



**PREFEITURA DE
FLORIANÓPOLIS**
SAÚDE

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 7

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO NA ATENÇÃO À DEMANDA
ESPONTÂNEA DE CUIDADOS NO ADULTO -
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis, julho de 2023

Volume 1.1

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 7

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO NA ATENÇÃO À DEMANDA
ESPONTÂNEA DE CUIDADOS NO ADULTO -
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Prefeito

Topázio Neto

Secretário de Saúde

Cristina Pires Pauluci

Secretário Adjunto

Humberto João dos Santos

Subsecretária de Saúde Pública

Talita Cristine Rosinski

Diretor de Atenção em Saúde

Fernanda Karolina Melchior Silva Pinto

Gerente de Urgência e Emergência

Miguel Angelo Accetta

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)

Elizimara Ferreira Siqueira

Autores

Andressa Bauer

Daywson Koerich

Fernanda G. de Paiva

Marcos A. Campolino

Milena Pereira

Andrey Teixeira

Jadson Jovaert Mota Kreis

Laura D.R. Castilho Lacerda

Guilherme Mortari Belaver

Vinicius Paim Brasil

Julia Maria de Souza

Daniela C. F. Gomes da Rocha

Colaboradores

Alessandra de Q. Esmeraldino

Ana Cristina M. F. Báfica

Ana Maria Bim Gomes

Anna Carolina R. L. Rodrigues

Caren Cristina D. M. Fonseca

Cilene Fernandes Soares

Cristiane Regina Pereira

Daniela Salomé de Andrade

Fernanda Paese

Gisele Magnabosco

João Marcos Emerenciano

Juliana Cipriano Braga Silva

Juliana Reinert Maria

Juliana Valentim

Karina Mendes Garcia

Leila B. B. de A. Ferreira

Luciano Konrad Romanini

Lucilene Gama Paes

Priscilla Cibebe Tramontina

Renata R. Turatti Fetzner

Vivian Costa Fermo



Este documento está licenciado sob a licença Creative Commons – Atribuição Não-Comercial 4.0 Internacional. Ele pode ser replicado ou adaptado, no todo ou em parte, contanto que a fonte seja citada e o uso não seja com propósitos comerciais.

Como citar este documento: FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 7 - **ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA DE CUIDADOS NO ADULTO - UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.** Florianópolis, 2023. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>>

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) sugerem aos serviços públicos a implantação de estratégias de acesso, acolhimento e diminuição de filas, para auxiliar na implantação de práticas que promovam a integralidade do cuidado, possibilitando um atendimento ágil, seguro e humanizado.

Assim, reforça-se a ideia de que é preciso estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo que não só organize a fila de espera, mas mantenha o foco nas necessidades do usuário e levando em consideração o perfil do atendimento da unidade e a realidade gerencial de cada instituição, promovendo um atendimento responsável e acolhedor resolutivo.

Buscando auxiliar as condutas da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, que a Comissão Permanente para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) construiu esse protocolo, com o intuito de instrumentalizar a equipe de enfermagem para que esteja devidamente sensibilizada e capacitada para identificar sinais de alerta e gravidade, bem como manejar o que for de sua competência. Além de favorecer o entendimento sobre a organização da rede, referenciando e contrarreferenciando o usuário, conforme a necessidade, aos demais níveis de atenção, garantindo a integralidade do cuidado, assegurando a longitudinalidade e a qualidade do atendimento.

Pretendemos com esta publicação validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a busca por referência de livros-texto, materiais do Ministério da Saúde, além de outras bibliografias, que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Este protocolo foi construído a partir de outras experiências municipais e estaduais, com o objetivo de uniformizar o processo de trabalho dos enfermeiros atuantes nos serviços municipais da rede de urgência e emergência, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC (PMF).

Refere-se a atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto, com idade maior ou igual a 15 anos, com queixas de origem clínica. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem), sendo válido como protocolo institucional.

Cristina Pires Pauluci

Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVOS	9
1.2 QUEM FAZ	9
1.3 A QUEM SE DESTINA	9
1.4 COMO ACONTECE	10
2 – PRIORIDADE CLÍNICA	12
3 – PRIORIDADE DE ATENDIMENTO DE CASOS ESPECIAIS	14
4 – REGISTRO OBRIGATÓRIO DO ACR NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	15
5 – ESPECIALIDADE DE ATENDIMENTO CONFORME A QUEIXA	16
6 – CONCEITOS IMPORTANTES	18
7 – AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS	20
8 – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	21
9 - DESIDRATAÇÃO	22
10 - ESCALA DA DOR	23
11 – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	24
12 – FLUXOGRAMAS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PRIORIDADE CLÍNICA.....	12
QUADRO 2 – ATENDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E ENFERMAGEM	17
QUADRO 3 – PADRÕES DE VALORES PARA SINAIS VITAIS	20
QUADRO 4 – GRAUS DE DESIDRATAÇÃO ¹⁶	22
QUADRO 5 – RÉGUA DE AVALIAÇÃO DA DOR	23
QUADRO 6 – ESCALA DE COMA DE GLASGOW ¹⁶	24



LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS NAS UPAS	18
1. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO NEUROLÓGICO E RELATO DE CONVULSÃO, DESMAIO OU SÍNCOPE.....	25
2. ALTERAÇÕES DE GLICEMIA CAPILAR	26
3. ALTERAÇÕES DE PRESSÃO ARTERIAL.....	27
4. CEFALEIA.....	28
5. DADOS VITAIS ALTERADOS E/OU QUEIXA INESPECÍFICA	29
6. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E USO DE ÁLCOOL E DROGAS	30
7. DOR (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA).....	31
8. DOR TORÁCICA	32
9. EXPOSIÇÃO SEXUAL (COM OU SEM CONSENTIMENTO) OU ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	33
10. FERIDAS CRÔNICAS SEM SANGRAMENTO E ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS (INCLUI ABELHAS, MARIMBONDOS, VESPAS, FORMIGAS, COBRAS E LACRAIAS)	34
11. QUEIXAS RELACIONADAS A SAÚDE DA MULHER, PUERPÉRIO, GESTAÇÃO, TRABALHO DE PARTO OU SUSPEITA DE GRAVIDEZ.....	35
12. INTOXICAÇÕES AGUDAS (VIA DIGESTÓRIA/RESPIRATÓRIA/DÉRMICA).....	36
13. OUTROS SINTOMAS / QUEIXAS / EVENTOS ISOLADOS: EDEMA, ICTERÍCIA, FRAQUEZA, CÂIMBRAS, ATESTADO DE SAÚDE, REALIZAÇÃO DE EXAMES	37
14. PROCESSOS ALÉRGICOS.....	38
15. QUEIXAS ABDOMINAIS, VÔMITO, DIARREIA.....	39
16. QUEIXAS OCULARES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA E CORPO ESTRANHO)	40
17. QUEIXAS RESPIRATÓRIAS/SINTOMAS GRIPAIS	41
18. QUEIXAS UROGENITAIS	42
19. SANGRAMENTOS, HEMATÊMESE, HEMATOQUEZIA, MELENA, HEMOPTISE, EPISTAXE, METRORRAGIA	43

1 – INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) sugerem aos serviços públicos a implantação de estratégias de acesso e acolhimento para efetivar a construção de práticas integrais de cuidados à saúde, de forma a sistematizar o atendimento para que seja mais ágil, seguro e humanizado^{1,2}.

É necessário lembrar que o atendimento de situações de urgência e emergência no Brasil tem trabalhado com o intuito de fortalecer uma rede de serviços hierarquizada, na qual os indivíduos são atendidos de acordo com o nível de complexidade de cada unidade. Espera-se que o usuário com quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, seja acolhido em qualquer nível de atenção, possibilitando a resolução dos problemas de saúde e, se necessário, encaminhado a outro nível quando a complexidade do atendimento exigido ultrapasse ou sobrecarregue a capacidade de assistência do serviço, devendo ser realizado de forma responsável e regulada³.

O acolhimento compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas. Além de ser entendido como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de usuários que procuram as portas de entrada^{1,2}.

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) para organizar o atendimento por critério de gravidade e, não mais por ordem de chegada aos serviços de emergência, foi a estratégia para alcançar os princípios da PNH sendo implantado sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. O ACR é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento⁴.

O enfermeiro além de escutar a queixa do usuário, deve identificar os medos e as expectativas, avaliando o risco e vulnerabilidade. Nesse sentido, a clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença¹.

1.1 OBJETIVOS

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do usuário que busca os serviços de urgência/emergência.
- Avaliar e classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que procuram os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico e de enfermagem mediato ou imediato.
- Realizar, através do processo de enfermagem, o atendimento integral dos usuários que buscam por atendimento.
- Uniformizar o processo de trabalho dos enfermeiros das UPAs.
- Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência nos atendimentos na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.
- Determinar a área/especialidade de atendimento primário (enfermagem, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e odontologia).
- Informar ao usuário sobre sua Classificação de Risco e a expectativa de tempo de espera para atendimento médico.

1.2 QUEM FAZ

- Enfermeiro realiza a ACR, contando com a colaboração do Técnico de Enfermagem da unidade⁵⁻⁶.

1.3 A QUEM SE DESTINA

- Usuários que procuram, de forma espontânea, as portas de entrada das UPAs da SMS da PMF, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência/emergência.

1.4 COMO ACONTECE

- É um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de intervenção médica e de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e/ou grau de sofrimento.
- Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo de enfermagem, aliadas à capacidade de julgamento clínico, sendo uma atividade privativa do Enfermeiro⁵⁻⁶.
- O Técnico de Enfermagem, nesse processo, deve agir dentro do exercício de suas funções, em grau auxiliar, sendo devidamente supervisionado e orientado pelo Enfermeiro⁵⁻⁶.
- Ao chegar a UPA, demandando necessidade aguda ou crônico-agudizada, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e cadastrado no sistema de prontuário informatizado.
- Após o cadastro, o usuário identificado como demanda da clínica médica é encaminhado para aguardar o ACR, onde é acolhido pelo Enfermeiro que, através de consulta de enfermagem realiza o histórico de enfermagem, anamnese e exame físico para coleta dos dados relacionados a queixa principal. A somatória das informações coletadas com o julgamento clínico, possibilitará a escolha do fluxograma (CAPÍTULO 12) mais adequado a ser seguido e a identificação do descritor que determinará a prioridade de atendimento, podendo ser: VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE, BRANCO ou AZUL.
- Orienta-se que, para segurança de todo o processo, o tempo de espera pela ACR não deve ultrapassar 10 (dez) minutos e, a duração deste atendimento, não mais do que 04 (quatro) minutos⁵.
- Sempre que o Enfermeiro identificar que a queixa principal não está relacionado a demanda de clínica médica, deve encaminhar o usuário de forma responsável para o fluxo de atendimento correto.
- Após a extrapolação do tempo-alvo da ACR orienta-se a realização de uma nova consulta de enfermagem para a reavaliação da classificação de risco, possibilitando que o usuário possa aguardar com segurança pelo atendimento. Entretanto, essa reavaliação deve

ocorrer após a ACR de todos os novos usuários que chegaram a UPA, ou seja, dos que ainda não passaram pelo ACR.

- Os usuários devem ser orientados a solicitarem uma nova reavaliação de sua classificação de risco sempre que houver piora dos sintomas relatados ou o surgimento de novos sinais e sintomas.
- Os usuários devem ser informados sobre a cor de sua classificação de risco através das pulseiras de identificação e a expectativa de tempo de espera para atendimento médico e/ou de enfermagem, ressaltando que este tempo poderá ser alterado dependendo do quadro clínico dos usuários que chegarem posteriormente.



2 – PRIORIDADE CLÍNICA⁵⁻¹¹

Cada prioridade do ACR possui características específicas, que determinam além do risco deste usuário, critérios que objetivam a manutenção da segurança deste atendimento, entre eles a qual profissional pode ser direcionado, onde deve aguardar, o tempo seguro para aguardar e quando será atendido ([Quadro 1](#)).

Sendo importante que o usuário seja orientado e informado sobre este processo e em qual prioridade ele foi classificado.

QUADRO 1 – PRIORIDADE CLÍNICA

PRIORIDADE	COR	DESCRIÇÃO
Emergência	Vermelho	Risco de morte iminente. Encaminhar diretamente para a sala de reanimação e avisar a equipe médica imediatamente . O ACR deve ser realizado após o atendimento da equipe. Será atendido imediatamente na sala de reanimação.
Muito urgente	Laranja	Encaminhar para a sala de reanimação e avisar a equipe médica. Atendimento médico em, no máximo, 15 minutos. Elevado risco de morte ou sofrimento. Será atendido com prioridade sobre os usuários classificados como amarelo, no consultório ou na sala de reanimação.
Urgência	Amarelo	Encaminhar para consulta médica em sala de espera priorizada. Tempo alvo: 60 minutos. Pode agravar sem atendimento. Será atendido com prioridade sobre os usuários classificados como verde, no consultório ou na sala de observação. Aguardar a consulta médica em sala de espera prioritária.
Intercorrência	Verde	Aguardar consulta médica em sala de espera. Tempo alvo: 2 horas. Será atendido após todos os usuários classificados como vermelho, laranja e amarelo. Aguardar a consulta médica em sala de espera.

PRIORIDADE	COR	DESCRIÇÃO
Queixa aguda ou crônica agudizada de demanda espontânea sem sinais de alerta ou gravidade	Branco Não classificável	Encaminhar para consulta de médica ou de enfermagem, conforme disponibilidade dos profissionais e/ou acúmulo de atendimentos dos profissionais envolvidos. Tempo alvo: 3 horas. Aguardar a consulta médica ou de enfermagem em sala de espera.
Casos crônicos sem sofrimento	Azul	Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social. Tempo alvo: 6 horas. Será atendimento após todos os usuários classificados como vermelho, laranja, amarelo e verde. Aguardar a consulta médica em sala de espera.

NOTA IMPORTANTE!

TODOS os usuários devem ser informados sobre a cor de sua classificação de risco através da pulseira de identificação e a expectativa de tempo de espera para atendimento médico e/ou de enfermagem, ressaltando que este tempo poderá ser alterado dependendo do quadro clínico dos usuários que chegarem posteriormente e que retornem para reavaliação em caso de alteração do quadro clínico.

3 – PRIORIDADE DE ATENDIMENTO DE CASOS ESPECIAIS

Alguns grupos de usuários são considerados no ACR como situações especiais. Esses usuários devem merecer atenção especial da equipe da ACR, tendo preferência de atendimento dentro da sua Classificação de Risco.

São eles:

- Idosos com mais de 80 anos,
- Idosos de 60 a 79 anos,
- Portador de necessidades especiais (PNE),
- Gestantes,
- Vítimas de abuso sexual,
- Usuários acamados,
- Escoltados ou envolvidos em ocorrências policiais,
- Usuários que retornam em menos de 24 horas sem melhora,
- Usuários que retornam, em até 24 horas, com resultados de exames laboratoriais ou de imagem solicitados no atendimento médico ou de enfermagem anterior na UPA.
- Usuário referenciado do Centro de Saúde conforme os fluxos pactuados,
- Usuário atendido pelo profissional médico ou de enfermagem ou odontólogo e que foi reavaliado, recebendo nova classificação de risco.

A organização do atendimento a este grupo de usuários deve ser organizada na unidade conforme as possibilidades disponíveis, podendo ser manual, informatizada, pré-estabelecidas entre os profissionais, ou disponibilizar local diferenciado para a espera do atendimento.

4 – REGISTRO OBRIGATÓRIO DO ACR NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO UPA SUL/NORTE

QUEIXA PRINCIPAL – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, ANAMNESE, EXAME FÍSICO, DIRECIONADO AOS SINAIS E SINTOMAS RELATADOS.

FLUXOGRAMA ESCOLHIDO.

DESCRITOR DO FLUXOGRAMA QUE DETERMINOU A PRIORIDADE.

PRIORIDADE – VERMELHO/LARANJA/AMARELO/VERDE/BRANCO/AZUL.

CONDUTA E ENCAMINHAMENTOS.



ENFERMAGEM

5 – ESPECIALIDADE DE ATENDIMENTO CONFORME A QUEIXA

Ao chegar à UPA, demandando necessidade aguda ou crônico-agudizada, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e cadastrado no sistema de prontuário informatizado e conforme a queixa principal ([Quadro 2](#)), o atendimento é encaminhado para a especialidade correspondente, sendo que os casos clínicos devem, obrigatoriamente, passar pelo Enfermeiros responsável pelo ACR.

São exceções o usuário que necessita de atendimento médico imediato e o trazido pelos serviços móveis de urgência e emergência que deve, primeiramente, ser encaminhado a sala vermelha para atendimento e, em um segundo momento, o registro do ACR.

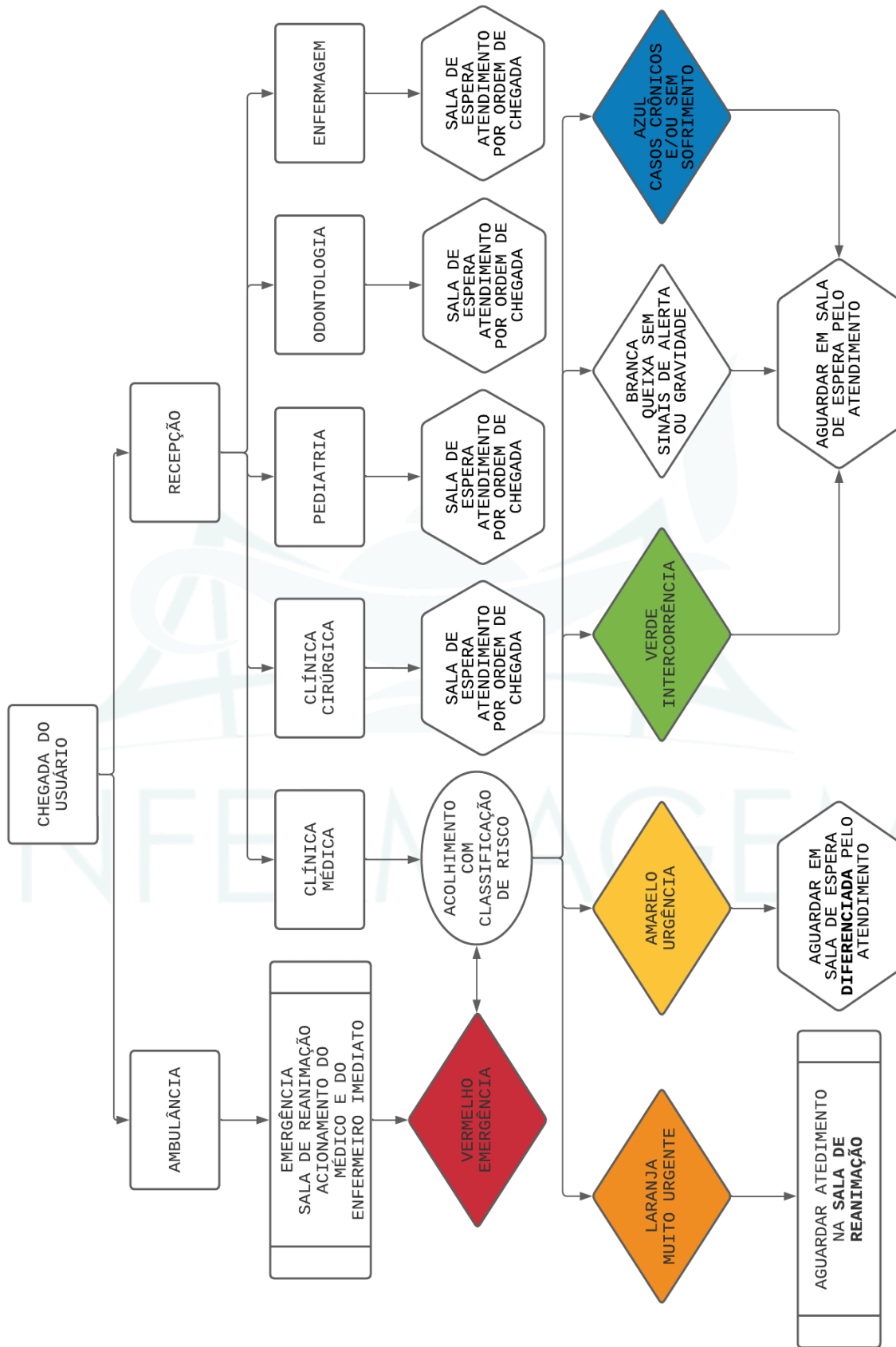
Os usuários que foram atendidos por uma outra especialidade (Cirúrgica e Odontológica) e que necessitam do atendimento da Clínica Médica devem ser encaminhados ao Enfermeiro para o ACR. São exceções os casos graves que devem ser transferidos diretamente de médico para médico, dando continuidade ao atendimento sem que haja necessidade de nova ACR.

Uma vez que o usuário está em atendimento médico ou já foi atendido, não deve retornar à sala de ACR para realização de procedimentos, aferição de outros sinais vitais complementares e demais demandas, pois o fluxo da sala de ACR deve ser de usuários que ainda não foram classificados. Estes usuários devem ser encaminhados a equipe de enfermagem.

QUADRO 2 – ATENDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E ENFERMAGEM

CASOS CLÍNICOS	CASOS CIRÚRGICOS	ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> ● Alteração aguda do estado neurológico e relato de convulsão, desmaio ou síncope, ● Alterações de glicemia capilar, ● Alterações de pressão arterial, ● Cefaleia, ● Dados vitais alterados com sintomas ● Distúrbios psiquiátricos e abstinência de álcool e drogas, ● Dor (sem história de trauma), ● Dor torácica, ● Exposição sexual (com ou sem consentimento) ou acidente com material biológico, ● Feridas crônicas sem sangramento e acidente com animais peçonhentos (inclui abelhas, maribondos, vespas, formigas, serpentes e lacraias), ● Gestação, trabalho de parto ou suspeita de gravidez ● Intoxicações agudas (via digestória/ respiratória/dérmica), ● Outros sintomas / queixas / eventos isolados: edema, icterícia, fraqueza, câimbras, atraso menstrual, atestado de saúde, realização de exames, ● Processos alérgicos, ● Queixas abdominais, vômitos, diarreia, ● Queixas oculares, ● Queixas respiratórias e sintomas gripais, ● Queixas urogenitais, ● Sangramentos, hematêmese, hematoquezia, melena, hemoptise, epistaxe, metrorragia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Abscessos, ● Corpo estranho, ● Cortes e suturas, ● Feridas agudas, ● Hemorroidas, ● Hérnia, ● Miíase, ● Mordeduras em geral, ● Queimaduras (incluindo água viva), ● Corpo estranho ou substância no olho, ● Trauma cranioencefálico – TCE, ● Traumas ocorridos em até 30 dias, ● Tunga penetrans (bicho de pé), ● Unha encravada, ● Procedimentos (curativos, drenagens), ● Torção testicular. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento com Classificação de Risco (Enfermeiro), ● Queixas agudas e crônicas agudizadas sem sinais de alerta ou gravidade (Enfermeiro), ● Aplicação de medicações (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem), ● Realização de curativos nos finais de semana, feriados e pontos facultativos (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem), ● Sondagens (Enfermeiro), ● Outras técnicas privativas ao Enfermeiro.

FLUXOGRAMA 1 – ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS NAS UPAS



6 – CONCEITOS IMPORTANTES

- **DIFICULDADE RESPIRATÓRIA** – É a dificuldade ou desconforto na respiração exigindo um maior esforço do sistema respiratório. O usuário pode apresentar taquipneia, taquicardia, tiragens intercostais, retração de fúrcula e utilização da musculatura acessória, porém ainda mantém valores de saturação de oxigênio acima de 95%¹².
- **INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA** – Insuficiência respiratória é caracterizada pela dificuldade do sistema respiratório em desempenhar adequadamente as trocas gasosas resultando numa incapacidade de manter os níveis de oxigênio e dióxido de carbono arteriais dentro dos níveis normais. Apresenta como principal característica a queda nos níveis de oxigênio avaliado inicialmente na sala de classificação através da queda da oximetria acompanhada de sinais como: cianose inquietação, sudorese, taquicardia, taquipneia tiragens intercostais, retração de fúrcula, saturação de oxigênio menor de 90% . Se não intervir rapidamente, pode rapidamente evoluir com alteração do nível de consciência, agitação, coma, fadiga/falência respiratória e parada respiratória¹³.
- **VÔMITO INCOERCÍVEL** – Episódios repetidos de vômito, incontrolável, e que tende a persistir.
- **SINAIS DE CHOQUE** – Choque pode ser definido como uma síndrome caracterizada pela redução da perfusão tecidual sistêmica, levando a disfunção orgânica. Em quadros típicos o usuário em choque instalado encontra-se com palidez cutâneo-mucosa, sudorese fria, tempo de enchimento capilar maior de segundos e com alteração do nível de consciência¹².
- **RELATO DE DIARREIA** – O relato de diarreia corresponde ao usuário que informa que apresenta fezes líquidas, porém que não apresentou episódios nas últimas horas.
- **RELATO DE VÔMITO** – O relato de vômito deve ser considerado quando ao usuário descreve episódios de vômitos nas últimas 24hs, porém não apresentou episódios nas últimas horas.

7 – AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS¹⁴⁻¹⁵

O objetivo da ACR é a definição da ordem do atendimento mediante avaliação do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada. É importante que a ACR seja rápida e dinâmica mantendo sua principal finalidade: garantir a segurança dos usuários que chegam e aguardam o primeiro atendimento.

Durante a ACR, não é obrigatória a verificação de todos os sinais vitais dos usuários que procuram os serviços de emergência, pelo contrário, para cada atendimento segue-se um fluxo estabelecido no protocolo que norteará a conduta, de acordo com o sintoma apresentado, para que assim, não se perca tempo com o que não é relevante naquele momento. No entanto, a avaliação dos sinais vitais traz maior segurança e deve sempre ser verificado quando influenciar na prioridade de atendimento ao usuário.

QUADRO 3 – PADRÕES DE VALORES PARA SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS	VALORES ALTERADOS
Pressão Arterial	PAS ≤ 80 MMHG PAS ≥ 140 PAD ≥ 90 MMHG
Frequência Cardíaca	≤ 50 BPM ≥ 100 BPM
Frequência respiratória	≤ 12 RPM ≥ 36 RPM
Temperatura	≤ 35,9°C ≥ 37,8°C
Oximetria	≤ 92 %
Glicemia	≤ 60 MG/DL ≥ 200 MG/DL

Fonte: MALACHIAS (2016) e BRITISH MEDICAL JOURNAL (2023).

8 – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A integralidade é uma condição a ser perseguida e aprimorada na atenção à saúde. Implica em acesso, ao direito de atenção no momento em que o usuário necessitar e no nível de atenção adequado, e na perspectiva do olhar profissional que considera o ser humano em sua multidimensionalidade. Para que ocorra, é necessário dentre muitos fatores, da integração da rede de serviços, uma vez que nenhuma unidade de saúde dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessárias para a solução da totalidade dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida¹⁶.

A referência se caracteriza pelo encaminhamento do usuário, de um nível de atenção de menor complexidade para outro de maior grau de complexidade. A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para outro de menor complexidade, ou seja, quando a continuidade do tratamento necessite de menos recursos tecnológicos e terapêuticos¹⁷.

Contrarreferência é fundamental na troca de informações no processo de alta e após o atendimento de intercorrência de um tratamento vigente, ou ainda, na ocorrência de um novo evento, possibilitando a continuidade do atendimento ao usuário pela APS, pois possibilita que os profissionais conheçam as necessidades e complexidades que serão enfrentadas no cuidado ao usuário. Informações inadequadas ou atrasadas durante este processo podem resultar em profissionais de saúde despreparados, reinternações desnecessárias e prolongamento de internações hospitalares¹⁷⁻¹⁸.

Portanto, visando padronizar esse trânsito do usuário dentro da rede municipal, principalmente, entre a APS e a UPA, o profissional deve adotar o preenchimento do formulário padronizado no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário eletrônico) com cópia impressa para o usuário e, sempre que possível, realizar contato telefônico com profissional que irá recebê-lo.

9 - DESIDRATAÇÃO

O exame físico é uma importante ferramenta para avaliar a presença de desidratação e instituição do cuidado adequado em usuários com queixas de diarreia e vômito. Após avaliação clínica do usuário, estabelece-se qual plano de intervenção e classificação de risco será adotada. O [Quadro 4](#) resume a classificação do grau de desidratação.

QUADRO 4 – GRAUS DE DESIDRATAÇÃO¹⁹

	HIDRATADO	DESIDRATADO	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Aspecto geral	Alerta	Irritado, com sede	Deprimido, comatoso
Olhos	Brilhantes com lágrima	Fundos, lágrimas ausentes	Muito fundos, sem lágrima
Mucosas	Úmidas	Secas	Muito secas
Turgor	Normal	Pouco diminuído	Muito diminuído
Pulso	Cheio	Palpável	Débil ou ausente
Perfusão	Normal	Normal	Alterada
Circulação (PA)	Normal	Normal	Diminuída/taquicardia
Diurese	Normal	Pouco diminuída	Oligúria/anúria
Redução do peso	0%	≤ 10%	> 10%

Fonte: Protocolo de Enfermagem Volume 4, 2016.

10 - ESCALA DA DOR






A mensuração da dor pode ser encarada como um desafio, devido sua característica subjetiva. Para que possamos quantificar a queixa de dor devem-se utilizar instrumentos multidimensionais, que avaliam suas características como intensidade, duração, localização, características e limitações decorrentes da dor.

Considera-se também associada a sinais e sintomas sugestivos de dor como sudorese, posição antálgica e face de dor²⁰⁻²¹.

Entre os instrumentos mais utilizados podemos citar a Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, nas quais zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável; a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste de uma linha reta, não numerada, indicando-se em uma extremidade a marcação de "sem dor", e na outra, "dor dilacerante"; Escala de Faces (EDF) e a Escala Comportamental (EC), onde o comportamento álgico é atribuído uma nota, questionando-se diretamente ao usuário sua lembrança da dor em função de suas atividades da vida diária²⁰⁻²¹.

No [quadro 5](#), incorporamos elementos das três escalas, associando com a cor da classificação de risco, para facilitar a mensuração da dor no ACR.

QUADRO 5 – RÉGUA DE AVALIAÇÃO DA DOR

				
0	1 2 3	4 5	6 7 8	9 10
SEM DOR	DOR LEVE	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR DILACERANTE
ATIVIDADES NORMAIS	POUCO IMPACTO NAS ATIVIDADES FAZ A MAIORIA DAS COISAS	CAUSA DIFICULDADES INTERROMPE CERTAS ATIVIDADES	INTERROMPE ATIVIDADES NORMAIS	INCAPACITANTE

Fonte: adaptado de BUSS; ARAUJO; FRAZILIO (2016) e OLIVEIRA; ROQUE; MAIA (2019).

11 – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Todo usuário que apresentar alterações neurológicas deve ser empregado a Escala de Coma de Glasgow ([Quadro 6](#)).

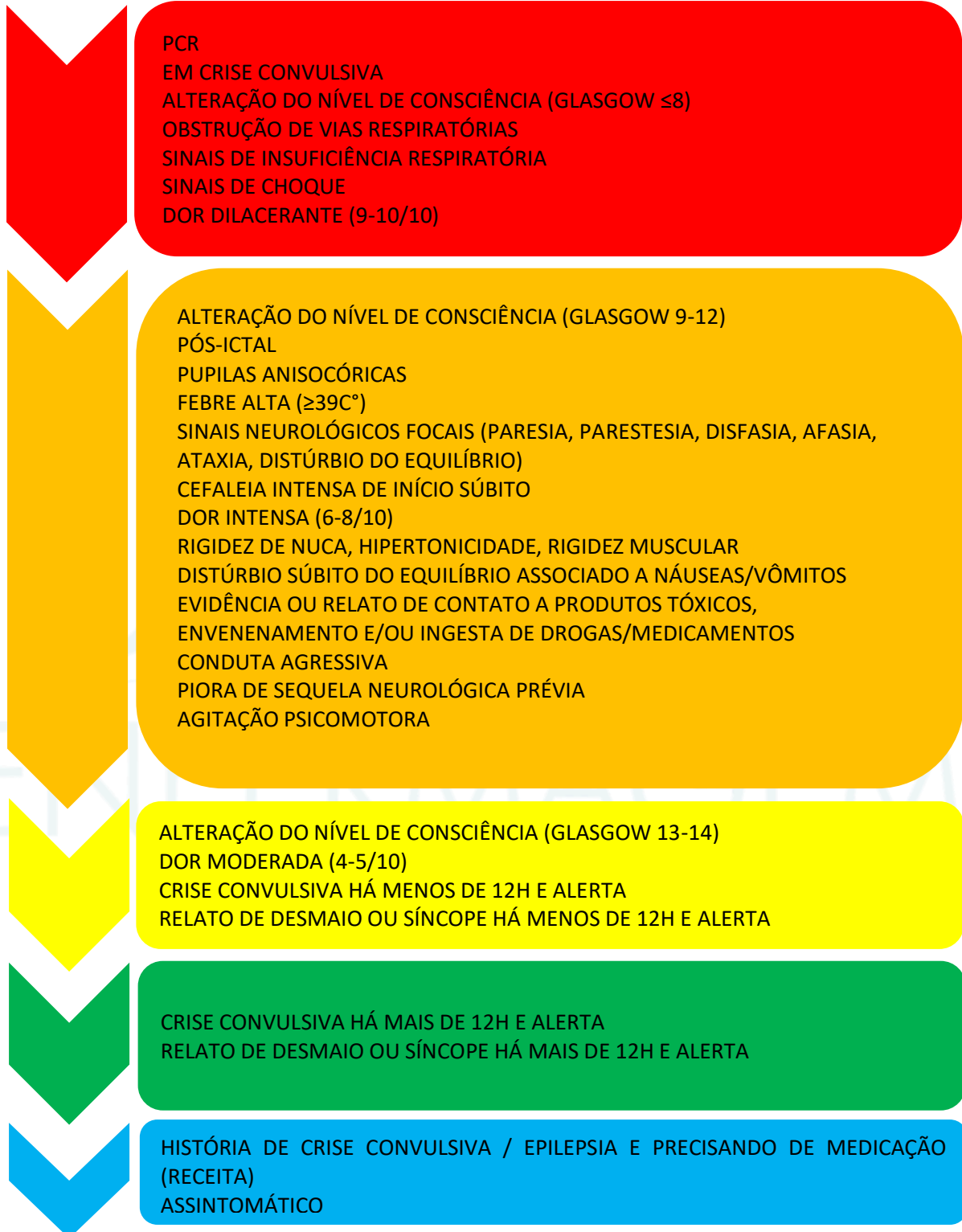
QUADRO 6 – ESCALA DE COMA DE GLASGOW²²⁻²³

ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM RESPOSTA PUPILAR			
CHECAR	OBSERVAR	ESTIMULAR	AVALIAR
Fatores que interferem na comunicação, na habilidade de responder e em outras alterações	Abertura dos olhos, o conteúdo da fala e os movimentos à direita e esquerda	Som: pedidos solicitados por fala ou gritos Físico: pressão na ponta dos dedos, trapézio ou entalhe supraorbital	Realizar classificação de acordo com as respostas mais observadas
PARÂMETRO	RESPOSTA OBTIDA	PONTUAÇÃO	
Melhor Resposta Ocular (O)	Abertura ocular espontânea	4	
	Abertura ocular ao chamado	3	
	Abertura ocular em resposta a dor	2	
	Sem abertura ocular	1	
Melhor Resposta Verbal (V)	Orientado	5	
	Confuso/Desorientado	4	
	Palavras inapropriadas	3	
	Sons incompreensíveis	2	
	Sem resposta verbal	1	
Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6	
	Localiza o estímulo doloroso	5	
	Reação inespecífica em resposta a dor	4	
	Flexão anormal em resposta à dor/decorticação	3	
	Extensão em resposta à dor/descerebração	2	
	Sem resposta motora	1	
REATIVIDADE PUPILAR (P)	Bilateral	0	
	Unilateral	-1	
	Inexistente	-2	
CLASSIFICAÇÃO (O + V + M) – P	TRAUMA LEVE	12-15	
	TRAUMA MODERADO	9-12	
	TRAUMA GRAVE	1-8	
Locais de estimulação física		Características das respostas de flexão	
Pressão das ponta do dedo Pinça de trapézio Entalhe supraorbital		Modificado com permissão de Van Der Naalt 2004 Ned Tijdschr Geneeskd	

Fonte: BRASIL (2023)

12 – FLUXOGRAMAS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO^{7-11,25-30}

1. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO NEUROLÓGICO E RELATO DE CONVULSÃO, DESMAIO OU SÍNCOPE



[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

2. ALTERAÇÕES DE GLICEMIA CAPILAR



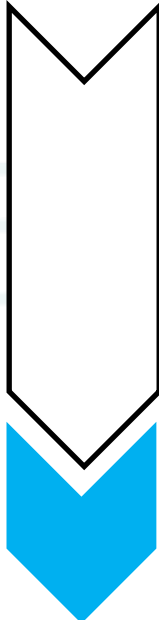
PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
GLICEMIA ≤ 50 MG/DL
GLICEMIA ≥ 500 MG/DL



ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
GLICEMIA ENTRE 51 E 70 MG/DL
GLICEMIA ENTRE 300 E 499 MG/DL
HÁLITO CETÔNICO
DESIDRATAÇÃO GRAVE



ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
GLICEMIA 200 E 299 MG/DL
SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
VÔMITOS (NA ÚLTIMA HORA)



GLICEMIA ENTRE 71 E 199 MG/DL
RELATO DE FEBRE (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)
RELATO DE VÔMITO (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)
RELATO DE POLIÚRIA (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)
RELATO DE POLIDIPSIA (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o [Protocolo de Enfermagem volume 1 – Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares](#) e/ou [Protocolo de Enfermagem volume 4 – Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto](#)

HISTÓRIA DE DIABETES E PRECISANDO DE MEDICAÇÃO (RECEITA)
ASSINTOMÁTICO

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

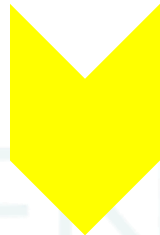
3. ALTERAÇÕES DE PRESSÃO ARTERIAL



PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
PAS ≥ 220 OU PAD ≥ 130 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 160 OU PAD ≥ 110 MMHG



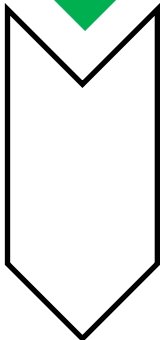
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
PAS ≥ 180 OU PAD ≥ 110 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 150 OU PAD ≥ 110 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 140 OU PAD ≥ 90 MMHG COM SINTOMAS RELACIONADOS
DOR TORÁCICA
DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS (PARESIA, PLEGIA, DISFASIA, AFASIA, ATAXIA, PARALISIA FACIAL)
EPISTAXE (COM SANGRAMENTO ATIVO)
CEFALEIA INTENSA (6-8/10) DE INÍCIO SÚBITO
RIGIDEZ DE NUCA, HIPERTONICIDADE, RIGIDEZ MUSCULAR
ANSIEDADE INTENSA, PÂNICO E IMPULSIVIDADE
VÔMITO INCOERCÍVEL



ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
PAS ≥ 160 E PAD ≥ 100 MMHG
GESTANTE COM PAS 140-159 OU PAD 90-109 MMHG SEM SINTOMAS
CEFALEIA MODERADA (4-5/10)
ANTECEDENTES DE LESÃO ÓRGÃO ALVO
DISTÚRBIOS VISUAIS



PAS < 160 E PAD < 100 MMHG COM SINTOMA RELACIONADO



PAS < 160 E PAD < 100 MMHG SEM SINTOMA RELACIONADO
CEFALEIA LEVE (1-3/10)
DOR LEVE (1-3/10)

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o Protocolo de Enfermagem volume 1 – Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares e/ou Protocolo de Enfermagem volume 4 – Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto



HISTÓRIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E PRECISANDO DE MEDICAÇÃO (RECEITA)
ASSINTOMÁTICO

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

4. CEFALEIA



PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR DILACERANTE (9-10/10)
PAS ≥ 220 OU PAD ≥ 130 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 160 OU PAD ≥ 110 MMHG



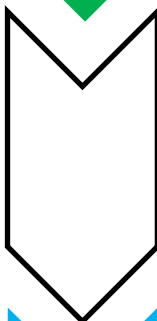
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
CEFALEIA INTENSA (8-10/10)
VÔMITO INCOERCÍVEL
SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS (PARESIA, PARESTESIA, DISFASIA, AFASIA, ATAXIA, DISTÚRBO DO EQUILÍBRIO)
PAS ≥ 180 OU PAD ≥ 110 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 150 OU PAD ≥ 110 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 140 OU PAD ≥ 90 MMHG COM SINTOMAS RELACIONADOS
RIGIDEZ DE NUCA, HIPERTONICIDADE, RIGIDEZ MUSCULAR



ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
CEFALÉIA MODERADA (4-5/10)
VÔMITOS (NA ÚLTIMA HORA)
PAS > 160 E PAD > 100 MMHG
GESTANTE COM PAS 140-159 OU PAD 90-109 MMHG SEM SINTOMAS



FOTOFOBIA
TONTURA
DOR FACIAL



DOR LEVE (1-3/10)
NÁUSEAS OU RELATO DE VÔMITOS (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)
RELATO DE FEBRE (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o [Protocolo de Enfermagem volume 4 – Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto](#)



ASSINTOMÁTICO

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

5. DADOS VITAIS ALTERADOS E/OU QUEIXA INESPECÍFICA

PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR DILACERANTE (9-10/10)
GLICEMIA ≤ 50 MG/DL ou GLICEMIA ≥ 500 MG/DL
PAS ≥ 220 OU PAD ≥ 130 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 160 OU PAD ≥ 110 MMHG
FC ≤ 40 OU ≥ 150 BPM
FR ≤ 10 OU ≥ 36 RPM
SATO₂ $\leq 90\%$

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
SINAIS DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
PAS ≥ 180 OU PAD ≥ 110 MMHG ou PAS ≤ 80 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 150 OU PAD ≥ 110 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 140 OU PAD ≥ 90 MMHG COM SINTOMAS RELACIONADOS
GLICEMIA ≤ 70 MG/DL ou GLICEMIA ≥ 300 MG/DL
FC ≤ 50 OU ≥ 130 BPM
FR ≤ 12 OU ≥ 30 RPM
SATO₂ $\leq 92\%$
FEBRE ALTA ($\geq 39^{\circ}$)

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
PAS > 160 E PAD > 100 MMHG
GESTANTE COM PAS 140-159 OU PAD 90-109 MMHG SEM SINTOMAS
GLICEMIA ≥ 200 MG/DL
FC ≤ 60 OU ≥ 100 BPM COM SINTOMAS RELACIONADOS
SATO₂ $\leq 94\%$ COM SINTOMAS RELACIONADOS
FEBRE ($37,8^{\circ}\text{C}$ A $38,9^{\circ}\text{C}$)

PAS < 160 E PAD < 100 MMHG COM SINTOMA RELACIONADO

PAS < 160 E PAD < 100 MMHG SEM SINTOMA RELACIONADO
RELATO DE FEBRE (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o [Protocolo de Enfermagem volume 1 – Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares](#) e [Protocolo de Enfermagem volume 4 – Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto](#).

SEM ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS E ASSINTOMÁTICO

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

6. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS E USO DE ÁLCOOL E DROGAS

PCR
EM CRISE CONVULSIVA
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
CRISE CONVULSIVA
DOR DILACERANTE (9-10/10)
TENTATIVA DE SUICÍDIO
GLICEMIA ≤ 50 MG/DL
PAS ≥ 220 OU PAD ≥ 130 MMHG

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
PÓS-ICTAL
DELÍRIOS, ALUCINAÇÕES, CONFUSÃO MENTAL, ANSIEDADE INTENSA, PÂNICO E IMPULSIVIDADE COM RISCO PARA SI E PARA OS OUTROS
CONDUTA AGRESSIVA
QUADRO DEPRESSIVO GRAVE (CHORO INCONSOLÁVEL)
HIPERTONICIDADE E RIGIDEZ MUSCULAR
HEMATÊMESE
DOR INTENSA (6-8/10)
GLICEMIA ≤ 70 MG/DL
VÔMITO INCOERCÍVEL
AGITAÇÃO PSICOMOTORA
PENSAMENTO SUICIDA

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
CRISE CONVULSIVA HÁ MENOS DE 12H E ALERTA
RELATO DE DESMAIO OU SÍNCOPE HÁ MENOS DE 12H E ALERTA
RELATO DE HEMATÊMESE

RELATO DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO
SINAIS DE EMBRIAGUEZ
HUMOR DEPRIMIDO
PERDA DE INTERESSE POR ATIVIDADES

PROCURA AJUDA PARA PARAR DE BEBER, SEM SINAIS E SINTOMAS NO MOMENTO
DEPRESSÃO CRÔNICA OU INSÔNIA RECORRENTE

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o Protocolo de Enfermagem volume 4 – Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto

HISTÓRIA DE DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO E PRECISANDO DE MEDICAÇÃO (RECEITA)
ASSINTOMÁTICO

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

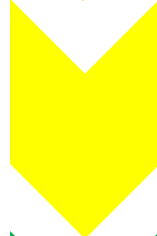
7. DOR (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA)



PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR PRÉ-CORDIAL
DOR DILACERANTE (9-10/10)



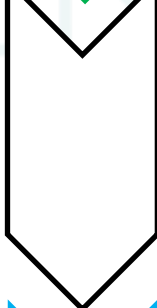
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
DOR INTENSA (6-8/10)
EDEMA GENERALIZADO (ANASARCA)
VÔMITO INCOERCÍVEL
SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS (PARESIA, PARESTESIA, DISFASIA, AFASIA, ATAXIA, DISTÚRPIO DO EQUILÍBRIO)
RIGIDEZ DE NUCA, HIPERTONICIDADE, RIGIDEZ MUSCULAR
RETENÇÃO URINÁRIA



ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
DOR MODERADA (4-5/10)
SINAIS DE RIGIDEZ DE NUCA
EDEMA LOCALIZADO COM FLOGOSE E SINAIS SISTÊMICOS



CIATALGIA, DOR LOMBAR OU EM EXTREMIDADES
EDEMA LOCALIZADO
OTORREIA
OTORRAGIA



DOR LEVE (1-3/10)
RELATO DE DOR DE GARGANTA (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)
RELATO DE DOR DE OUVIDO (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)
RELATO DE DOR LOMBAR (NAS ÚLTIMAS 24 HORAS)

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o [Protocolo de Enfermagem volume 4 – Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto](#)



HISTÓRIA DE DOR
ASSINTOMÁTICO

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

8. DOR TORÁCICA

PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR PRÉ-CORDIAL
DOR DILACERANTE (9-10/10)
PAS ≥ 220 OU PAD ≥ 130 MMHG

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
DOR INTENSA (6-8/10)
PAS ≥ 180 OU PAD ≥ 110 MMHG
ANSIEDADE INTENSA, PÂNICO E IMPULSIVIDADE
VÔMITO INCOERCÍVEL

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
DOR VENTILATÓRIO-DEPENDENTE OU QUE PIORA COM TOSSE
DOR MODERADA (4-5/10)
PAS ≥ 160 E PAD ≥ 100 MMHG
SINAIS DE ANSIEDADE

DOR LEVE (1-3/10) E/OU RECORRENTE SEM OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS

HISTÓRIA DE DOR
ASSINTOMÁTICO

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

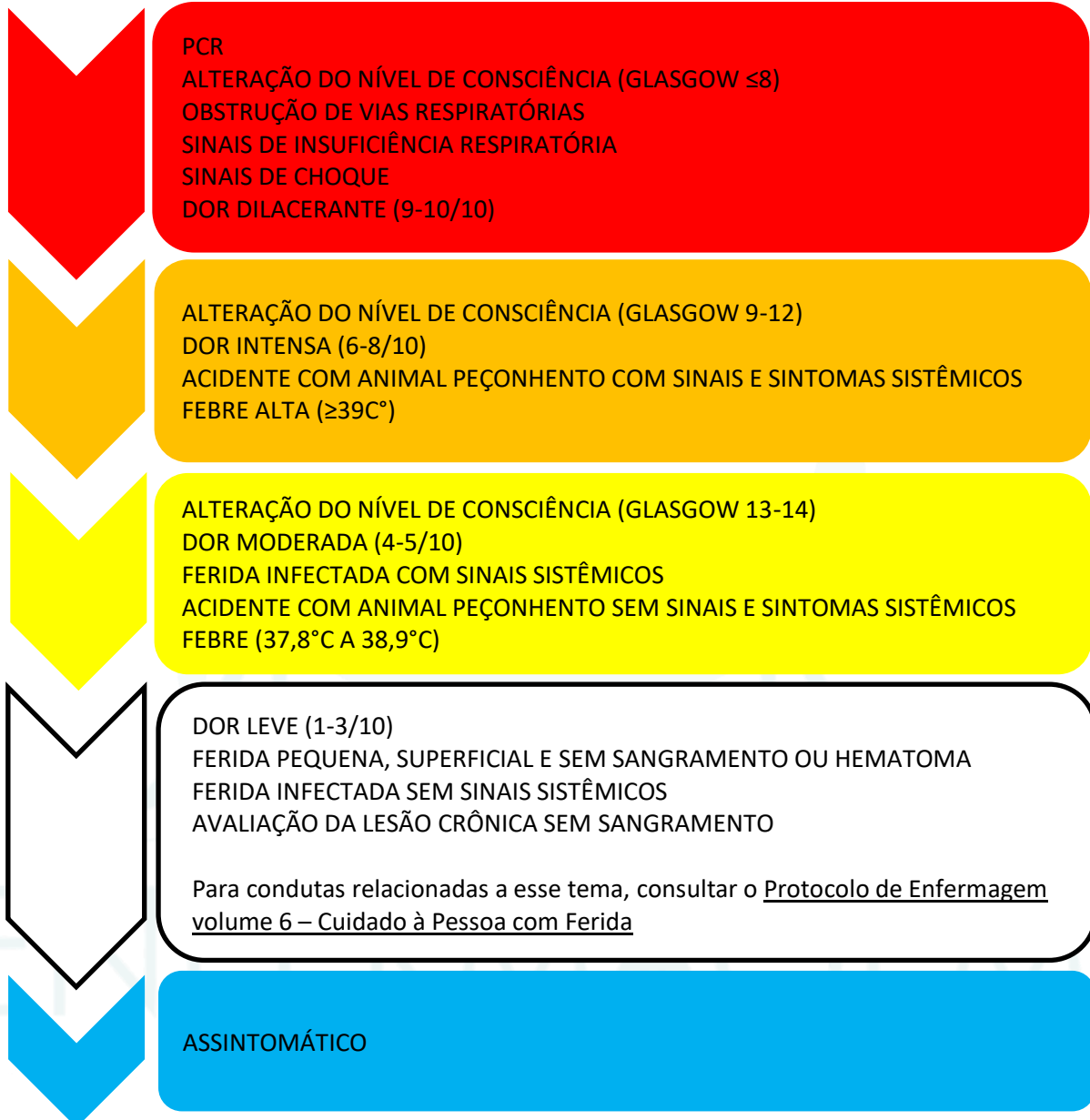
9. EXPOSIÇÃO SEXUAL (COM OU SEM CONSENTIMENTO) OU ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO



*USUÁRIO COM RELAÇÃO SEXUAL CONSENTIDA SEM PROTEÇÃO (ATÉ 72 HORAS), APÓS A ACR INICIARÁ O PROTOCOLO DA PEP ENQUANTO AGUARDAM CONSULTA MÉDICA E/OU DE ENFERMAGEM.

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

10. FERIDAS CRÔNICAS SEM SANGRAMENTO E ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS (INCLUI ABELHAS, MARIMBONDOS, VESPAS, FORMIGAS, COBRAS E LACRAIAS)



[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

11. QUEIXAS RELACIONADAS A SAÚDE DA MULHER, PUERPÉRIO, GESTAÇÃO, TRABALHO DE PARTO OU SUSPEITA DE GRAVIDEZ

PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR DILACERANTE (9-10/10)
HEMORRAGIA EXANGUINANTE
FRANCO TRABALHO DE PARTO
GESTANTE COM PAS ≥ 160 OU PAD ≥ 110 MMHG
RELATO DE AUSÊNCIA OU REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
SANGRAMENTO VAGINAL INTENSO
GESTANTE COM CONTRAÇÕES
GESTANTE COM PERDA DE LÍQUIDO
GESTANTE COM PAS ≥ 150 OU PAD ≥ 110 MMHG
GESTANTE COM PAS ≥ 140 OU PAD ≥ 90 MMHG COM SINTOMAS RELACIONADOS
DOR INTENSA (6-8/10)
SANGRAMENTO VAGINAL COM SUSPEITA DE GRAVIDEZ
FEBRE ALTA ($\geq 39^{\circ}\text{C}$)

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
DOR MODERADA (4-5/10)
GESTANTE COM PAS 140-159 OU PAD 90-109 MMHG SEM SINTOMAS
DISÚRIA INTENSA
GESTANTE COM VÔMITOS E/OU DIARREIA (NA ÚLTIMA HORA)
SINAIS E SINTOMAS DE MASTITE

DISÚRIA NA GESTANTE
LESÕES VULVARES EXTERNAS
IRREGULARIDADES MENSTRUAIS (FREQUÊNCIA, DURAÇÃO, VOLUME)

DOR LEVE (1-3/10)
DOR EM BAIXO VENTRE
CÓLICA MENSTRUAL
DISÚRIA EM MULHER
CORRIMENTO URETRAL
CORRIMENTO E/OU PRURIDO VAGINAL
DISPAREUNIA
ATRASSO MENSTRUAL (SUSPEITA DE GRAVIDEZ)
ALTERAÇÃO EMOCIONAIS EM GESTANTE E PUÉRPERA
QUEIXAS RELACIONADAS A AMAMENTAÇÃO

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o [Protocolo de Enfermagem volume 3 – Saúde da Mulher](#)

HISTÓRIA DE DOR
ASSINTOMÁTICO

12. INTOXICAÇÕES AGUDAS (VIA DIGESTÓRIA/RESPIRATÓRIA/DÉRMICA)



PCR
EM CRISE CONVULSIVA
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR DILACERANTE (9-10/10)
TENTATIVA DE SUICÍDIO



ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
RELATO DE INGESTÃO/CONTATO/INALAÇÃO HÁ MENOS DE 6H
DOR INTENSA (6-8/10)
VÔMITO INCOERCÍVEL
FEBRE ALTA ($>39^{\circ}\text{C}$)



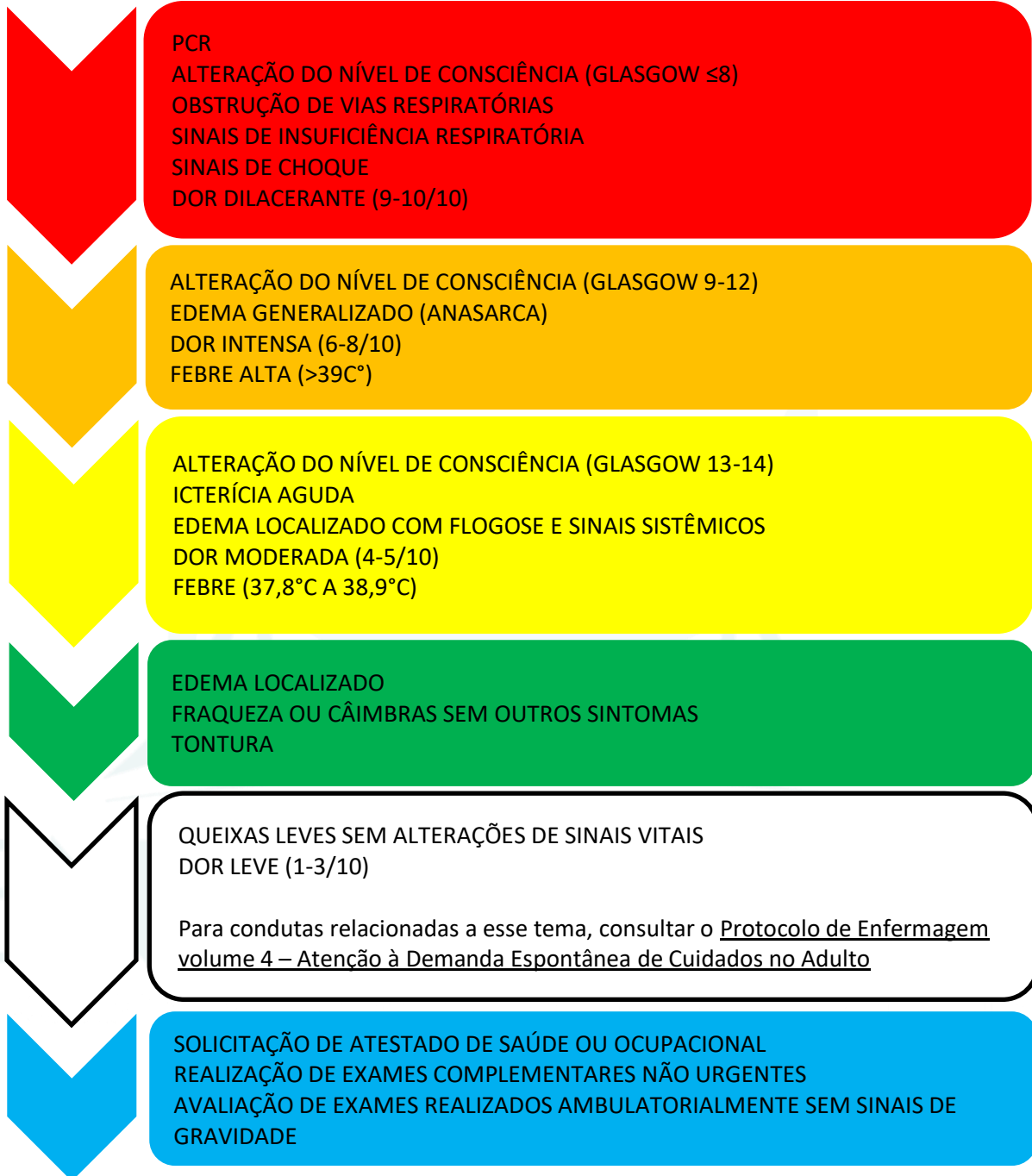
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
RELATO DE INGESTÃO/CONTATO/INALAÇÃO HÁ MAIS DE 6H COM SINTOMAS
PRURIDO E/OU IRRITAÇÃO INTENSA EM SUPERFÍCIE CORPORAL
DOR MODERADA (4-5/10)
FEBRE ($37,8^{\circ}\text{C}$ A $38,9^{\circ}\text{C}$)



RELATO DE INGESTÃO/CONTATO/INALAÇÃO HÁ MAIS DE 6H SEM SINTOMAS
ALTERAÇÕES DÉRMICAS APENAS LOCAIS
DOR LEVE (1-3/10)

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

13. OUTROS SINTOMAS / QUEIXAS / EVENTOS ISOLADOS: EDEMA, ICTERÍCIA, FRAQUEZA, CÂIMBRAS, ATESTADO DE SAÚDE, REALIZAÇÃO DE EXAMES



[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

14. PROCESSOS ALÉRGICOS

PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR DILACERANTE (9-10/10)

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
SINAIS DE ANGIOEDEMA (EDEMA DE PÁLPEBRAS, LÁBIOS, GARGANTA)
ESTRIDOR LARÍNGEO OU DIFICULDADE DE FALAR
SINAIS E SINTOMAS DE RÁPIDA PROGRESSÃO
DOR INTENSA (6-8/10)
FEBRE ALTA ($\geq 39^{\circ}\text{C}$)

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
DOR MODERADA (4-5/10)
PRURIDO E/OU IRRITAÇÃO INTENSA EM SUPERFÍCIE CORPORAL
FEBRE ($37,8^{\circ}\text{C}$ A $38,9^{\circ}\text{C}$)

PRURIDO DISCRETO
ERUPÇÃO CUTÂNEA
DOR LEVE (1-3/10)

QUADRO CRÔNICO OU RECORRENTE SEM SINAIS SISTÊMICOS
RENOVAÇÃO DE RECEITA

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

15. QUEIXAS ABDOMINAIS, VÔMITO, DIARREIA



[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

16. QUEIXAS OCULARES (SEM HISTÓRIA DE TRAUMA E CORPO ESTRANHO)



[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

17. QUEIXAS RESPIRATÓRIAS/SINTOMAS GRIPAIS



PCR
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW ≤ 8)
OBSTRUÇÃO DE VIAS RESPIRATÓRIAS
SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
SINAIS DE CHOQUE
DOR DILACERANTE (9-10/10)
FR ≤ 10 OU ≥ 36 RPM
SATO₂ $\leq 90\%$



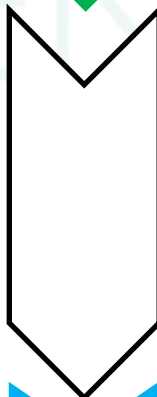
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 9-12)
ESTRIDOR LARÍNGEO OU DIFICULDADE DE FALAR
SINAIS DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
CIANOSE EM FACE OU LÁBIOS AZULADOS
DOR TORÁCICA VENTILATÓRIO-DEPENDENTE
SATO₂ ENTRE 90 E 95%
FR ≤ 12 OU ≥ 30 RPM
DOR INTENSA (6-8/10)
FEBRE ALTA ($\geq 39^{\circ}\text{C}$)



ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW 13-14)
ESFORÇO RESPIRATÓRIO LEVE
FEBRE ($37,8^{\circ}\text{C}$ A $38,9^{\circ}\text{C}$)
SINAIS DE RIGIDEZ DE NUCA
EDEMA LOCALIZADO COM FLOGOSE E SINAIS SISTÊMICOS



DOR TORÁCICA AO TOSSIR
TOSSE PERSISTENTE OU PRODUTIVA
SECREÇÃO NASAL AMARELO-ESVERDEADO
DOR DE GARGANTA COM PRESENÇA DE PLACAS



TOSSE
CORIZA
OBSTRUÇÃO/CONGESTÃO NASAL
DOR LEVE (1-3/10)
RELATO DE FEBRE
RELATO DE DOR DE GARGANTA SEM PRESENÇA DE PLACAS NA OROSCOPIA

Para condutas relacionadas a esse tema, consultar o [Protocolo de Enfermagem volume 4 – Atenção à Demanda Espontânea de Cuidados no Adulto*](#)



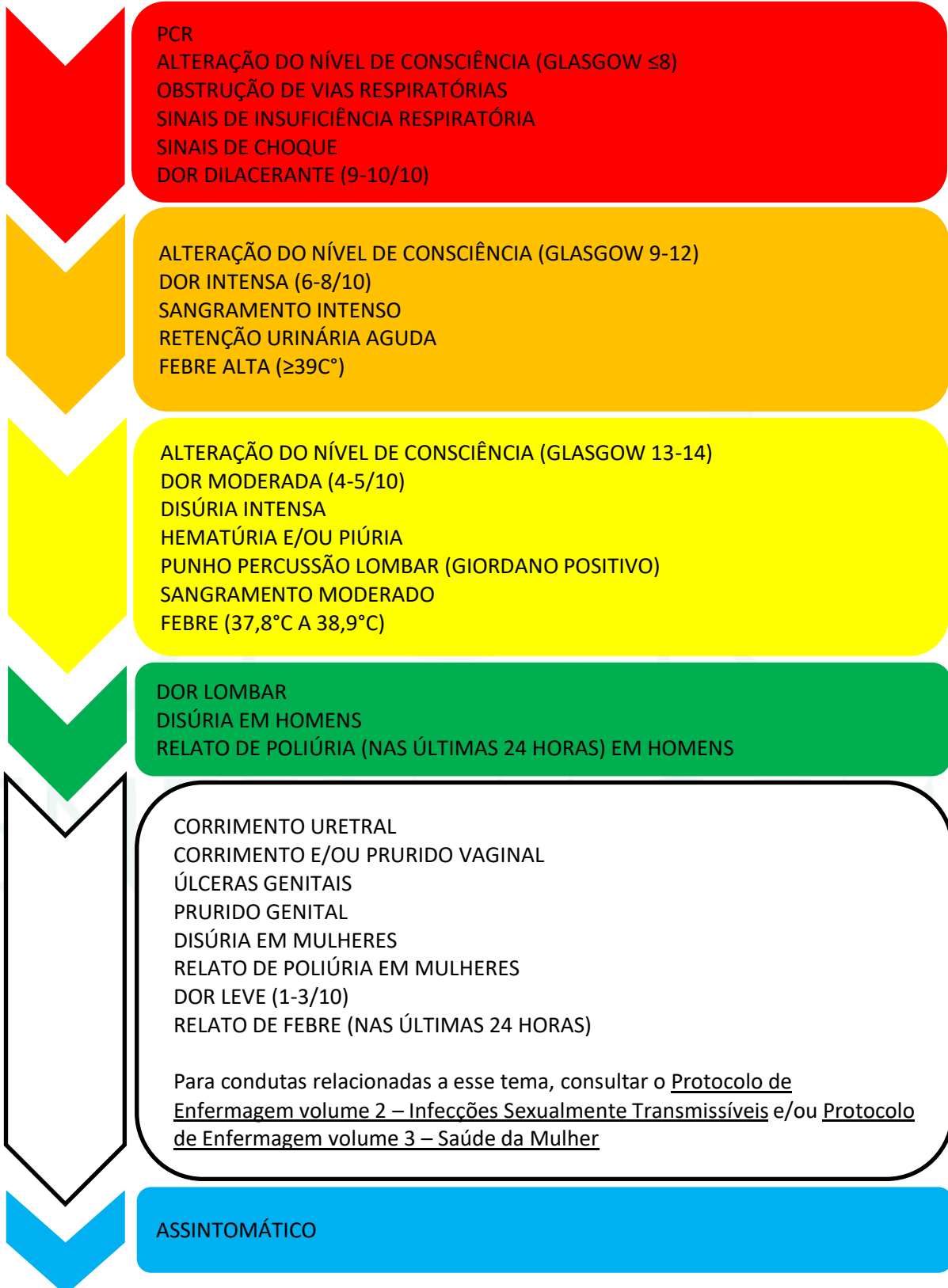
ASSINTOMÁTICO

*FATORES DE RISCO (EXIGEM AVALIAÇÃO MÉDICA):

- GESTAÇÃO E PUERPÉRIO;
- POPULAÇÃO IDOSA (ACIMA DE 60 ANOS);
- POPULAÇÃO INDÍGENA;
- PORTADOR DE CARDIOPATIAS, IMUNOSSUPRESSÃO, NEFROPATIAS, DIABETES DE DIFÍCIL CONTROLE, DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS, TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS, OBESIDADE.

[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

18. QUEIXAS UROGENITAIS



[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

19. SANGRAMENTOS, HEMATÊMESE, HEMATOQUEZIA, MELENA, HEMOPTISE, EPISTAXE, METRORRAGIA



[VOLTAR AO ÍNDICE DOS FLUXOGRAMAS](#)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. **Editora do Ministério da Saúde**, 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. **Editora do Ministério da Saúde**, 2009.
3. OLIVEIRA, S. N. DE et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 238–244, 2015.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. **Editora do Ministério da Saúde**, 2010.
5. COREN. PARECER COREN/SC Nº 661/2021: Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html/print/>. Acesso em: 01/07/2023.
6. COREN. PARECER COREN/SC Nº 009/CT/2015/PT: Acolhimento com Classificação de Risco. 2015. Disponível em: < <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-009-2015-Acolhimento-com-Classifica%C3%A7ao-de-Risco-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-Complexidade.pdf>>. Acesso em: 16/12/2020.
7. PREFEITURA DE GOIANIA. Manual de orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco. Goiânia: FMS, 2015.
8. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSE DO RIO PRETO. Protocolo de Classificação de Risco dos Usuários na rede de urgências e emergências. 2013.
9. PREFEITURA MUNICIPAL SÃO LUIS. Protocolo de acolhimento com classificação de risco: política municipal de humanização - socorrão I - socorrão II - hospital da criança. São Luís/MA; s.n; s.d.
10. JÚNIOR, E. A. S. et al. Acolhimento com Classificação de Risco - Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/prot%0Aocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodeasUp%0AasdeBH.pdf>>. Acesso em: 16/12/2020.
11. SANTA CATARINA. Protocolo Catarinense de acolhimento e classificação de risco. 1ªEd. Florianópolis/SC. 2022
12. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. Choque: última atualização em março de 2020. Disponível: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1013>.
13. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. Insuficiência Respiratória Aguda: última atualização em maio de 2020. Disponível: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/853>.
14. MALACHIAS, M.V.B., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. vol.107 no.3 supl.3 São Paulo Sept. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>.

15. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice. Vários Temas: Hipertensão essencial, Avaliação da Hipotensão, Insuficiência Respiratória, Bradicardia, Taquicardia, Hipertermia, Hipoglicemia e Hiperglicemia. Disponível: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br>.
16. QUEVEDO, A. L. A. DE et al. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. Rev. APS, v. 19, n. 1, p. 47–57, 2016.
17. PEREIRA, J. DE S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.
18. LA ROCCA, A.; HOHOLM, T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. BMC Health Services Research, v. 17, n. 1, p. 2–14, 2017.
19. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 4 - Demanda espontânea do Adulto. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>.
20. BUSS, A. A. Q.; ARAUJO, T.; FRAZILIO, A. **Avaliação da dor na estratificação de risco: preditor de priorização do atendimento em serviço de emergência hospitalar.** Disponível em: <<http://www.conahp.org.br/assets/files/posteres/229.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2018.
21. OLIVEIRA DSS, ROQUE VA, MAIA LFS. A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. São Paulo: **Revista Recien**. 2019; 9(26):40-59
22. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF GLASGOW. **Glasgow Coma Scale**. Disponível em: <<https://www.glasgowcomascale.org>>. Acesso em: 01/07/2023.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Escala de Coma de Glasgow**. Disponível em: <[https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/glasgow](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/glasgow)>. Acesso em: 01/07/2023.
24. DA SILVA OLIVEIRA, Daniele Senhorinha; DE ARAUJO ROQUE, Vanessa; DOS SANTOS MAIA, Luiz Faustino. A DOR DO PACIENTE ONCOLÓGICO: AS PRINCIPAIS ESCALAS DE MENSURAÇÃO. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 9, n. 26, 2019.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. **Editora do Ministério da Saúde**, 2017.
26. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 1 - Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>.
27. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 2 - Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em Saúde Coletiva. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>.

28. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>.
29. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 5 - Atenção à demanda de cuidados na criança. Florianópolis, 2018. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>.
30. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 6 - Cuidado à pessoa com ferida. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>.



ENFERMAGEM