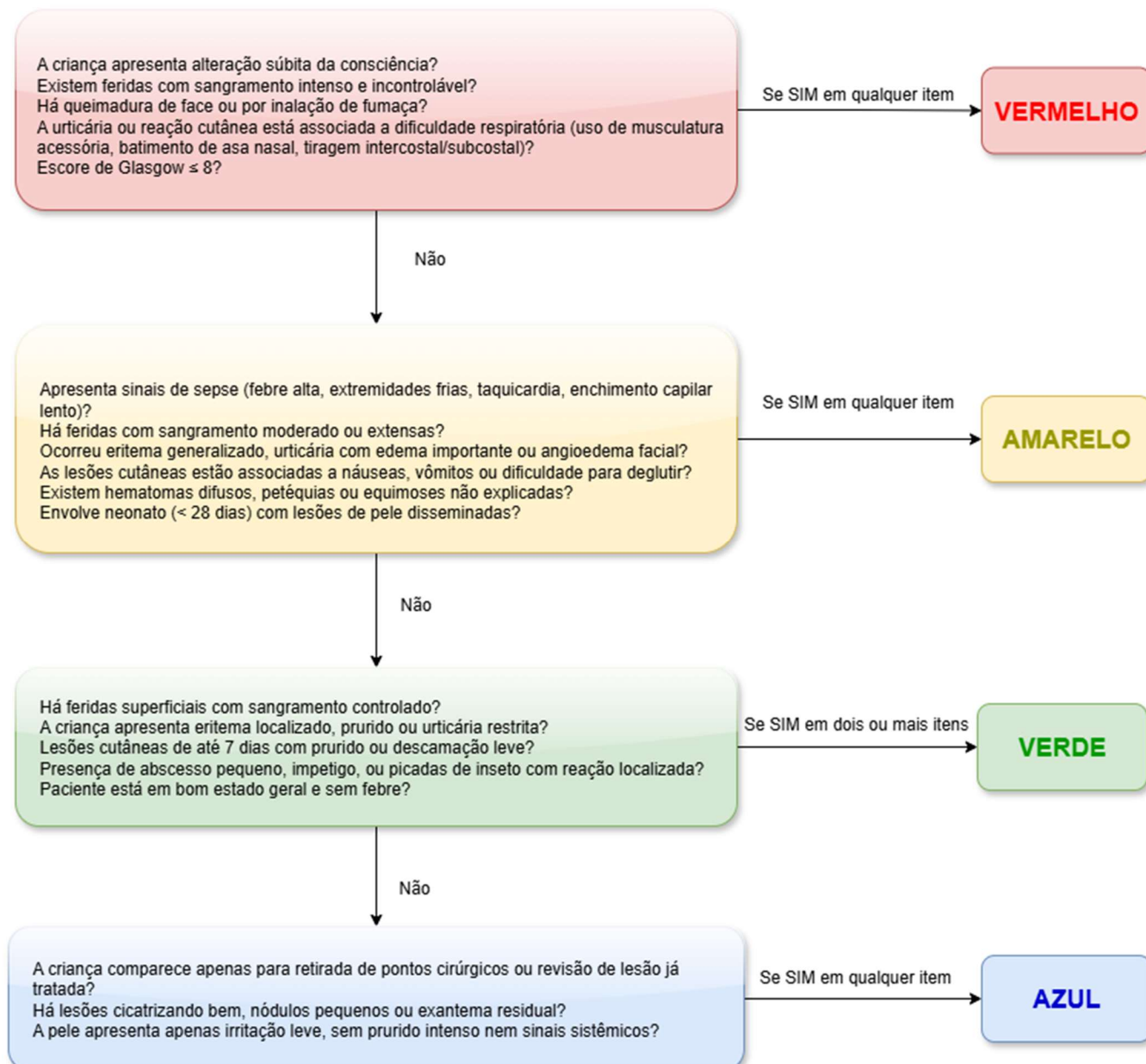


Observações importantes:

- Alteração súbita do comportamento (letargia, sonolência excessiva, irritabilidade ou choro inconsolável) pode indicar doença grave, como hipoglicemia, infecção, intoxicação ou trauma cranioencefálico.
- Realizar **glicemia capilar** quando houver alteração do nível de consciência, letargia, convulsão ou suspeita de alteração metabólica.
- Nos casos de agitação psicomotora intensa, comportamento auto ou heteroagressivo ou suspeita de violência, garantir a segurança do paciente, dos acompanhantes e da equipe, seguir o fluxo institucional, realizar a notificação compulsória quando aplicável e acionar suporte médico.
- Crianças com rebaixamento progressivo do nível de consciência deverão receber **avaliação médica imediata**.



13.2.4 Alterações Dermatológicas



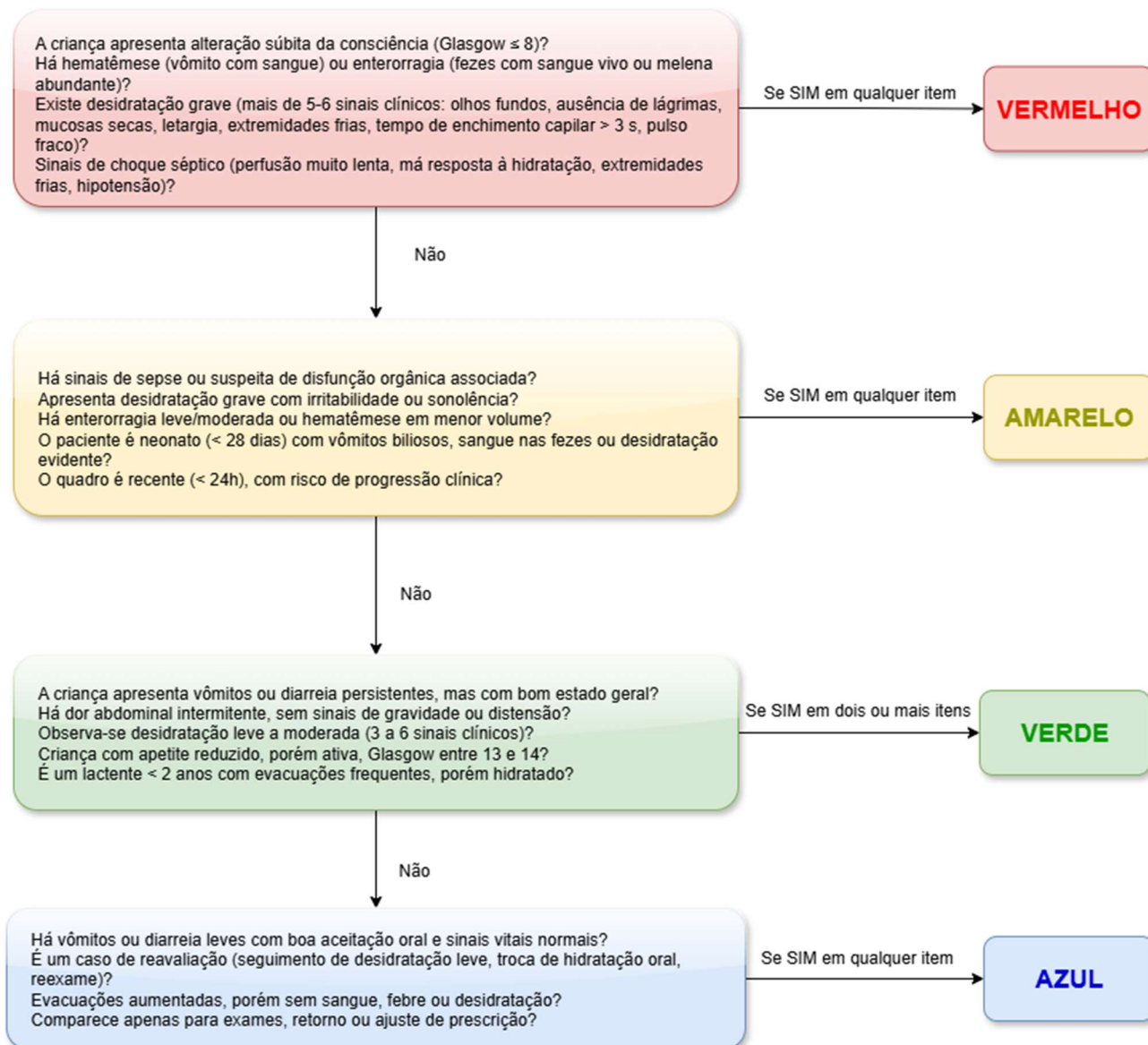
Observações importantes

- Na presença de **petéquias ou púrpura associadas à febre ou sinais de comprometimento sistêmico**, suspeitar de **sepse meningocócica** e iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepsis**.
- **Urticária difusa associada a angioedema, estridor, dispneia ou sinais de instabilidade hemodinâmica** requer avaliação médica imediata devido ao risco de anafilaxia.
- **Lesões bolhosas extensas, descolamento epidérmico, queimaduras extensas ou acometimento de mucosas** requerem avaliação médica imediata.
- **Lesões cutâneas com sinais de infecção associados à febre ou comprometimento sistêmico** deverão receber avaliação médica imediata, considerando a necessidade de investigação e tratamento específico.



PEDIÁTRICO

13.2.5 Alterações Gastrointestinais

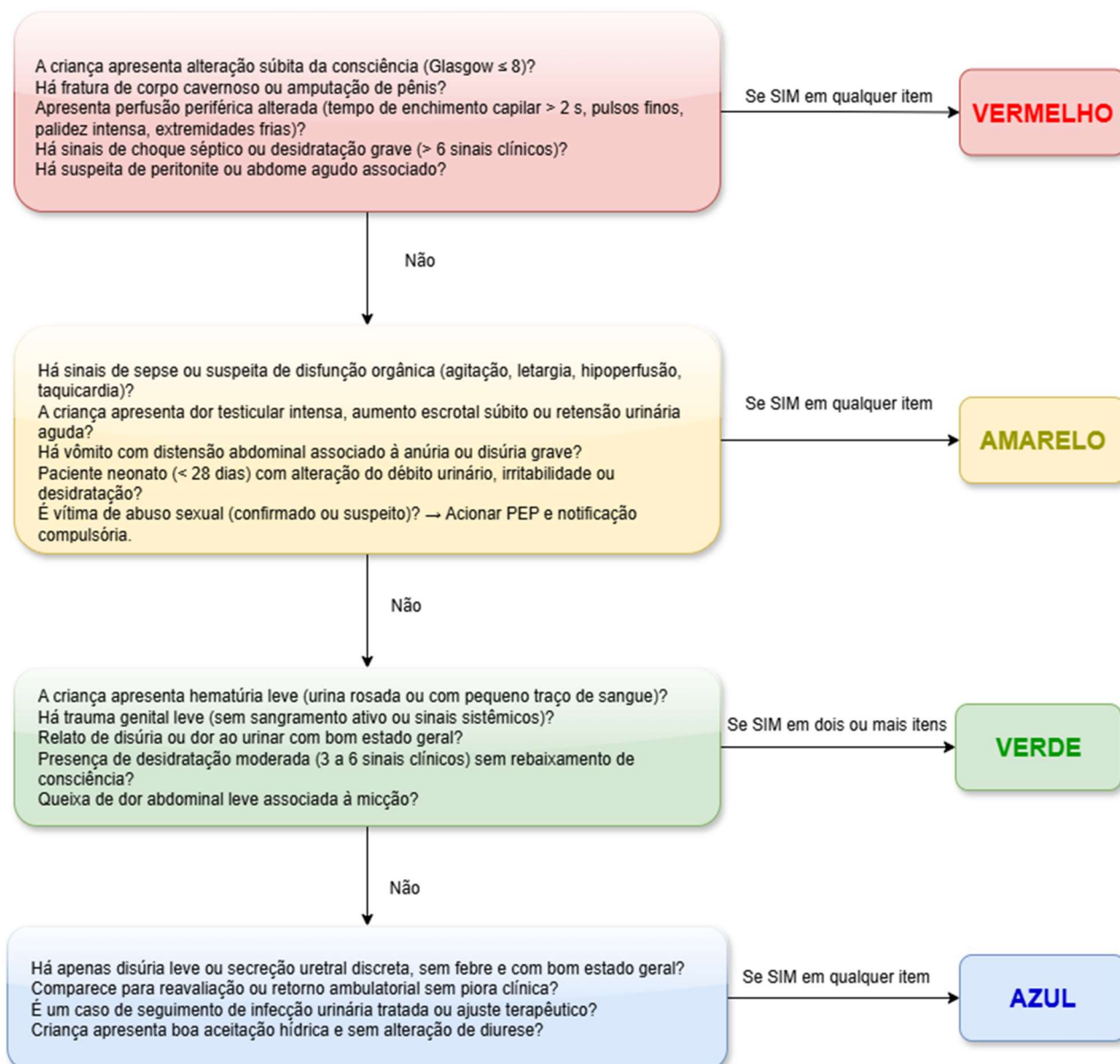


Observações importantes

- **Crianças com vômitos persistentes ou diarreia** associados a sinais de desidratação (olhos fundos, fontanela deprimida, enchimento capilar lento, mucosas secas, redução da diurese ou alteração do nível de consciência) deverão receber avaliação médica imediata, conforme a gravidade clínica.
- **Dor abdominal intensa**, localizada, de início súbito ou associada a distensão abdominal, vômitos biliosos ou irritação peritoneal requer avaliação médica imediata, considerando causas cirúrgicas.
- **Hematêmese, melena**, enterorragia ou sangramento digestivo significativo requerem avaliação médica imediata.
- **Lactentes com vômitos em jato**, perda de peso ou sinais de desidratação deverão receber avaliação médica imediata, considerando a possibilidade de estenose hipertrófica do píloro.
- **Na presença de sinais de instabilidade hemodinâmica**, alteração do nível de consciência ou suspeita de sepse de origem abdominal, iniciar imediatamente o Protocolo Institucional de Sepse.



13.2.6 Alterações Geniturinárias

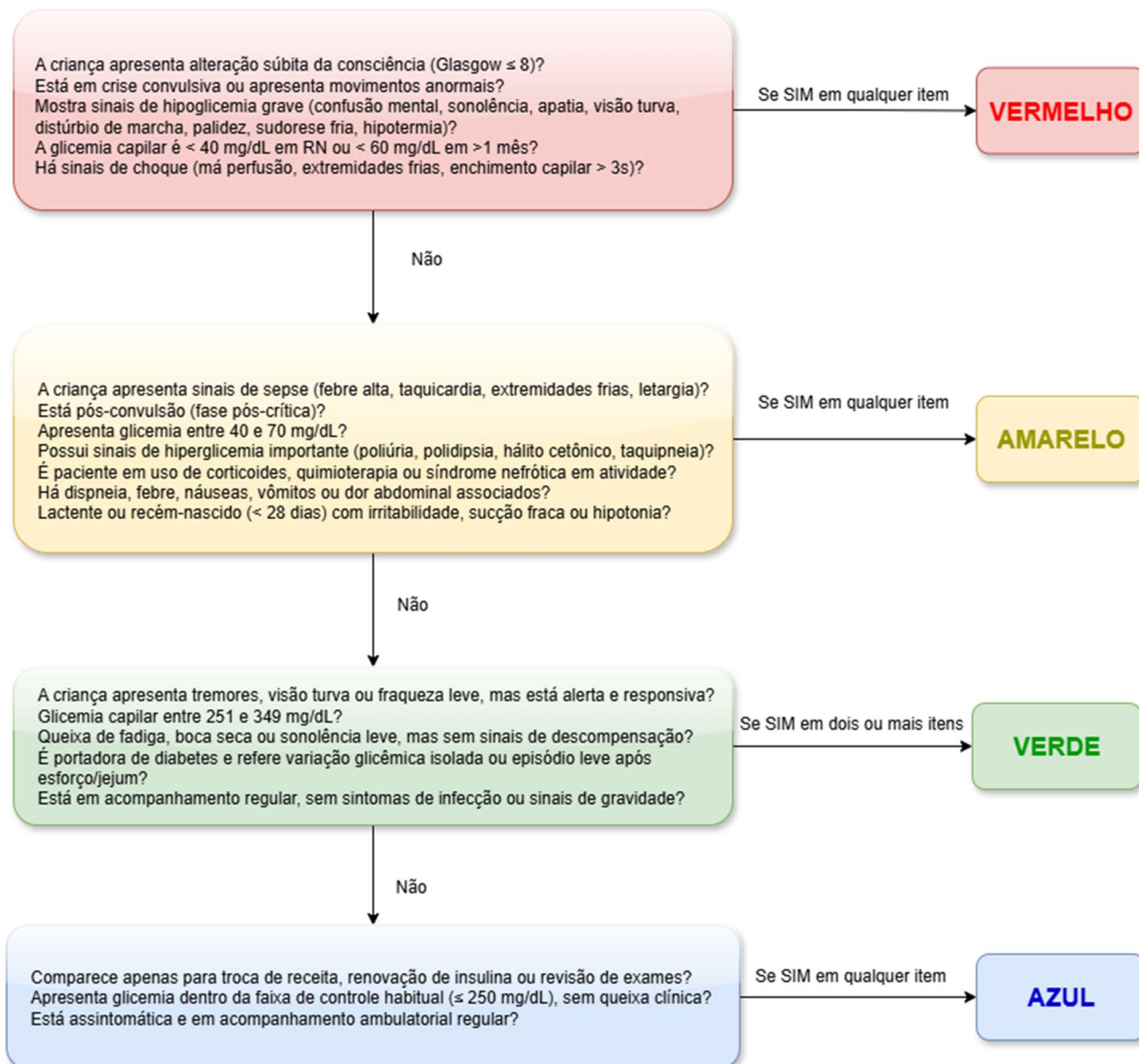


Observações importantes

- **Oligúria, anúria ou retenção urinária aguda** requerem avaliação médica imediata.
- **Febre sem foco aparente, especialmente em lactentes**, deverá levantar suspeita de **infecção do trato urinário**, seguindo o protocolo institucional para investigação diagnóstica.
- **Dor testicular aguda** deverá ser considerada **torção testicular até prova em contrário**, requerendo avaliação médica imediata.
- Nos casos de **violência sexual**, seguir o **fluxo institucional específico**, realizar a **notificação compulsória**, quando aplicável, e acionar a rede de atenção correspondente.
- Recém-nascidos e lactentes com febre associada à redução importante da diurese ou sinais de toxemia deverão receber avaliação médica imediata, considerando o risco de infecção grave.



13.2.7 Alterações Glicêmicas

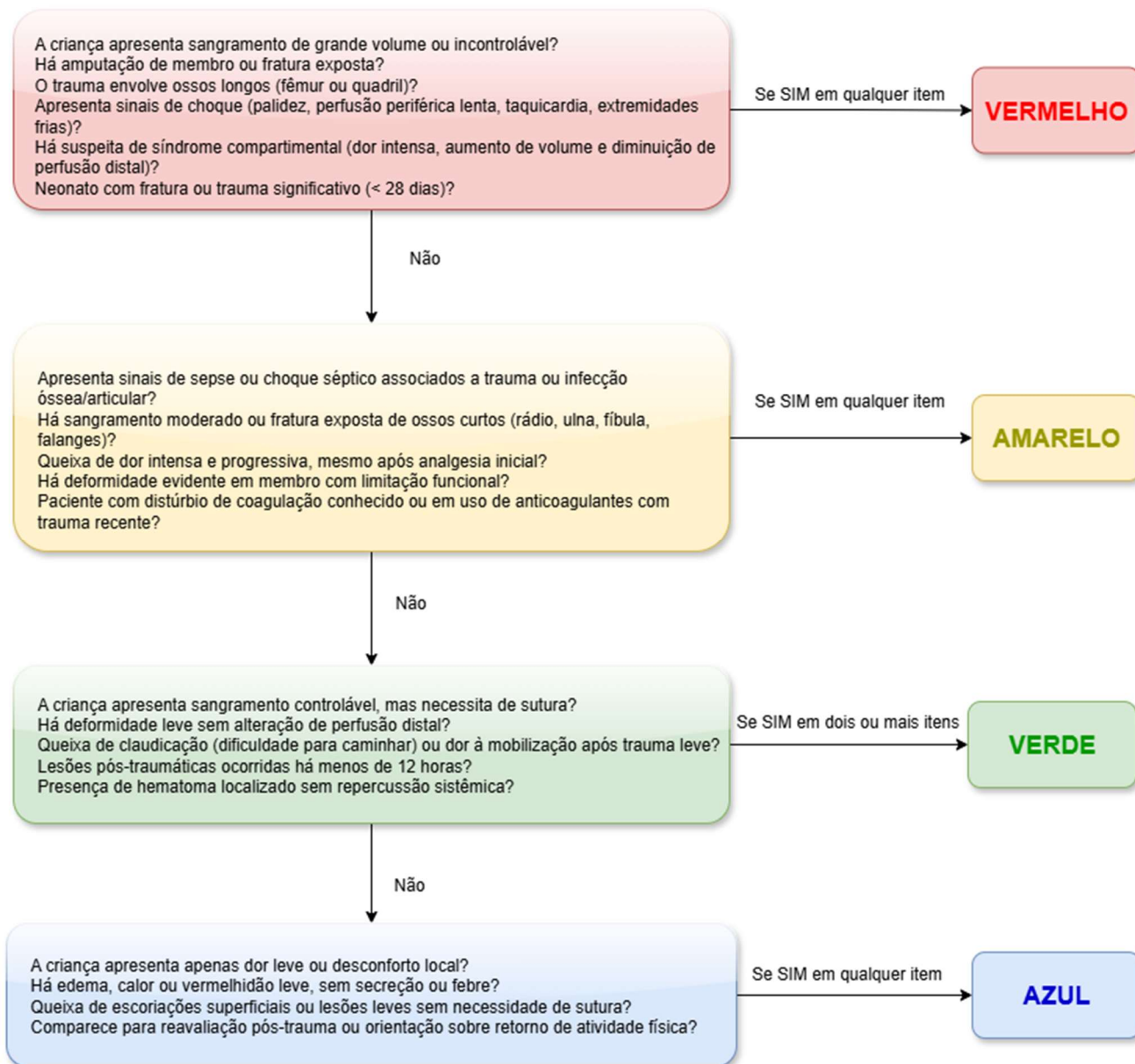


Observações importantes

- Toda criança com **alteração do nível de consciência, sudorese, tremores, irritabilidade, convulsão ou suspeita de alteração metabólica** deverá realizar **glicemia capilar** durante o acolhimento.
- Na presença de **hipoglicemia sintomática** (glicemia capilar < 70 mg/dL), iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Hipoglicemia**.
- Crianças com **hiperglicemia associada a poliúria, polidipsia, vômitos, dor abdominal, desidratação ou alteração do nível de consciência** deverão receber avaliação médica imediata, considerando a possibilidade de **cetoacidose diabética (CAD)**.
- Crianças com **diabetes mellitus** que apresentem **vômitos persistentes, respiração de Kussmaul, desidratação ou rebaixamento do nível de consciência** requerem avaliação médica imediata e monitorização contínua.
- Na presença de instabilidade hemodinâmica ou alteração do nível de consciência associada à hiperglicemia, iniciar imediatamente o atendimento de emergência conforme os protocolos institucionais vigentes.



13.2.8 Alterações Musculoesqueléticas



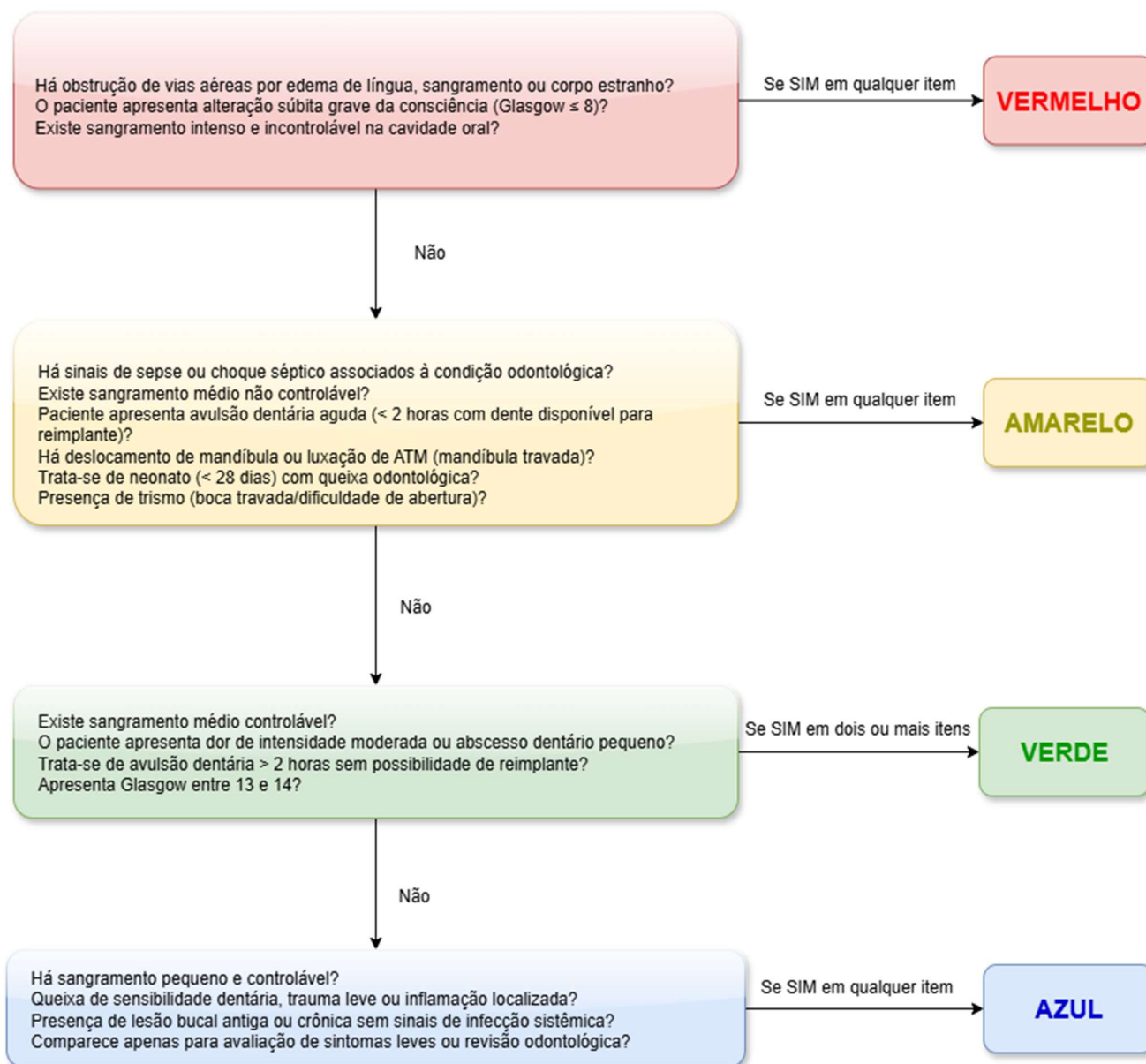
Observações importantes

- **Fraturas expostas, deformidades evidentes, dor intensa, incapacidade funcional ou suspeita de síndrome compartimental** requerem avaliação médica imediata.
- **Edema importante, dor intensa ou limitação funcional de articulação associados à febre** deverão levantar suspeita de **artrite séptica**, requerendo avaliação médica imediata.
- **Traumas musculoesqueléticos em crianças com hemofilia, doença falciforme, leucemia ou outras doenças hematológicas** requerem avaliação criteriosa, mesmo quando o mecanismo do trauma aparentar baixa gravidade.
- Na suspeita de **violência física**, incluindo **fraturas incompatíveis com o mecanismo do trauma, múltiplas fraturas ou lesões em diferentes estágios de cicatrização**, seguir o fluxo institucional, realizar a **notificação compulsória** e acionar a rede de proteção, quando aplicável.
- Fraturas incompatíveis com o mecanismo do trauma, múltiplas fraturas ou lesões em diferentes estágios de cicatrização.



PEDIÁTRICO

13.2.9 Alterações Odontológicas



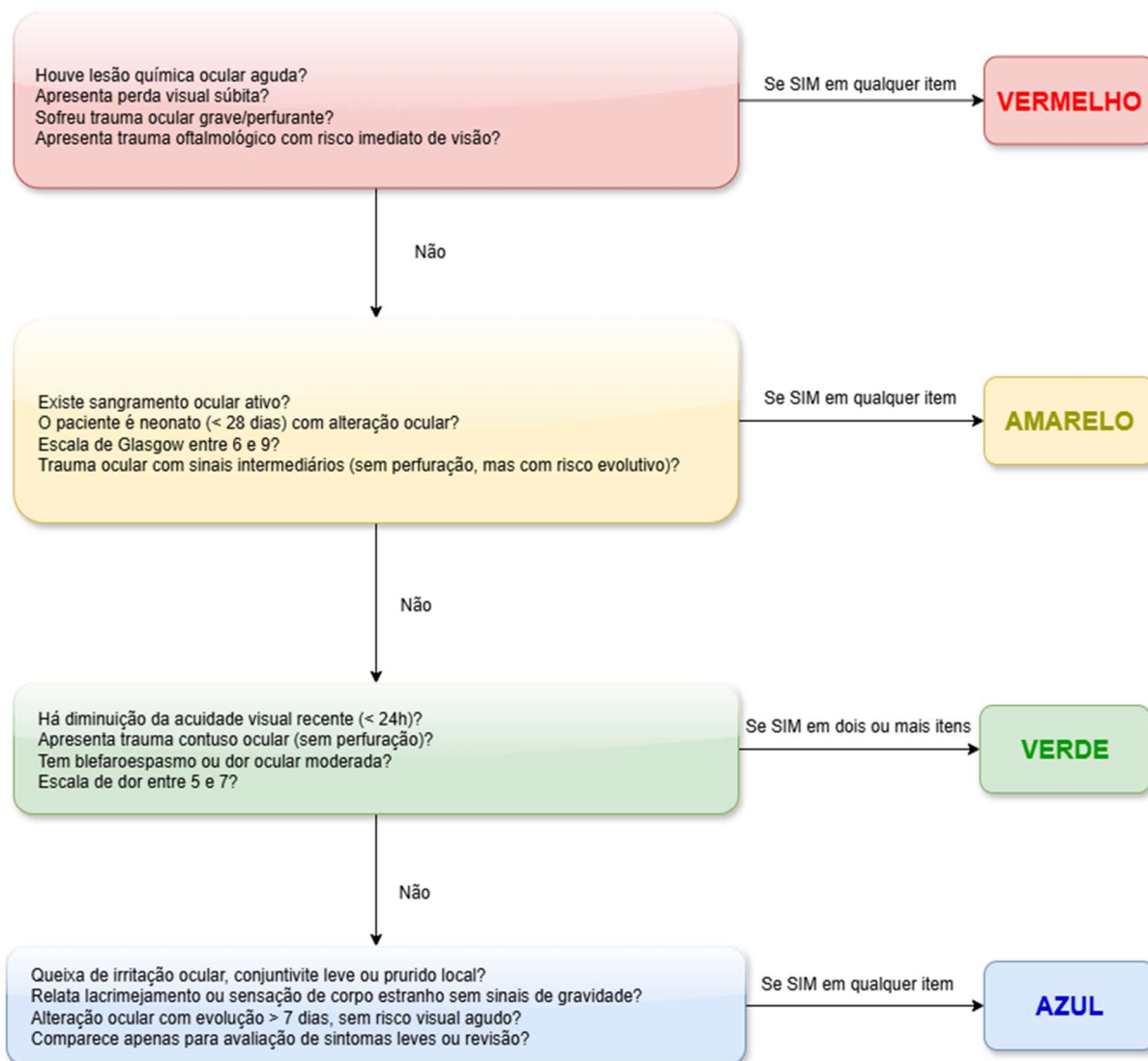
Observações importantes

- **Celulite facial, trismo, disfagia, edema de face ou pescoço, febre alta ou sinais de comprometimento das vias aéreas** requerem **avaliação médica imediata**, devido ao risco de disseminação da infecção.
- **Avulsão dentária** requer **avaliação odontológica ou médica imediata**, devido ao tempo crítico para o tratamento. Sempre que possível, o dente avulsionado deverá ser transportado em **leite, solução fisiológica 0,9% ou meio apropriado para conservação**, sem manipular a raiz.
- **Infecções odontogênicas associadas à febre ou sinais sistêmicos** deverão receber avaliação médica imediata. Na presença de sinais clínicos compatíveis com **sepse**, iniciar imediatamente o **Protocolo Institucional de Sepse**.
- Crianças com **dor odontológica intensa**, especialmente quando associada à dificuldade para alimentação ou hidratação, deverão receber acolhimento humanizado, controle adequado da dor conforme prescrição médica e orientações aos responsáveis quanto ao seguimento odontológico.



PEDIÁTRICO

13.2.10 Alterações Oftalmológica



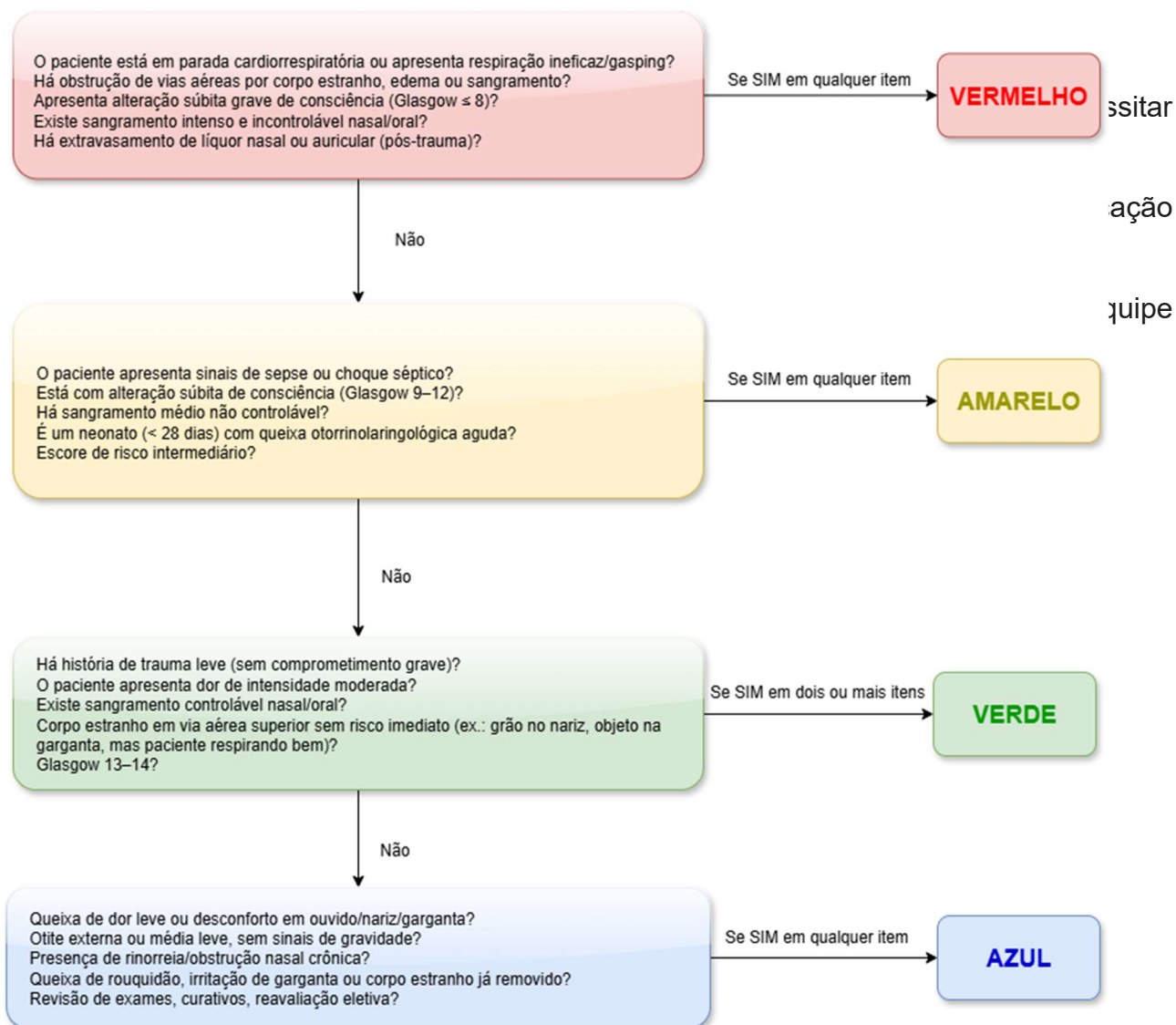
Observações importantes

- Corpo estranho ocular, dor ocular intensa, lacrimejamento excessivo, fotofobia ou redução da acuidade visual requerem avaliação médica imediata.
- Lesões químicas oculares: iniciar imediatamente irrigação abundante com solução fisiológica 0,9% ou água corrente, sem retardar o atendimento, e acionar a equipe médica.
- Perda súbita da visão, trauma ocular perfurante ou suspeita de ruptura do globo ocular requerem avaliação médica imediata.
- Conjuntivite purulenta em recém-nascidos deverá ser considerada emergência neonatal, necessitando avaliação médica imediata.
- Crianças usuárias de lentes de contato com dor ocular intensa, hiperemia importante ou redução da acuidade visual deverão receber avaliação médica imediata, devido ao risco de ceratite infecciosa.



PEDIÁTRICO

13.2.11 Alterações Otorrinolaringológicas

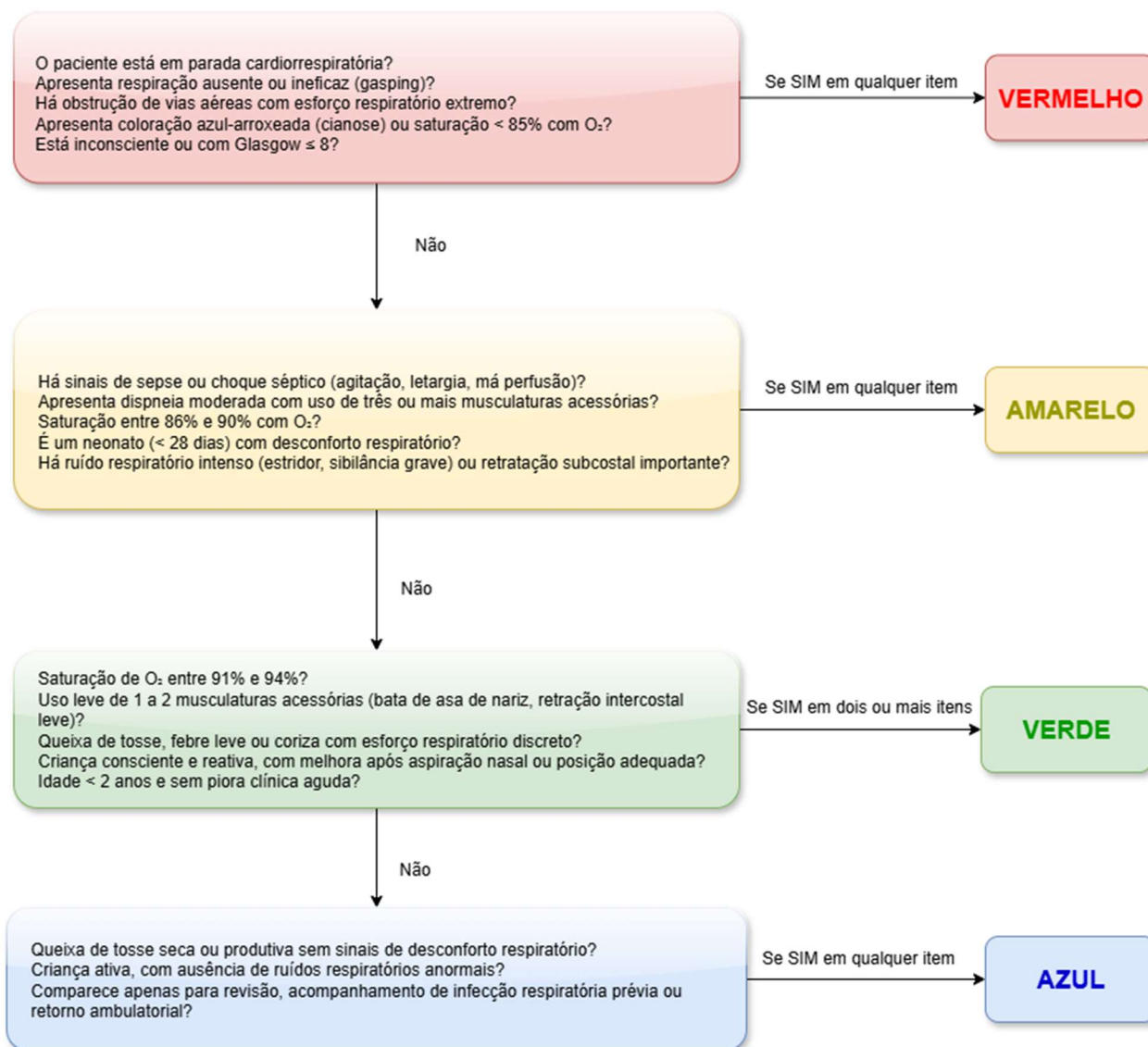


Observações importantes

- **Epistaxe persistente, sangramento nasal de grande volume ou de difícil controle** requer avaliação médica imediata.
- **Extravasamento de líquido por via nasal ou auricular após trauma cranioencefálico** requer avaliação médica imediata, devido ao risco de complicações neurológicas.
- **Trismo associado à disfagia, edema cervical, dificuldade respiratória ou suspeita de abscesso orofaríngeo** requer avaliação médica imediata, devido ao risco de comprometimento das vias aéreas.
- **Suspeita de corpo estranho em vias aéreas** requer avaliação médica imediata. Nos casos de **corpo estranho em ouvido ou nariz**, não realizar remoção durante o acolhimento, exceto quando houver protocolo institucional específico e profissional habilitado.
- **Dor otológica intensa associada à febre alta, edema retroauricular ou abaulamento do pavilhão auricular** requer avaliação médica imediata, considerando complicações como mastoidite.
- Na suspeita de epiglote, crúpe grave ou abscesso retrofaríngeo, manter a criança em ambiente calmo, evitar manipulação desnecessária da orofaringe e acionar imediatamente a equipe médica



13.2.12 Alterações Respiratórias



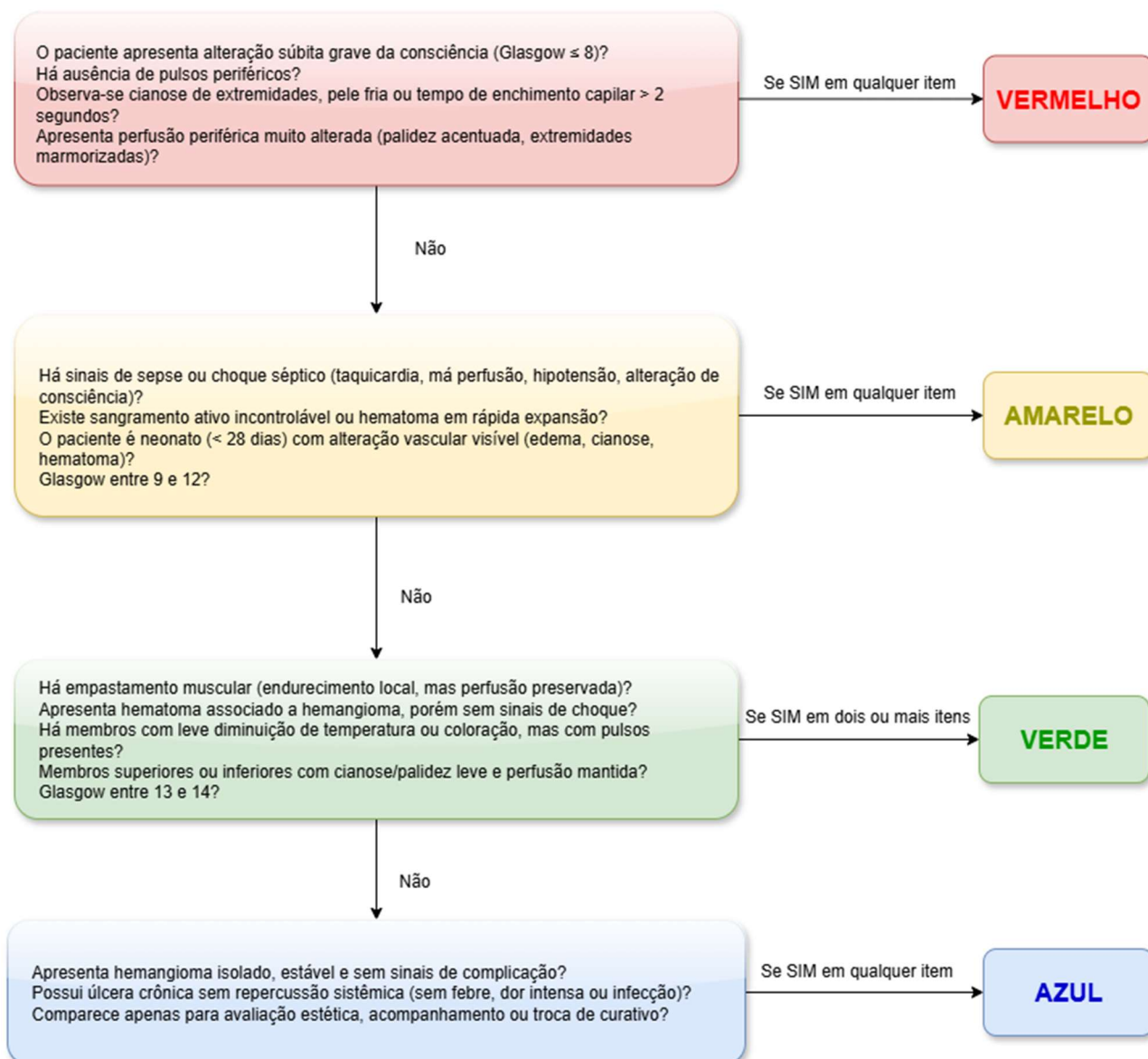
Observações importantes

- **Estridor, apneia, cianose, gemência, retrações torácicas importantes, batimento de asas nasais ou sinais de insuficiência respiratória** requerem **avaliação médica imediata**.
- Crianças com **tosse, febre, dispnéia ou aumento do esforço respiratório** deverão ser avaliadas quanto à possibilidade de **bronquiolite, pneumonia, crise asmática ou outras doenças respiratórias agudas**.
- **Saturação periférica de oxigênio (SpO₂) inferior a 92% em ar ambiente** requer avaliação médica imediata e instituição das medidas assistenciais conforme protocolo institucional.
- Crianças com **oxigenoterapia domiciliar, doença pulmonar crônica, cardiopatia, fibrose cística, displasia broncopulmonar ou asma grave** deverão receber avaliação prioritária.
- Na suspeita de **tuberculose pulmonar** (tosse persistente, contato com caso confirmado ou outros sinais clínicos sugestivos), instituir imediatamente as **medidas de precaução respiratória**, conforme protocolo institucional.
- Lactentes menores de 3 meses com febre associada a sinais respiratórios deverão receber avaliação médica imediata, devido ao maior risco de deterioração clínica.
- Crianças com suspeita de aspiração de corpo estranho, mesmo quando assintomáticas após o episódio inicial, deverão receber avaliação médica imediata.



PEDIÁTRICO

13.2.13 Alterações Vasculares



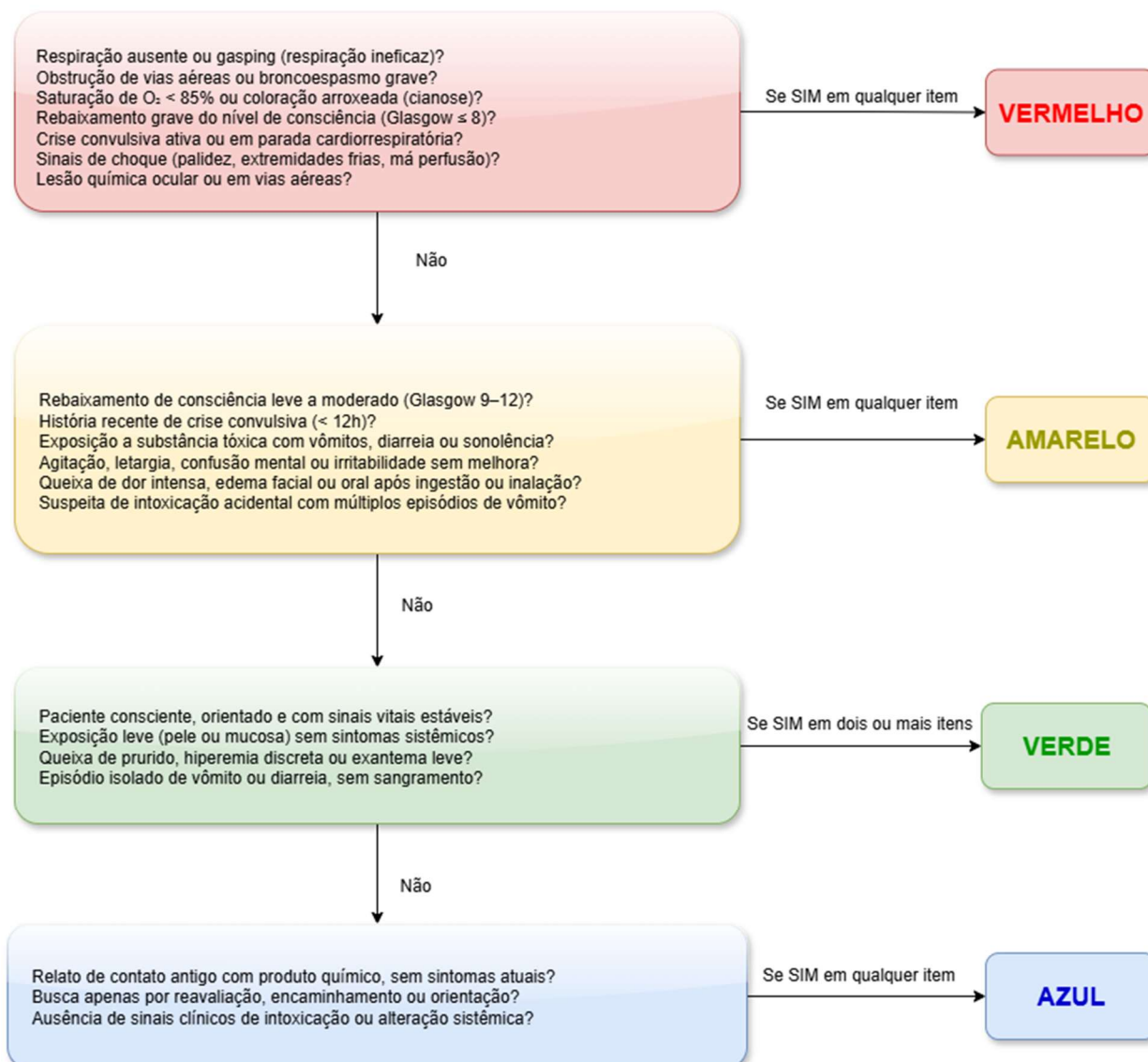
Observações importantes

- **Edema súbito de face, lábios, língua ou pescoço**, especialmente quando associado a dificuldade respiratória ou estridor, requer **avaliação médica imediata**, devido ao risco de anafilaxia.
- **Edema de membro associado à dor intensa, alteração da coloração, redução da perfusão ou ausência de pulso** requer avaliação médica imediata, considerando comprometimento vascular agudo.
- **Palidez intensa, enchimento capilar superior a 3 segundos, extremidades frias ou sinais de hipoperfusão** deverão levantar suspeita de choque, requerendo avaliação médica imediata.
- **Petéquias ou púrpura associadas à febre, hipotensão ou sinais de comprometimento sistêmico** requerem avaliação médica imediata e início do **Protocolo Institucional de Sepsis**, considerando a possibilidade de meningococemia.
- Crianças com história de anafilaxia, cardiopatias congênitas ou doenças vasculares conhecidas que apresentem sinais de descompensação deverão receber avaliação médica imediata.



PEDIÁTRICO

13.2.14 Intoxicações Exógena e Exposição a Agente Químico



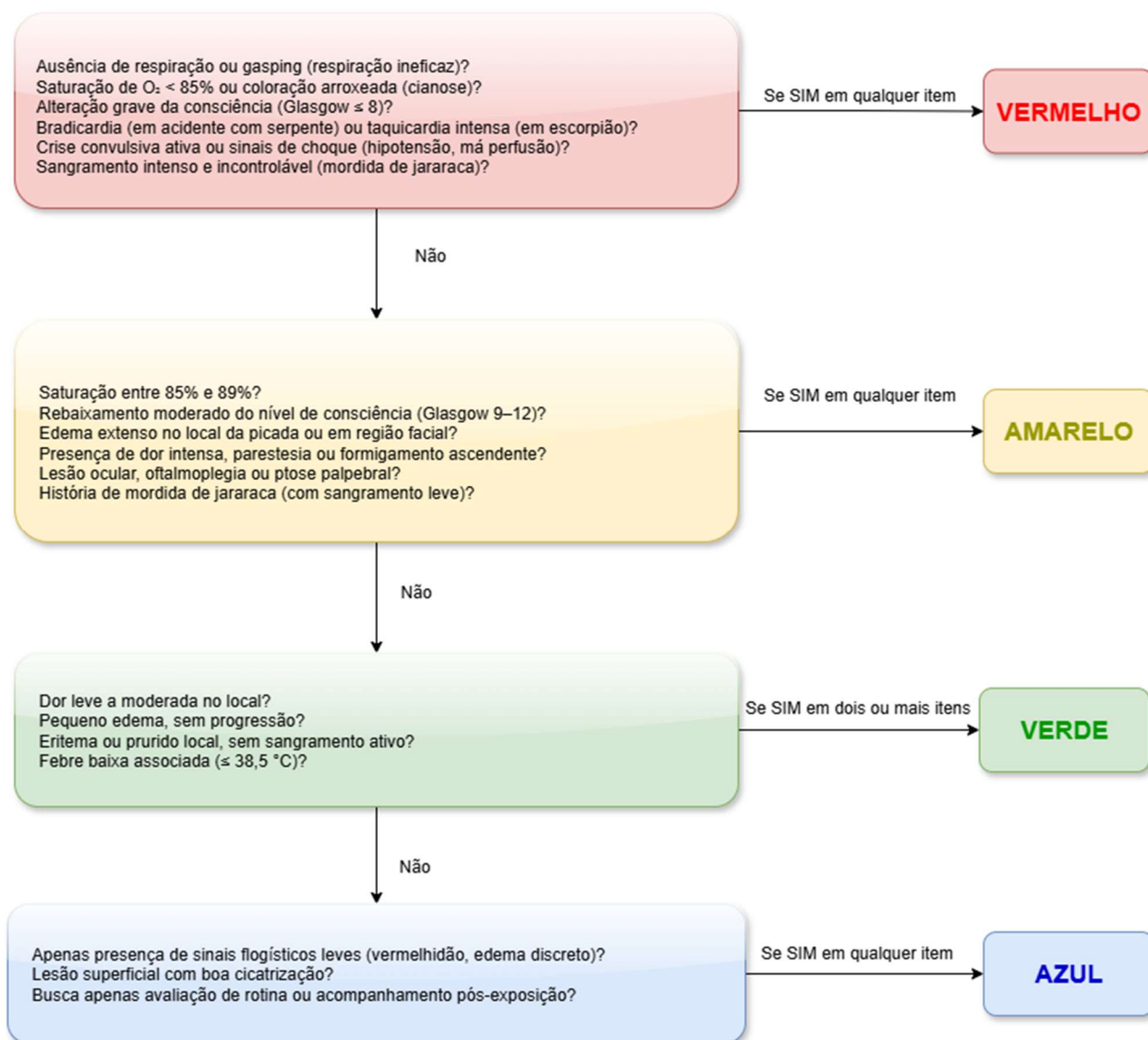
Observações importantes

- Toda **suspeita de intoxicação exógena ou ingestão acidental de substâncias potencialmente tóxicas** requer avaliação médica imediata. **Não induzir o vômito**, salvo orientação específica do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox).
- **Exposição ocular ou cutânea a agentes químicos:** iniciar imediatamente **irrigação abundante com água corrente ou solução fisiológica 0,9%**, sem retardar o atendimento.
- Crianças com **alteração do nível de consciência, convulsões, insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica ou sintomas cardiovasculares** requerem avaliação médica imediata.
- Nos casos de **intoxicação intencional, suspeita de negligência ou violência contra a criança**, seguir o fluxo institucional, realizar a **notificação compulsória**, quando aplicável, e acionar a **rede de proteção**, incluindo o **Conselho Tutelar**, conforme a legislação vigente.



PEDIÁTRICO

13.2.15 Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos

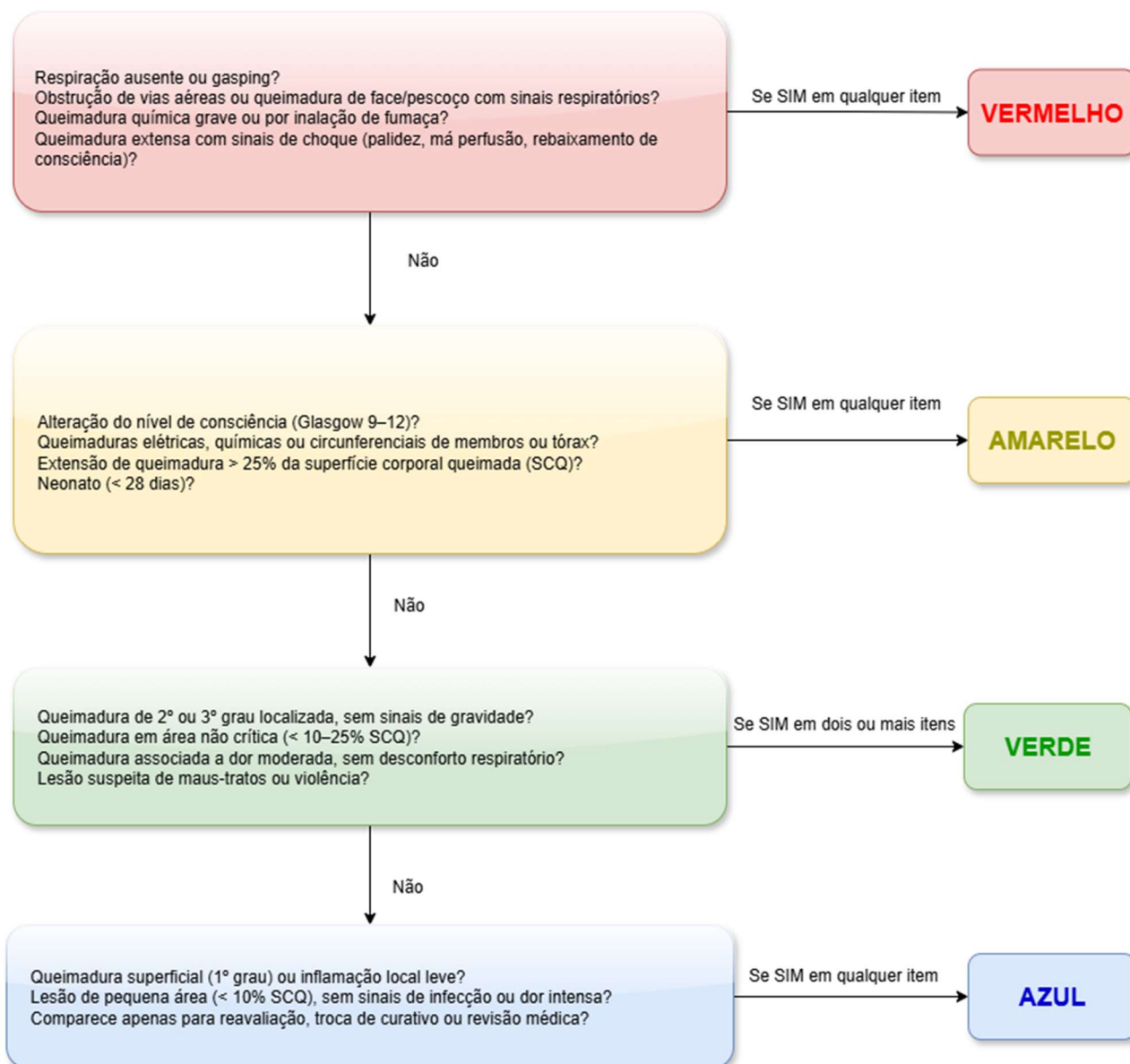


Observações importantes

- Todo **acidente com animal peçonhento** requer **avaliação médica imediata** para definição da necessidade de soroterapia específica, conforme protocolo institucional.
- **Acidentes com escorpiões, serpentes, aranhas de importância médica ou lagartas do gênero *Lonomia*** requerem avaliação prioritária, especialmente em crianças, devido ao maior risco de manifestações sistêmicas.
- **Edema extenso, dor intensa, sangramento espontâneo, sinais de choque, dificuldade respiratória ou manifestações neurológicas** requerem **avaliação médica imediata**.
- Nos casos de **mordedura por cães, gatos ou outros mamíferos**, realizar limpeza adequada da lesão conforme protocolo institucional, avaliar a necessidade de profilaxia antirrábica e antitetânica e registrar, sempre que possível, a espécie do animal, o local e o horário da ocorrência.
- Sempre que possível, identificar o animal agressor ou registrar suas características, sem colocar o paciente ou terceiros em risco, para auxiliar na definição da conduta terapêutica.



13.2.16 Queimaduras



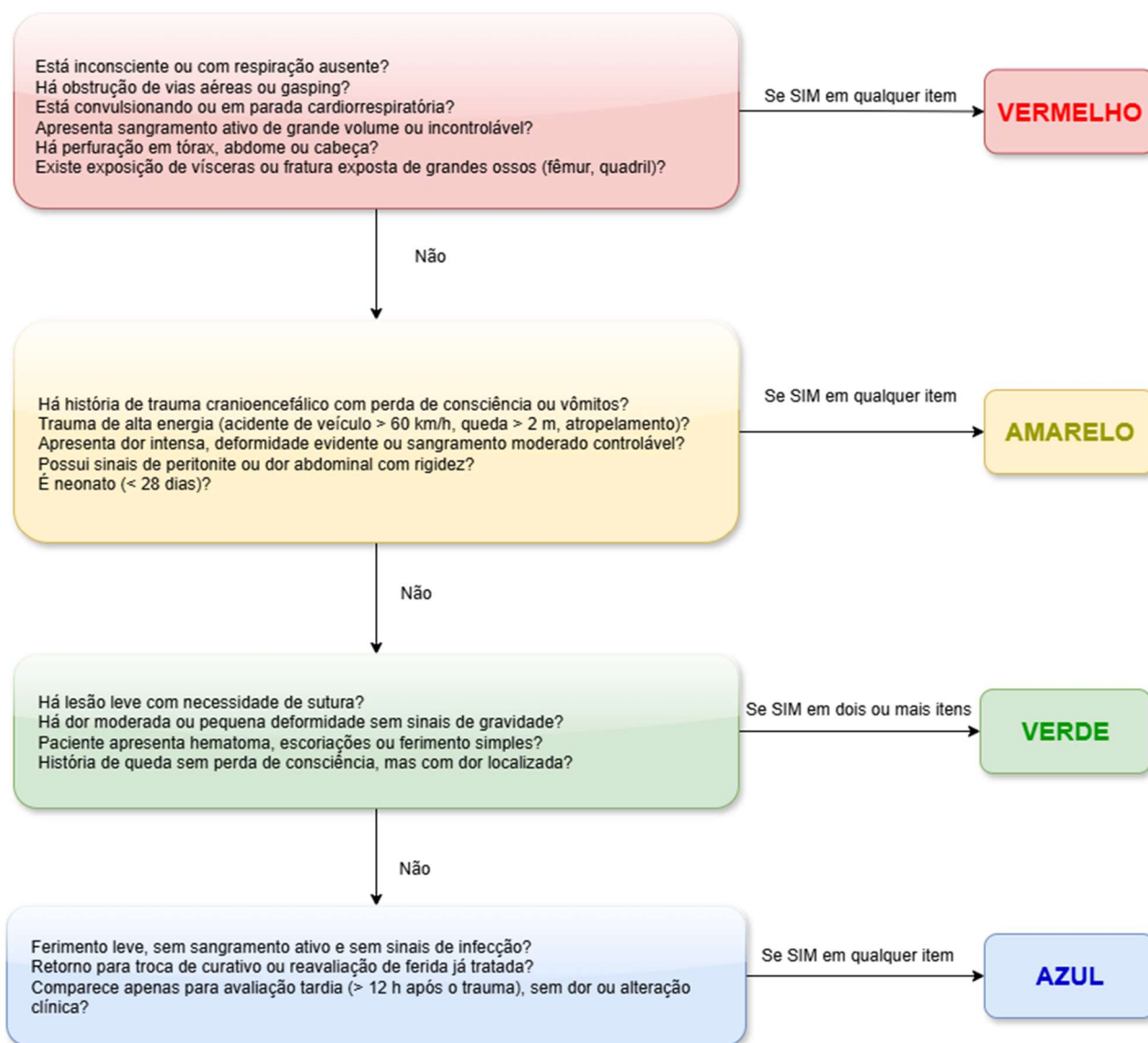
Observações importantes

- **Queimaduras com suspeita de lesão por inalação**, queimaduras químicas ou queimaduras elétricas requerem avaliação médica imediata.
- **Queimaduras envolvendo** face, pescoço, mãos, pés, períneo, grandes articulações ou circunferenciais requerem avaliação médica imediata.
- **Crianças com queimaduras extensas** deverão receber medidas para prevenção de hipotermia, monitorização clínica e avaliação do risco de desidratação, conforme protocolo institucional.
- **A avaliação inicial** deverá considerar a extensão e a profundidade da queimadura, utilizando método apropriado para a faixa etária, conforme protocolo institucional.
- **Queimaduras superficiais**, de pequena extensão e sem sinais de gravidade poderão ser conduzidas na unidade, conforme avaliação médica.
- **Na suspeita de queimadura decorrente de maus-tratos** ou negligência, seguir o fluxo institucional, realizar a notificação compulsória e acionar a rede de proteção, conforme a legislação vigente.



PEDIÁTRICO

13.2.17 Traumas

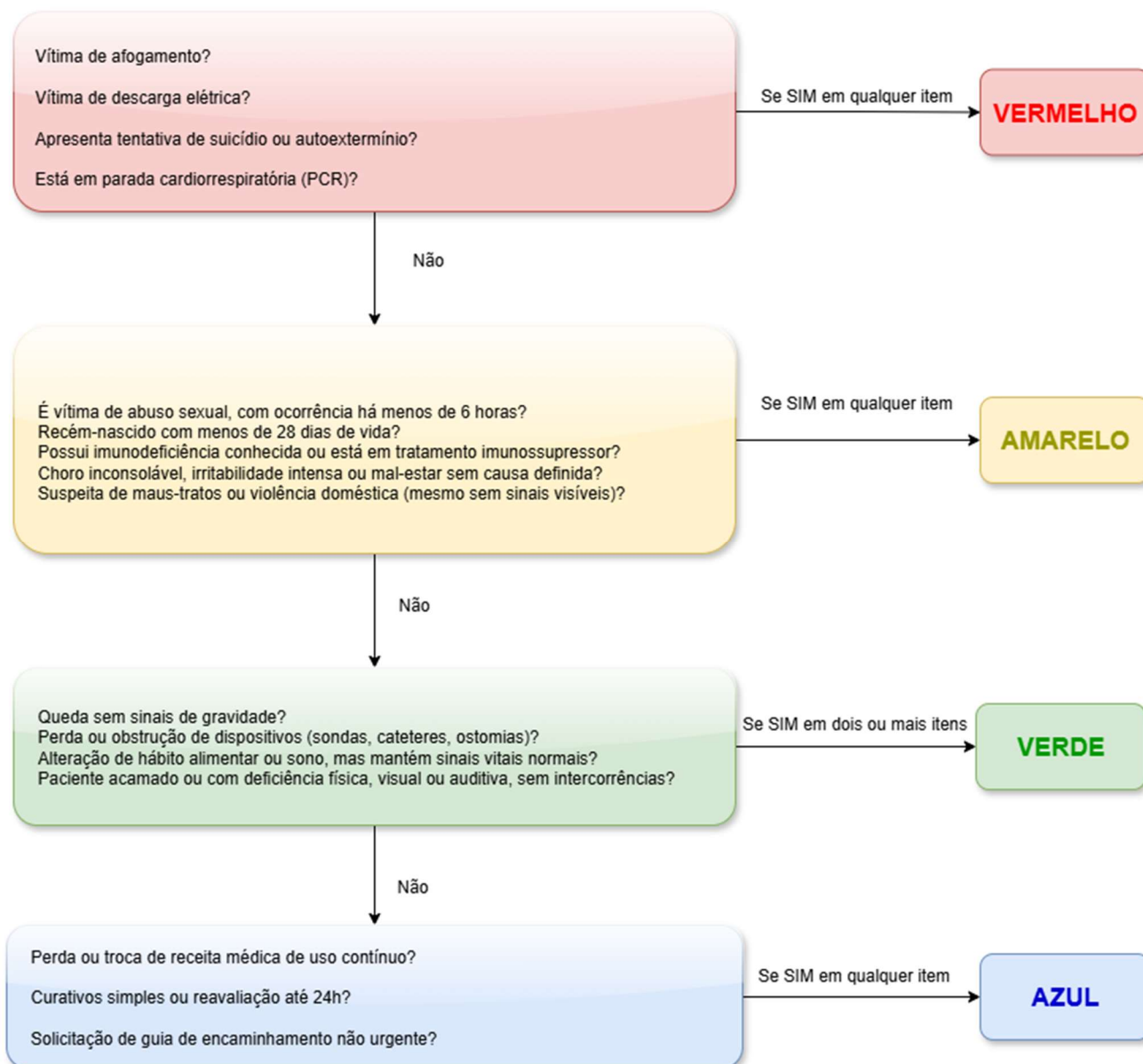


Observações importantes

- **Sempre avaliar o mecanismo do trauma**, considerando quedas de altura, atropelamentos, acidentes de trânsito, trauma por bicicleta, esmagamentos, afogamentos, queimaduras e suspeita de violência física.
- **Trauma cranioencefálico associado a vômitos repetidos**, alteração do nível de consciência, convulsões, perda de consciência, déficit neurológico ou sinais de fratura de base de crânio requer avaliação médica imediata.
- **Fraturas expostas**, hemorragias ativas, trauma torácico, trauma abdominal, suspeita de lesão pélvica ou trauma raquimedular requerem avaliação médica imediata.
- **Na presença de instabilidade hemodinâmica** ou comprometimento das vias aéreas, respiração ou circulação (ABC), iniciar imediatamente o Protocolo Institucional de Atendimento ao Trauma.
- **Na suspeita de violência física, maus-tratos ou negligência**, seguir o fluxo institucional, realizar a notificação compulsória, quando aplicável, e acionar a rede de proteção, conforme a legislação vigente.
- **Lactentes e crianças menores deverão receber avaliação criteriosa**, mesmo após traumas aparentemente leves, considerando o maior risco de lesões ocultas e deterioração clínica.



13.2.18 Situações Especiais



Destaque especial:

- Nos casos de violência sexual, violência doméstica, violência interpessoal, maus-tratos ou tentativa de suicídio, seguir o fluxo institucional, realizar a notificação compulsória, quando aplicável, e acionar a rede de atenção e proteção, incluindo o Conselho Tutelar, conforme a legislação vigente.
- Crianças em situação de vulnerabilidade, incluindo recém-nascidos, lactentes, crianças com deficiência, doenças crônicas, atraso do desenvolvimento, imunossupressão ou múltiplas comorbidades, deverão receber avaliação clínica criteriosa, considerando o maior risco de deterioração clínica e de subestimação da gravidade.
- Recém-nascidos e lactentes menores de 3 meses com febre deverão receber avaliação médica imediata, considerando o elevado risco de infecção bacteriana grave e a necessidade de investigação específica.
- Sempre que houver risco à segurança da criança, dos responsáveis ou da equipe, deverão ser adotadas as medidas de proteção previstas no protocolo institucional e acionados os serviços de apoio necessários.
- As orientações constantes dos anexos pediátricos complementam a avaliação clínica realizada pelo enfermeiro durante o Acolhimento com Classificação de Risco, não substituindo o julgamento clínico, os protocolos institucionais específicos, a necessidade de reavaliação contínua do paciente ou a avaliação médica. Em situações de dúvida ou coexistência de múltiplos critérios de gravidade, deverá prevalecer a conduta que ofereça maior segurança ao paciente.



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.

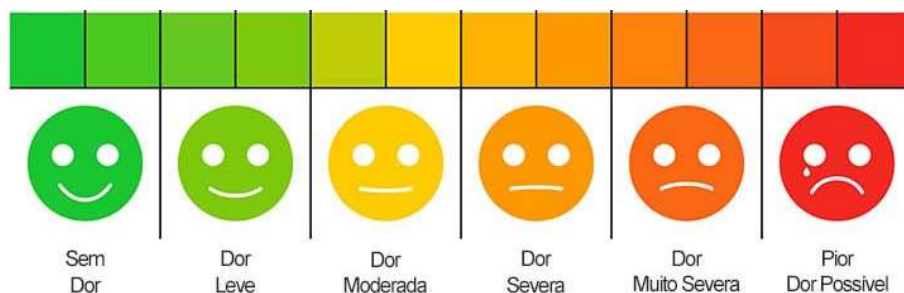
Tabela 4: Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM e pré-diabetes

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: sobrancelhas cerradas, protuberância entre as sobrancelhas 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)	Esponaneamente	Esponaneamente	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 À 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

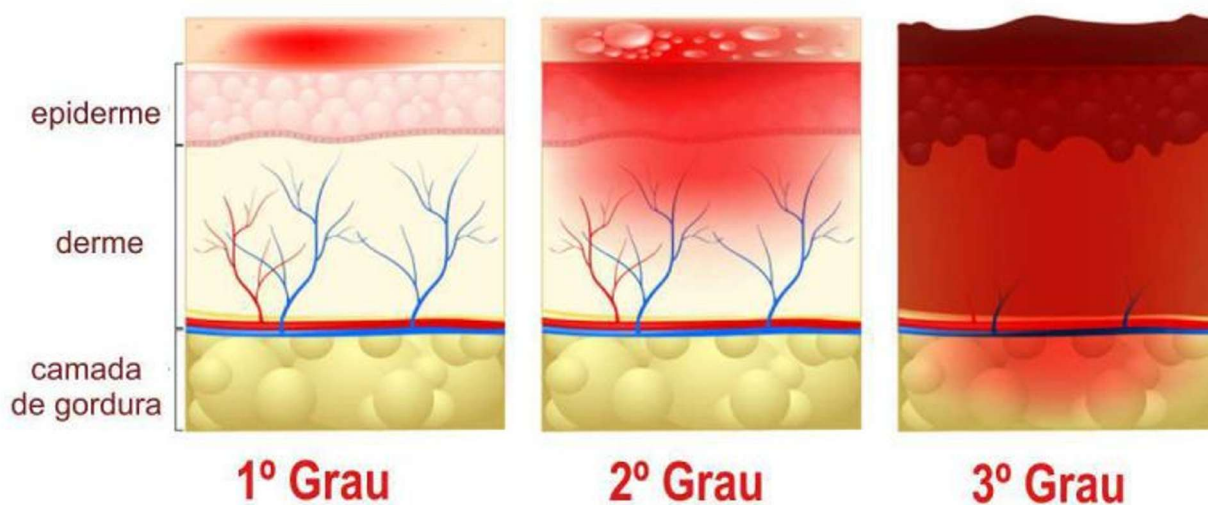
A Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ) utiliza uma classificação de queimaduras baseada na profundidade e extensão da lesão. As queimaduras são classificadas em 1º, 2º e 3º graus pela profundidade e a extensão é avaliada pela Regra dos 9 e se refere ao percentual da Superfície Corporal Queimada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

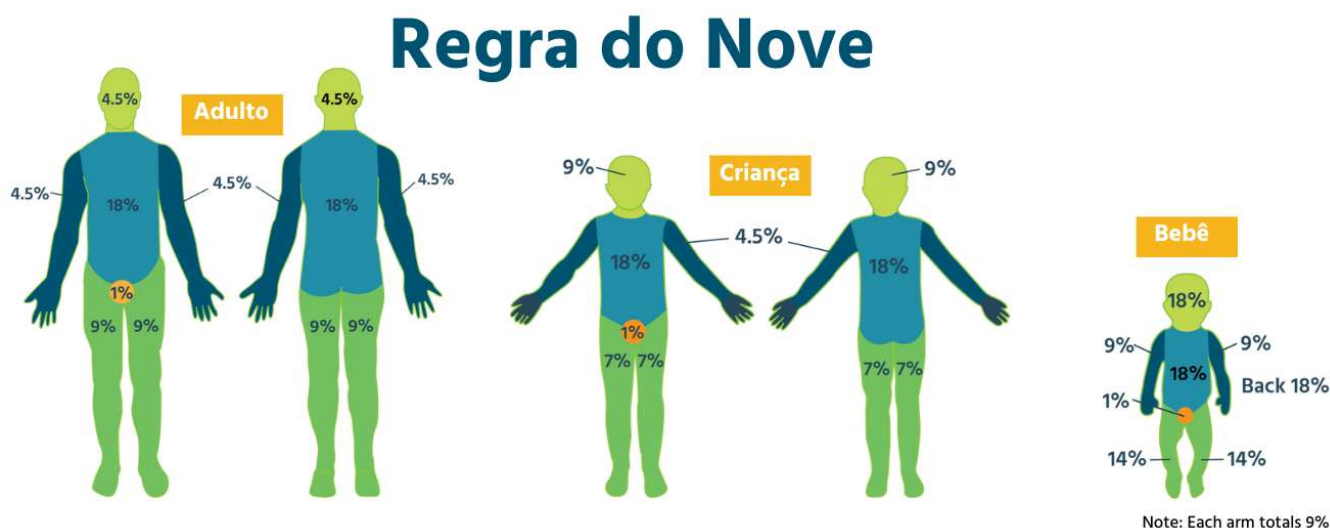
Fonte: SVS/MS

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.



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/dL
☐ 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 | ☐ Antiepilépticos | ☐ 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

Assinatura e Carimbo ENFERMEIRO (A)

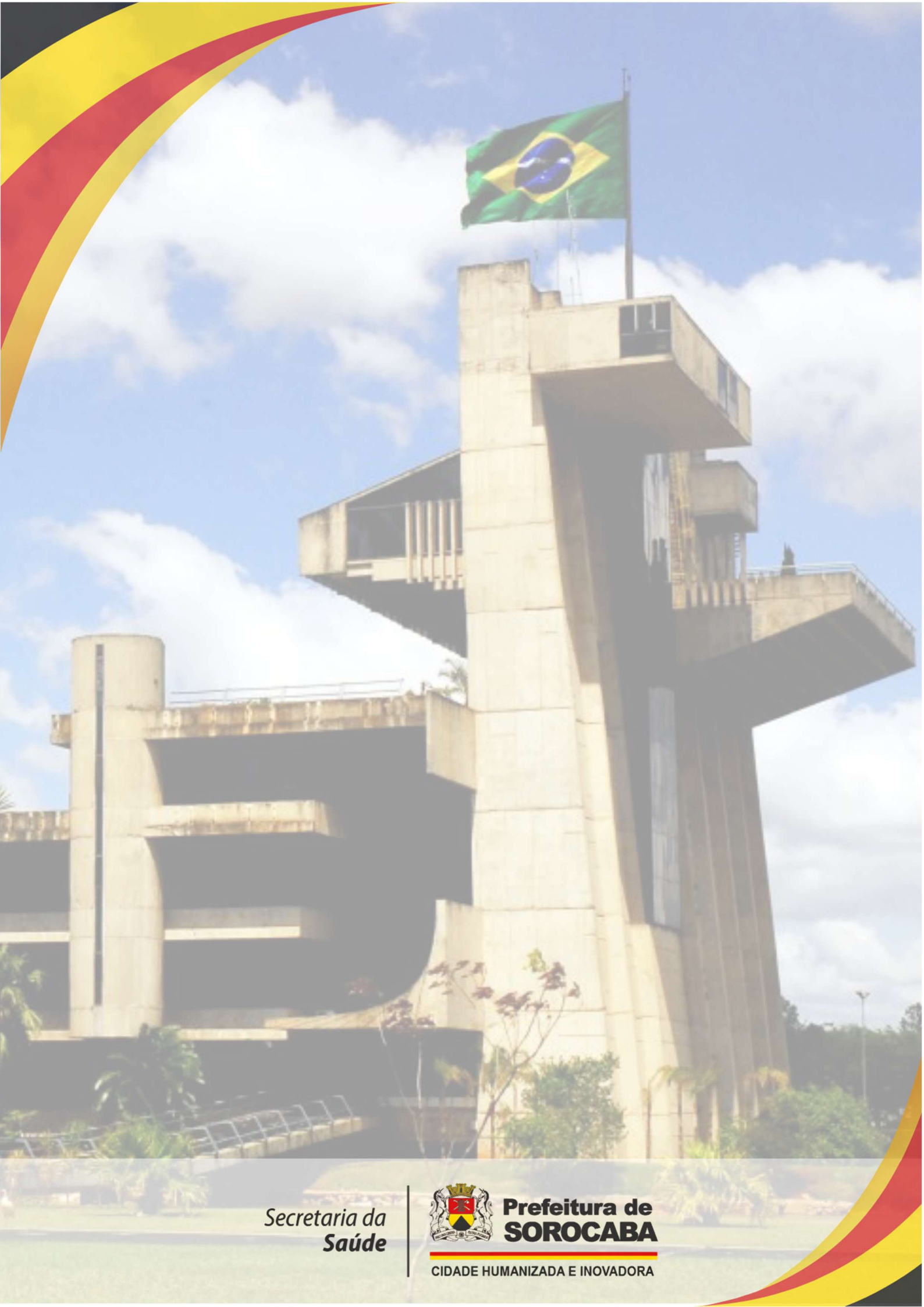
15. VIGÊNCIA E REVISÃO

O presente Protocolo Municipal de Acolhimento com Classificação de Risco entra em vigor na data de sua aprovação pela Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba e terá vigência de **24 (vinte e quatro) meses**, podendo ser revisado a qualquer tempo sempre que houver necessidade institucional, atualização da legislação vigente, publicação de novas evidências científicas ou alterações nas diretrizes do Ministério da Saúde.

A revisão ordinária está prevista para **Agosto de 2028** e deverá ser conduzida pela **Comissão Técnica Multiprofissional da Rede de Urgência e Emergência**, com participação do **Núcleo de Gestão da Urgência e Emergência (NUGUE)** e das coordenações das unidades da Rede de Urgência e Emergência.

A revisão deverá considerar, entre outros aspectos:

- indicadores assistenciais e de qualidade;
- monitoramento da aplicação do protocolo;
- resultados das auditorias internas;
- eventos adversos relacionados ao processo assistencial;
- sugestões e feedback das equipes assistenciais;
- atualizações das evidências científicas;
- alterações da legislação e das normativas vigentes.



*Secretaria da
Saúde*



**Prefeitura de
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA