



PREFEITURA DE  
**LONDRINA**

Secretaria Municipal de  
Saúde

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM  
AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS  
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**LONDRINA  
2022**



**PREFEITURA DE  
LONDRINA**

Secretaria Municipal de  
Saúde

**MARCELO BELINATI MARTINS**  
PREFEITO

**CARLOS FELIPPE MARCONDES MACHADO**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

**CLEITON JOSÉ SANTANA**  
DIRETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE

**RENATA MORAIS ALVES**  
GERENTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE

**DOUGLAS LIMA MOURO**  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA

**Secretaria Municipal de Saúde de Londrina**  
Av. Theodoro Victorelli, 103 – CEP 86027-750 | Telefone: (43) 3372-9434  
*e-mail:* [gabinete@saude.londrina.pr.gov.br](mailto:gabinete@saude.londrina.pr.gov.br)



PREFEITURA DE  
**LONDRINA**

Secretaria Municipal de  
Saúde

**PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA**

**Superintendência** – Carlos Felipe Marcondes Machado

**Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde** – Cleiton José Santana

**Gerência de Urgência e Emergência em Saúde** – Renata Morais Alves

**Endereço:**

Av. Theodoro Victorelli, 103

CEP 86027-750

Telefone (43) 3378-0101

E-mail: [dues@asms.londrina.pr.gov.br](mailto:dues@asms.londrina.pr.gov.br)

Site: [www.londrina.pr.gov.br/saude](http://www.londrina.pr.gov.br/saude)

1ª Edição. 2022

Catálogo:

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de  
Saúde. **Protocolo de Acolhimento com Avaliação e  
Classificação de Risco dos Serviços de Urgência e Emergência**  
1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2019.  
p. : il. color.--

Organização: Renata Morais Alves, Cleiton José Santana,  
Douglas Lima Moura, Sonia Maria Nascimento – Núcleo de Educação em  
Urgência – Londrina. I. Título.

CDU: **323-3\***



PREFEITURA DE  
**LONDRINA**

Secretaria Municipal de  
Saúde

**EQUIPE RESPONSÁVEL:**

**ORGANIZADORES:**

Renata Moraes Alves

Douglas Lima Mouro

Cleiton José Santana

Sonia Maria Nascimento

**ENFERMEIROS AUTORES:**

Cleiton José Santana

Douglas Lima Mouro

Katia Fermino da Silva

Márcia Valéria Zacarias

Priscila Aparecida Batista de Paiva

Renata Moraes Alves

Sônia Nascimento

Talita Alves Victrio

Willian Paduan

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APH: Atendimento Pré Hospitalar  
DUES: Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde  
ECG: Escala de Coma de Glasgow  
EVA: Escala Visual Analógica  
FC: Frequência Cardíaca  
FR: Frequência Respiratória  
HGT: Hemogluco teste  
IAM: Infarto Agudo do Miocárdio  
MMSS: Membros Superiores  
MS: Ministério da Saúde  
PA: Pronto Atendimento  
PAD: Pressão Arterial Diastólica  
PAS: Pressão Arterial Sistólica  
PCR: Parada Cardiorrespiratória  
PNH: Política Nacional de Humanização  
PNAU: Política Nacional de Atenção as Urgências  
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SMS: Secretaria Municipal de Saúde  
SUS: Sistema Único de Saúde  
SSVV: Sinais Vitais  
TCE: Trauma crânio encefálico  
TEC: Tempo de enchimento capilar.  
TP: Temperatura  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UPA: Unidade de Pronto Atendimento  
UPA CO: Unidade de Pronto Atendimento Maria Angélica Castoldo – Centro Oeste  
UPA SABARÁ: Unidade de Pronto Atendimento Francisco Arruda Leite - Sabará

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Quadro demonstrativo do Método Mnemônico SAMPLE, utilizado no início da Avaliação Secundária preconizada pelo Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS – 2021)	11
<b>Quadro 2</b>	Quadro demonstrativo do Método Mnemônico SAMPLER, utilizado no início da Avaliação preconizada pelo Atendimento das Emergências Clínicas Pré-Hospitalares (AMLS – 2022)	12
<b>Quadro 3</b>	Quadro de demarcação da classificação de risco do indivíduo em atendimento nos serviços lotados na DUES.	13

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	08
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>3. FLUXO DE ATENDIMENTO</b> .....	11
<b>4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b> .....	17
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	25
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26
<b>ANEXOS</b> .....	28
1 Atendimento Prioritário – CI nº 217/2014 GAB/MAS.....	29
2 Atendimento Prioritário – Orientação nº 1.848/2014 PGM Londrina.....	31
3 Escala de Coma de Glasgow adulto e pediátrica e a avaliação pupilar.....	35
4 Regra dos Nove adulto e pediátrica para avaliação inicial de queimaduras.....	42
5 Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação da dor.....	43
6 Escore National Early Warning Score 2 - NEWS 2 .....	44
7 Classificação de Risco em Caso de Suspeita de Sepsis .....	45
8 Escala de Dispneia (modificada de Borg) .....	46
9 Escala de Cincinnati .....	47

## 1. APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que apresentamos o Protocolo destinado especificamente ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco, revisado, a ser implementado nas seguintes unidades da Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde – DUES da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Londrina:

Unidade de Pronto Atendimento Maria Angélica Castoldo - UPA CO 24h;  
Unidade de Pronto Atendimento Francisco Arruda Leite - UPA Sabará 24h;  
Pronto Atendimento Adão Pinto Rosa – PA Leonor 24h;  
Pronto Atendimento Admilson Soares Ramos da Cruz – PA Maria Cecília 18h; e  
Pronto Atendimento Orlando Cestari – PA União da Vitória – 16h.

A elaboração deste protocolo permite compreender e aprimorar a execução da classificação de risco, prevista em diversas políticas do Sistema Único de Saúde, pode se constituir em potente tecnologia aplicada a gestão do cuidado e dos serviços de urgência e emergência. O presente estudo constitui um enorme desafio aos coordenadores de enfermagem dos Serviços de Urgência e Emergência em saúde, uma vez que exigiu destes, comprometimento, estudo sobre a temática, reflexão crítica sobre a realidade do serviço em que atuam, além de discussões em grupo e produção escrita das conclusões definidas pelos autores.

Assim, edificou-se este trabalho por muitas mãos, que baseado em Protocolos do Ministério da Saúde (MS), de outros serviços, bem como de acordo com as experiências vividas e em conformidade com o contexto dos Serviços de Urgência e Emergência em Saúde de Londrina, visa direcionar a reconstrução do processo de acolhimento com classificação de risco desenvolvido nos serviços supracitados.

No entanto, entendemos que este trabalho não se encerra aqui, e que processos de trabalho devem receber avaliações constantes com olhares múltiplos e críticos, de maneira a manterem-se atualizados e em frequente qualificação, com o intuito de implementar sempre que necessário, e associando os processos de organização desses serviços e procedimentos que ofertem atendimento de excelência a população.



## 2. INTRODUÇÃO

Os atendimentos à saúde de indivíduos em situação de urgência e emergência fazem desta área um importante componente da assistência global à saúde. O número de acidentes e violências urbanas aumentou exponencialmente nos últimos anos. Houve também o aumento de doenças crônicas, que são geradoras de importantes números de visitas em nosso serviço, por seus eventos agudos. Diante desse cenário, a reorganização das entradas dos usuários tornou-se primordial. Para tanto, em situações nas quais a demanda excede a capacidade de atendimento do serviço. Tais práticas ou tecnologias organizadoras de fluxo prestam-se a identificar e reduzir o número de óbitos, o tempo de internações em hospitais e sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. Garantindo assim, a prestação de atendimento de alta qualidade e resolutividade, para o alcance do objetivo primordial que é a excelência no atendimento.

O Ministério da Saúde (MS) vem atuando, no sentido de melhorar este cenário e ofertar à população o direito integral à saúde, inclusive em situações emergenciais. Em 2002, por meio da Portaria 2.048, o MS propôs a implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (APH) e fixo e em 2004 instituiu o protocolo de acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência. Tais medidas visam organizar, agilizar e qualificar o atendimento a indivíduos em situação de urgência e emergência (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta que o Acolhimento com Classificação de Risco, deve ser visto como uma ferramenta assistencial, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Permitindo a reorganização dos processos de trabalho com o intuito de aprimorar e consolidar o Sistema Único de Saúde, transformando a forma do atendimento prestado ao usuário, e conseqüentemente, os resultados alcançados (HUMANIZA SUS, 2013).

A Portaria 2.048 decreta a implantação nas unidades de atendimentos de urgências, o acolhimento com classificação de risco, possibilitando abrir processos de aprendizado, reestruturando as práticas assistenciais e valores, assim, avançando em ações humanizadas.

Este processo, “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico, conhecimento e habilidades na utilização de protocolos pré-

estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

No Brasil, os serviços de urgência e emergência apresentam filas enormes e na maioria das vezes o critério utilizado para a ordem de atendimento é o horário de chegada. Esta prática foi e ainda é utilizada em muitos serviços emergenciais. No entanto, a não diferenciação do risco e/ou grau de sofrimento do indivíduo, pode causar o seu agravamento ou até a sua morte.

Neste cenário se faz imprescindível lembrar que apenas a implantação de um protocolo que viabilize a classificação dos indivíduos em espera em um serviço emergencial, não é suficiente. Faz-se necessária a integração da rede, conhecimento da política ministerial e protocolos locais, orientação em massa da população sobre o funcionamento da classificação de risco, e comprometimento dos profissionais da saúde envolvidos no processo de intervenções, que ajudariam na resolutividade dos problemas identificados.

Os serviços da Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde (DUES) do Município de Londrina utilizam desde 2009 o protocolo de acolhimento com classificação de risco, conforme o indicado e padronizado pelo MS, com algumas adequações.

Todavia, há uma necessidade de aprimoramento constante desses fluxos nos serviços e as equipes envolvidas no processo perceberam pouca diferença nos resultados, observando a necessidade de reavaliar a prática de acolhimento com classificação de risco realizada nos seguintes serviços: Unidade de Pronto Atendimento Francisco Arruda Leite (UPA Sabará), Unidade de Pronto Atendimento Maria Angélica Castoldo (UPA CO), Pronto Atendimento Adão Pinto Rosa - PA Leonor 24h, Pronto Atendimento Admilson Soares Ramos da Cruz - PA Maria Cecília 18h e Pronto Atendimento Orlando Cestari – PA União da Vitória 16h.

Pensando em melhorar o serviço ofertado, em relação à resolutividade e qualidade, os coordenadores de enfermagem dos serviços supracitados, o enfermeiro do núcleo de educação em urgência – SAMU 192, além do diretor e o gerente de urgência e emergência em saúde se reuniram para repensar o processo e sugerir mudanças.

### 3. FLUXO DE ATENDIMENTO

O indivíduo que buscar os serviços de atendimento emergencial lotados na DUES, será recebido pela equipe administrativa na recepção da unidade e terá seu prontuário “aberto” para atendimento, em seguida será chamado para a realização do acolhimento com classificação de risco, que terá supervisão direta do enfermeiro.

No momento do acolhimento com classificação de risco, o indivíduo em atendimento terá sua história ouvida, desde a queixa principal, até as informações colhidas no histórico utilizado na urgência e emergência, conhecido como Método Mnemônico SAMPLE, conforme quadro abaixo, e terá os seguintes sinais vitais verificados: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e escala de dor, além da verificação da oximetria de pulso.

**Quadro 1:** Quadro demonstrativo do Método Mnemônico SAMPLE, utilizado no início da Avaliação Secundária preconizada pelo Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS – 2021):

#### Histórico SAMPLE

S	SINTOMAS	Do que o doente se queixa? Início, frequência e intensidade? Dificuldade Respiratória? Dormência? Formigamento?
A	ALERGIAS	Principalmente a medicamentos.
M	MEDICAÇÕES	Medicamentos prescritos ou não que o doente usa regularmente.
P	PASSADO MÉDICO E ANTECEDENTE CIRURGÍCO	Problemas clínicos importantes para os quais o doente recebe tratamento; inclui cirurgias prévias. Ex: Obesidade, HAS, DM, tabagista etc.
L	LIQUÍDOS E ALIMENTOS	Muitos doentes traumatizados necessitarão de cirurgia, e alimentação recente pode aumentar o risco de vômito e aspiração durante a indução da anestesia.
E	AMBIENTE	Ambiente e eventos relacionados ao trauma.

Fonte: Adaptado: Capítulo 6: Avaliação e Atendimento do doente. Histórico SAMPLE. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado– 2022

Uma outra abordagem para obter o histórico médico do doente é através do mnemônico SAMPLER utilizado no AMLS (Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas). Nessa abordagem é acrescentado o R (Fatores de Risco). Fatores de risco para uma determinada condição pode ser ambiental, sociais, psicológica ou familiares. É levado em consideração se o doente consegue tomar suas medicações de forma correta, se mora sozinho, se ele é acamado, depende de alguém para se alimentar. Outros fatores de risco importantes para problemas médicos incluem diabetes, obesidade, gênero, etnia, hipertensão, idade, tabagismo (AMLS – 2022):

**Quadro 2:** Quadro demonstrativo do Método Mnemônico SAMPLER, utilizado no início da Avaliação preconizada pelo Atendimento das Emergências Clínicas Pré-Hospitalares (AMLS – 2022):

### Histórico SAMPLER

S	SINAIS E SINTOMAS	Do que o doente se queixa? Início, frequência e intensidade? Dificuldade Respiratória? Dormência? Formigamento?
A	ALERGIAS	Principalmente a medicamentos.
M	MEDICAÇÕES	Medicamentos prescritos ou não que o doente usa regularmente.
P	PASSADO MÉDICO E ANTECEDENTE CIRURGÍCO	Problemas clínicos importantes para os quais o doente recebe tratamento; inclui cirurgias prévias.
L	LIQUÍDOS E LANCHES	Muitos doentes traumatizados necessitarão de cirurgia, e alimentação recente pode aumentar o risco de vômito e aspiração durante a indução da anestesia.
E	EVENTOS QUE PRECEDERAM O QUADRO	Ambiente e eventos relacionados ao evento clínico e/o traumático.
R	FATORES DE RISCO	Doente mora sozinho, sabe tomar as medicações adequadamente, tem risco de quedas...

Fonte: Adaptado: Capítulo 1: Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas. Histórico SAMPLER. Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas - 2022

A verificação da glicemia capilar deve ocorrer a todo indivíduo em atendimento que seja portador de Diabetes Mellitus e/ ou em indivíduos com sinais e sintomas de hiper ou hipoglicemia, alterações do nível de consciência e cetoacidose diabética.

Em uso das informações coletadas no acolhimento, com base neste protocolo, o paciente será classificado de acordo com seu risco de vida e/ou grau de sofrimento, podendo ser classificado nas seguintes cores: VERMELHO, AMARELO, VERDE PRIORITÁRIO, VERDE OU AZUL.

Após a sua classificação no setor de acolhimento, este indivíduo em atendimento receberá uma pulseira (contendo os dados de identificação: nome completo e idade do usuário, ID, nome da mãe, data e horário da abertura da ficha, dia da semana e número de identificação da Unidade de Atendimento) da cor em que foi classificado, afixada em seu punho direito e será encaminhado de acordo com o fluxograma da cor de sua classificação. Caso o prontuário eletrônico ainda não esteja em uso nos serviços da DUES, os prontuários manuais deverão conter no canto superior direito da página, um quadro com local para demarcação manual da classificação de risco, utilizando a letra X, destacando assim a cor em que o indivíduo foi classificado.

**Quadro 3:** Quadro de demarcação da classificação de risco do indivíduo em atendimento nos serviços lotados na Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde – DUES:

	VERMELHO		AMARELO
	VERDE PRIORITÁRIO		VERDE

Fonte: Protocolo de Classificação de Risco da Prefeitura Municipal de Saúde de Londrina, 2021.

Com as devidas identificações, indivíduo e seu prontuário serão encaminhados ao local indicado para atendimento conforme a sua classificação. Para tanto, o profissional do acolhimento deverá conhecer os fluxos de admissão, encaminhamentos por eixos (vermelho, amarelo, verde prioritário e verde) e alta, com o intuito de dar direcionamento adequado ao paciente, independente deste ter dado entrada na unidade por procura direta ou encaminhamento de demais serviços (UBS, SAMU e outros serviços de APH).

A classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, o usuário que ainda não foi atendido ou mesmo daquele cujo tempo de espera após a classificação é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo, seja reavaliado pela equipe de

acolhimento e tenha seu risco reclassificado podendo em caso de alterações da primeira avaliação e classificação, sofrer intervenções diferentes.

Os fluxos das cinco unidades da DUES que utilizam este protocolo estão descritos a seguir:

• **UPA Maria Angélica Castoldo – UPA CO 24h:**

- VERMELHO: encaminhar diretamente à sala de emergência da unidade para atendimento médico imediato ou comunicar imediatamente ao médico.
- AMARELO: encaminhar à sala de macas da unidade para aguardar atendimento médico rápido.
- VERDE PRIORITÁRIO: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.
- VERDE: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.

• **Unidade de Pronto Atendimento Francisco Arruda Leite – UPA SABARÁ 24h:**

- VERMELHO: encaminhar diretamente à sala de emergência da unidade para atendimento médico imediato ou comunicar imediatamente ao médico.
- AMARELO: encaminhar à sala de macas da unidade para aguardar atendimento médico rápido.
- VERDE PRIORITÁRIO: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.
- VERDE: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.

• **PA Adão Pinto Rosa – Leonor 24h:**

- VERMELHO: encaminhar diretamente à sala de emergência da unidade para atendimento médico imediato ou comunicar imediatamente ao médico.
- AMARELO: encaminhar a sala de espera frente aos consultórios ou enfermaria para aguardar atendimento médico rápido.

- VERDE PRIORITÁRIO: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.
- VERDE: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.

• **PA Admilson Soares Ramos da Cruz - Maria Cecília 18h:**

- VERMELHO: encaminhar ao leito de estabilização situado à sala de pós consulta ou comunicação imediata ao médico.
- AMARELO: encaminhar para sala específica, para aguardar atendimento médico rápido.
- VERDE PRIORITÁRIO: após classificação será reencaminhado à sala específica, onde aguardará atendimento médico.
- VERDE: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.

• **PA Orlando Cestari – União da Vitória 16h:**

- VERMELHO: encaminhar diretamente à sala de emergência da unidade para atendimento médico imediato ou comunicar imediatamente ao médico
- AMARELO: encaminhar para o espaço de espera interno, localizado em frente aos consultórios médicos para aguardar atendimento médico rápido.
- VERDE PRIORITÁRIO: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.
- VERDE: após classificação será reencaminhado à sala de espera, onde aguardará atendimento médico.

Ao término do atendimento, o indivíduo assistido nestes serviços deverá ter um dos encaminhamentos descritos a seguir:

- Melhora do quadro com resolução adequada das queixas apresentadas: alta médica.
- Melhora do quadro com resolução parcial das queixas apresentadas: alta médica, com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial, visto que não configura mais situação de urgência e emergência e/ou manutenção ou piora do quadro com recursos

insuficientes no serviço para atender as demandas do indivíduo assistido, com encaminhamento responsável a um serviço de complexidade equivalente ou maior que a necessidade do mesmo.

Nas situações de alta médica, o paciente deve ter sua pulseira de identificação removida, apenas após a realização das orientações de alta necessárias de todas as categorias profissionais envolvidas em seu atendimento, sempre com registro em prontuário.

### **Competências de cada integrante:**

**Recepção:** Confeção de abertura de prontuário, orientar fluxo e encaminhar para o acolhimento com humanização e classificação de risco;

**Auxiliares e técnicos de enfermagem:** Auxiliar, proceder e verificar, sob supervisão do enfermeiro e de forma conjunta a esse, os SSVV, histórico de saúde e fatores de risco, confeção da pulseira de classificação e identificação;

**Enfermeiro:** Coordenar o acolhimento e humanização com classificação de risco, avaliar os pacientes críticos e graves, colaborar no processo de classificação de risco em sua esfera educativa, fluxos e demandas, confeção da pulseira de classificação e identificação;

**Médico:** Chamar pacientes/clientes. Conforme a classificação (se necessário reclassificar conforme avaliação e tomada de decisão sobre a classificação anterior).



#### 4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco utiliza-se dos **sinais e sintomas** apresentados pelo indivíduo em atendimento para que este venha a ter seu risco de vida e/ou grau de sofrimento estimado e conduzido dentro dos serviços de saúde com o intuito de minimizar danos e morte, com prestação de atendimento de alta qualidade e resolutividade.

A seguir listaremos os sinais e sintomas que podem ser apresentados pelo indivíduo e que devem ser analisados criteriosamente para, posteriormente, classificá-lo de acordo com o seu risco nas seguintes cores: vermelho, amarelo, verde e verde prioritário.

Dados como sinais e sintomas, queixa principal, início dos mesmos, doenças prévias e medicamentos utilizados, bem como alergia a esses devem ser relatados sucintamente.

Os sinais e sintomas que indicam risco de vida eminente, ou seja, uma situação de emergência; classificam o indivíduo em atendimento nos serviços da DUES, como **VERMELHO**. Estes pacientes deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência, devido à necessidade de atendimento médico imediato:

##### **Situação / Queixas:**

- **PCR** (ausência de pulsos cervicais e sem movimentos respiratórios ou agônicos – gasping).

- **Politraumatizado grave** – lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12. (Vide Anexo 7.3).

**Obstrução de via aérea por corpo estranho** ou por suspeita de broncoespamo.

- **Queimaduras** com mais de 25% de área de superfície corporal queimada (**Vide anexo 7.4**) ou com problemas respiratórios ou inalatórios (fuligem nasal, queimadura facial), idosos acima de 65 anos e crianças menores que 3 anos. Queimaduras químicas ou traumas elétricos. Queimaduras em áreas nobres (olhos, orelhas, face, pescoço, mão, pé, grandes articulações (ombro, axila, cotovelo, punho, articulação coxa-femoral, joelho e tornozelo) região inguinal), órgãos genitais ou profundas com exposição muscular e óssea. Dados vitais alterados; dor intensa; palidez cutânea e sudorese fria; relato de perda da consciência.

- **Cefaleia (EVA 8-10/10 vide anexo 7.5)** de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do

campo visual, dislalia, afasia, problemas de coordenação motora recente e SSVV alterados.  
**(Vide anexo 7.8 para escala de cincinati)**

• Em caso de **suspeita de infecções com riscos de disfunções orgânicas** (o usuário refere ter infecções de repetição ou sintomas que remetam a possíveis infecções como hipotensão, calafrios, febre ou  $T < 35$  C, respiração irregular, desconforto respiratório, taquicardia, redução de diurese) **utilizar o escore NEWS 2** (Vide anexo 7.6) para classificar o mesmo com agilidade: **(pontuação de 3 pontos num mesmo parâmetro ou pontuação igual ou > 7 a 23 pontos no NEWS 2)**

• **TCE grave** com alteração da consciência (**ECG igual ou < 8**) e **TCE moderado (ECG 9-13)** com sinais e sintomas (confusão mental; cefaleia intensa (**EVA 8-10/10 - vide anexo 7.5**) e/ou dor cervical. Perda de consciência; otorragia, náuseas/ vômito; crise convulsiva; ferimento perfurante.

• **Estado mental alterado** ou  $ECG < 12$ ; história de uso de drogas.

• **Comprometimento da coluna vertebral**; dor intensa (**EVA 8-10/10 vide anexo 7.5**) com sinais de isquemia de membros (MMSS e/ou MMII).

• **Desconforto respiratório grave**;  $FR < 10$  OU  $> 36$  rpm com incapacidade/dificuldade de falar associado à cianose, letargia e/ou confusão mental  $FC < 45$  ou  $> 145$  bpm; Saturação de oxigênio  $<$  ou igual a 90%.

• **Dor torácica associada à falta de ar e cianose (dor típica – verificar anexo 7.5)** em aperto, facada, agulhada, com irradiação para um ou ambos os MMSS, ombro, região cervical, mandíbula ou epigástrica de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso).

• **Perfurações** causadas por arma branca ou arma de fogo em cabeça, tórax, abdômen.

• **Crises convulsivas** (tônicos clônica – alterações motoras ou com presença de alteração do nível de consciência com não responsividade a estímulos verbais ou dolorosos e/ou com presença de paralisias flácidas).

• **Intoxicações exógenas** ou tentativas de suicídio com sangramento importante.

- **Anafilaxia ou reações alérgicas** associadas à má perfusão (alterações do nível de consciência – agitação, sonolência, torpor entre outras, TEC igual ou > 3 segundos, náusea e êmese, dispneia, e/ou alterações de SSVV).

- **Complicações do diabetes (hipo/hiperglicemia)**, apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia (FR > ou igual 20), taquicardia (FC > ou igual a 145, dor abdominal associado à glicemia igual ou < 54 mg/dl ou glicemia igual ou > 200 mg/dl).

- **Alterações de SSVV** em pacientes sintomáticos: cefaleia, dor torácica irradiando a mandíbula, MSE, epigástrico e centro do tórax, alterações de perfusão/coloração, pulsos palpados bilaterais arrítmicos dispneia e alterações na saturação, edema generalizado ou em MMII. Gestantes

- **FC > 145 OU < 45** (sintomático)

- **PAD igual ou > 120 mmHg com sintomas\* (cefaléia, alterações do nível de consciência, dor torácica, alterações cutâneas – TEC, pulsos. Alterações urinárias – frequências como oliguria, anúria entre outras. Verificar anexos 7.3, 7.5, 7.7 e 7.8**

- **PAS <100 mmHg ou >180 mmHg com sintomas\* (cefaléia, alterações do nível de consciência, dor torácica, alterações cutâneas – TEC, pulsos. Alterações urinárias – frequências como oliguria, anúria entre outras. Verificar anexos 7.3, 7.5, 7.7 e 7.8**

- **FR > 35 Ou < 10;**

- **Oximetria de pulso: Igual ou < 90 % em ar ambiente de forma persistente (> 30 segundos)**, associado a sinais e sintomas como dor torácica, dispneia (verificar anexo 7.7), tosse, alteração do nível de consciência – tonturas, sonolência, torpor, agitação entre outros - e/ou alterações de SSVV, **ou refere ter patologias como DPOC (enfisema crônico e bronquite crônica) com saturação igual ou < 88%.**

- **HGT igual ou <54 mg/dl em cliente sintomático** (alteração do nível consciência, sudorese, taquipnéia, êmese) incapacidade de realizar ingestão de carboidratos orais.

- **Hemorragias externas não controláveis** (não suprimidas com compressões manual ou mecânica e que causem grandes sangramentos).

- **Tentativa de autoextermínio ou heteroagressão e/ou ideação suicida manifestada sem acompanhante.**

- **Suspeita de dengue grupo D** (consultar guia de dengue e seus fluxos da SMS Londrina)

- **Vítimas de colisões automobilísticas**, onde a cinemática tenha sido grave (óbito no local ou forças de desaceleração tais como quedas, vidro frontal com sinal de batimento de cabeça (sinal de teia de aranha), altas velocidades, sem uso de cinto de segurança explosões e/ou associado a sinais e sintomas e/ou SSVV.

- **Gestantes com PAS igual ou > 160 e/ou PAD igual ou > 110, com ou sem sinais e sintomas e/ou presença de convulsões, ou demais situações clínicas descritas como prioridade no eixo vermelho.**

- **Gestantes referindo ou apresentando contrações rítmicas ou não, perda de líquidos via vaginal e/ou em período expulsivo**

O indivíduo que apresentar os seguintes sinais e sintomas será classificado como **AMARELO**. Esta classificação indica que o indivíduo em atendimento não tem risco imediato de morte, porém, necessita de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, caracterizando uma situação de urgência.

#### **Situação / Queixas:**

- **Dor abdominal intensa (EVA 8-10/10 – vide anexo 7.5)** ou disúria/hematúria importante com náuseas e vômitos, sudorese com alteração dos SSVV, hipertermia.

- Pacientes escoltados.

- Alteração aguda de comportamento, agitação, letargia ou confusão mental;

- **TCE moderado (9-13) sem alterações de NC e demais sinais e sintomas;**

- **História de convulsão nas últimas 24h / pós-ictal.**

- **Dor torácica intensa – Dados vitais alterados e/ou com dor torácica atípica** (verificar anexo 7.5) com presença de fatores de risco (HAS, obesidade, DM, tabagista, dislipidemia, referindo uso de medicamentos para tratamento de tais comorbidades)

- **Possuir doenças ou sintomas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos progressivos com glicemia igual ou > 250mg/dl e/ou PAD > 120mmHg e/ou PAS entre 140-179 mmHg que não apresentam sinais e sintomas de dor torácica, alterações neurológicas como paresia, parestesia, plegia e de nível de consciência;**

- **Dispneia moderada (Escala de Borg modificada igual ou > 3 – verificar anexo 7.7)** e associado a SSVV e/ou oximetria de pulso alterados.

- Lombalgia Aguda.
- Retenção urinária.
- **Crise asmática moderada.** (Refere histórico de asma, FR >22, FC < 11, frases completas, leve retração torácica, sat < 95% até 90%, ECG 15).
- **Alterações de SSVV:**
  - **FC 110-144 ou <45 sem sintomas;**
  - **PAD > 120** – assintomático e/ou sintomático, mas sem sinais de sugestivos de lesões de órgãos alvo (sem dor torácica, sem edema, sem alterações NC, sem alterações de frequência urinária ou ausência).
  - **PAS < 100 ou > 140-179 mmHg sintomático, mas, sem sinais e sintomas sugestivos em que a comprometimento e lesões em órgãos alvo** (sem dor torácica, sem edema, sem alterações NC, sem alterações de frequência urinária ou ausência)
  - **TP. < 34° ou > 39°C** e associado a demais sinais vitais alterações ou sinais e sintomas
  - **Oximetria de pulso entre 92- 90%** em ar ambiente de forma persistente (mais que 30 segundos) associado a sinais, sintomas e/ou SSVV alterados
  - **HGT < 70 mg /dl** não associados a SSVV e/ou sinais e sintomas alterados.
  - **História recente de melena, hematêmese ou enterorragia com PAS <100 ou FC > 120.**
  - Em caso de suspeita de **infecções sem riscos de disfunções orgânicas** (o usuário refere ter infecções de repetição ou sintomas que remetam a possíveis infecções como hipotensão, calafrios ou  $T^{\circ} < 35\text{ C}$  ou  $> 38^{\circ}\text{C}$ , respiração irregular, desconforto respiratório, taquicardia, redução de diurese) utilizar o **escore NEWS 2 (Vide anexo 7.6)** para classificar o mesmo com agilidade: **(pontuação de 3 pontos num mesmo parâmetro no NEWS 2 e pontuação de score de 5-6)**
    - **Epistaxe com alteração de SSVV.**
    - Náuseas/vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de SSVV.
    - **Febre > 38,5° em imunodeprimidos** (soropositivos, uso de medicações que provoquem imunodepressão, transplantados) com hipertermia. (Igual ou  $>37,8^{\circ}\text{C}$ ).
    - **Queimaduras** de até 10% da área corporal e não acometendo áreas nobres.
    - **Politraumatizado com ECG entre 13 e 15**, sem alterações dos SSVV.

- Estados de pânico, overdose, alteração do comportamento (agitação, letargia ou confusão mental).
- **Fraturas fechadas e/ou luxações com comprometimento neuro vascular** (parestesia) ou dor intensa (**EVA verificar anexo 7.5.**) e alterações de pulso e perfusão (tempo de enchimento capilar > ou igual a 3 segundos).
- **Intoxicação exógena**, sem alteração de SSVV, ECG de 15.
- **Ideação suicida manifestada com a presença de acompanhante e sem presença de sinais de alarme (tentativas prévias e/ou heteroagressão).**
- **Sangramento vaginal** com dor abdominal e alteração de SSVV, com gravidez confirmada ou suspeita.
- **Suspeita de dengue grupo classificado como C** (consultar guia de dengue e seus fluxos da SMS Londrina).
- **Vítimas de abuso sexual.**
- **Gestantes com PAS igual ou > 140 e/ou PAD igual ou > 110, sem sinais e sintomas ou presença de cefaléia, escoltomias, dor abdominal, dispneia).**

Os indivíduos classificados com a cor **VERDE** apresentam sinais e sintomas que indicam baixo risco. São condições agudas ou não agudas com baixo risco de morte e com baixo grau de sofrimento, que devem ser atendidos com prioridade sobre consulta simples.

### **Situação / Queixas:**

Pacientes com ferimentos corto contusos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

- Retornos com o período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro (Avaliar o caso).
- Enxaqueca sem alterações de SSVV.
- Suspeita de infecções sem disfunções orgânicas ou infecções referidas com pontuação no **NEWS 2 (0 a 4 pontos)**
- Dor de ouvido leve a moderada.
- Presença de exantemas e/ou prova do laço positivas sem alterações de SSVV.

- Dor abdominal sem alteração dos SSVV.
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação.
- História de convulsão sem alteração de consciência.
- Abscessos sem sinais de disfunção múltipla de órgãos e de SSVV (verificar anexo

7.6)

• Intercorrências ortopédicas (traumas leves: sem alterações morfológicas, sem alterações de pulso e/ou perfusão).

• Suspeita de dengue grupo classificado como A/B (consultar guia de dengue e seus fluxos da SMS Londrina)

- Sangramento vaginal sem ou com dor abdominal leve.
- Febre menor que 38,5 graus.
- ASMA fora da crise.

O indivíduo em atendimento ainda pode ser classificado como **VERDE PRIORITÁRIO**, quando os seus sinais e sintomas indicarem baixo risco de morte, no entanto, ele se enquadra nos critérios de atendimento prioritário estabelecidos na Orientação Jurídica nº 1.848/2014 – PGM.

Considerando a Orientação Jurídica n 1848/2014 - PGM que estabelece prioridade de atendimento nos serviços de saúde municipal, sendo que deve ser sempre observado com a maior atenção e prioridade os pacientes que passam por risco de vida ou àqueles que, pela demora que possa existir no atendimento, possam ter o agravamento de seu quadro clínico.

Após tal avaliação dos pacientes que se encontram em estado grave, devem ser atendidos os pacientes que tem prioridade legal, tais como:

**Situação / Queixas:**

- Gestantes.
- Idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
- Crianças e adolescentes.
- Deficientes físicos, conforme Artigo 1º da Lei 10.048/2010.
- Lactantes.

- Pessoas acompanhadas por crianças de colo.

E por fim, o indivíduo também pode ser classificado como AZUL. Esta classificação acontece em decorrência de queixas crônicas que não indicam risco de morte, além de procedimentos eletivos.

- Queixas sem alterações agudas (SSVV dentro dos padrões de normalidade, Glicemia capilar entre 80 e 130, Saturação acima de 95% e Escala de dor com pontuação referida abaixo de 7).

- Procedimentos como: Curativo, Troca ou requisição de receitas médicas, Avaliação de resultados de exames se sem queixas no momento, solicitação de atestados médicos.

- Demais situações não enquadradas anteriormente, desde que não indiquem gravidade.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Protocolo de Acolhimento e Classificação de risco foi elaborado para suprir a demanda de cinco dos sete serviços lotados na Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e é fruto de trabalho árduo, realizado em equipe. Foram incontáveis encontros, horas de estudo, discussões riquíssimas, adequação de espaços, impressos e rotinas, além da sensibilização de toda a equipe multiprofissional para a mudança efetiva de postura no decorrer do atendimento.

Sabe-se que não está acabado e talvez nunca esteja posto que a saúde não é exata e os processos cíclicos e mutáveis. O Protocolo é apenas um pedacinho deste desafio enorme que se vivencia nestes serviços. Sua implementação depende de múltiplos fatores, com diferentes níveis de governabilidade, sendo necessários envolvimento e dedicação total dos diversos níveis hierárquicos, desde a assistência até o gestor com maior governabilidade na saúde do município.

Venceu-se a elaboração, novos passos precisam ser dados em direção à validação do documento, em direção ao preparo dos servidores envolvidos, já em andamento com o tema humanização do atendimento na rede de urgência e emergência, em direção à manutenção dos insumos necessários para a viabilidade do protocolo, em direção a sua aplicação prática e em direção da verificação da resolutividade do protocolo aqui proposto e sendo necessário à sua readequação.

Que os olhares dos servidores da saúde continuem atentos, reflexivos e críticos, de maneira a garantir ao indivíduo em situação de urgência e emergência atendimento humanizado, qualificado e resolutivo.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Rachel. **Escala de Coma de Glasgow**: o que mudou e pode revolucionar a avaliação de TCE. 2018. Disponível em:  
<<https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2021.
- ALMEIDA, Priscila Maschetto Vieira de et al. Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Cincinnati prehospital stroke scale in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 79, p. 272-277, 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/anp/a/bsMRSXFrBJnb5hLCdZgcT7h/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2022.
- ANTUNES, Barbara Cris Skora; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; MIRANDA, Fernanda Moura D'Almeida. **Protocolo Clínico para detecção e tratamento de sepse em adultos nas unidades de pronto atendimento**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2021. Disponível em: <https://cofenplay.com.br/biblioteca/?abrir=36201>. Acesso em: 17 maio 2022.
- AUGUSTO PIMAZONI NETTO (Brasil). Sociedade Brasileira de Diabetes (Ed.). **Conduta terapêutica no Diabetes tipo 2**: algoritmo SBD 2017. 2017. Disponível em:  
<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/POSICIONAMENTO-OFICIAL-SBD-02-2017-ALGORITMO-SBD-2017.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2021.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 116, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada... **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. 2012. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Dispõe **sobre o programa S.O.S. Emergência no âmbito da rede de atenção as urgências e emergência (RUE)**. Diário oficial da união. 07 agosto de 2012.
- CAVALLAZZI, Tatiane G. de Liz *et al.* Avaliação do uso da Escala Modificada de Borg na crise asmática. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 39-45, mar. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002005000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/C7WjBf7Nkv9HgNFkGKTJGyx/?lang=pt#>. Acesso em: 18 maio 2022.

EVANS, Laura *et al.* Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. **Critical Care Medicine**, Mount Prospect, v. 49, n. 11, p. 1063-1143, nov. 2021. Disponível em: [https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2021/11000/Surviving\\_Sepsis\\_Campaign\\_\\_International.21.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2021/11000/Surviving_Sepsis_Campaign__International.21.aspx). Acesso em: 18 maio 2022.

JAMES C. WATSON, MD. **Tratamento da Dor**. Clinic College of Medicine and Science. 2022. Disponível: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbi-os-neuro%C3%B3gicos/dor/tratamento-da-dor>

LONDRINA. Procuradoria Geral do Município de Londrina. Orientação nº 1848. Londrina de 2014. **Orientação da Procuradoria Geral do Município de Londrina**. Londrina, 2014.

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Portaria Nº 2048, de 5 de Novembro de 2002**. Brasília, Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html). Acesso em: 18 maio 2022.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS NAEMT. **PHTLS: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. 9º ed. Editora Jones & Bartlett Learning. 2021.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS NAEMT. **AMLS: Atendimento Pré-Hospitalar as Emergências Clínicas**. 2022. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

OLIVEIRA, Ana Paula Amestoy de *et al.* National Early Warning Score 2: adaptação transcultural para o português do Brasil. **Revista Gaucha de Enfermagem**, [s. l], v. 41, p. 201-258, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Wc46R8wyJdLrGyffZQQQCcw/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2022.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF GLASGOW (Reino Unido). **The Glasgow Structured Approach to Assessment of the Glasgow Coma Score**. Disponível em: <<https://www.glasgowcomascale.org>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SAUDE, Ministério da. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 18 maio 2022.

## **ANEXOS**

## 1. CI 217/2014 GAB/AMS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DO PARANÁ

CI Nº 217/2014 - GAB/AMS

DATA: 25/11/2014

DE: GABINETE - AMS

PARA: DIRETORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE - DUES

Considerando o Ofício nº 102/2014 – MPPR, que comunica a instauração do Procedimento Preparatório nº 0078.131001326-7 a fim de apurar denúncia de usuários do SUS, em especial nas Unidades Básicas de Saúde, do PAM e Vila da Saúde sobre possível violação ao disposto no Estatuto do Idoso;

Considerando a CI nº 67/2014 – PAA que relata que o atendimento está sendo priorizado conforme quadro clínico do paciente – de acordo com o protocolo de classificação de risco – e que a prioridade pela idade pode gerar distorções no atendimento, uma vez que pacientes com o mesmo quadro de saúde, separadas por uma diferença de idade de dois anos, podem ter um distanciamento de atendimento desproporcional;

Considerando a Orientação Jurídica nº 1848/2014 – PGM acerca da prioridade de atendimento aos idosos nos serviços de saúde municipal, bem como ao atendimento de gestantes, crianças, adolescentes, entre outros, onde esclarece quais procedimentos devem adotados para estabelecer prioridade de atendimento nos casos de urgência/emergência e em tratamentos eletivos.

É claro a importância do tema para todos, até por se tratar de questões diárias que envolvem grave risco de vida e possíveis consequências jurídicas que possa afligir os profissionais de saúde no momento do atendimento desses pacientes que, por força de lei, têm prioridade no atendimento.

Não obstante a quantidade de leis que tratam do assunto de forma que até causam certa dúvida sobre a sua prevalência dentre as demais, deve sempre ser observado com a maior atenção e prioridade os pacientes que passam por risco de vida ou àqueles que, pela demora que possa existir no atendimento, possam ter o agravamento de seu quadro clínico.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DO PARANÁ

Após tal avaliação dos pacientes que se encontrem em estado grave, devem ser atendidos os pacientes que têm prioridade legal como gestantes, idosos, crianças, deficientes físicos, conforme Artigo 1º da Lei 10.048/2010:

As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei;

e ainda nesses casos deve ser observado quais se encontram em estado mais grave, de forma a minimizar o máximo possível o sofrimento humano.

Neste mesmo sentido, conforme esclarece a Procuradoria, é de fundamental relevância o direito à informação clara e acessível, ou seja, todos os informes e protocolos que definam quais são os procedimentos para estabelecer as prioridades *"devem ser amplamente divulgados e acessíveis aos usuários, de modo a evitar conflitos"*.

No mais, encaminhamos o presente com o intuito de esclarecer e orientar todas as unidades municipais que atendem pacientes em estado de urgência e emergência de modo a minimizar máximo possível o sofrimento humano e priorizar Direitos Fundamentais à vida e à dignidade da pessoa humana.

Atenciosamente,

  
Mohamad El Kadri  
DIRETOR SUPERINTENDENTE  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## 2. ORIENTAÇÃO Nº 1848/2014 DA PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO DE LONDRINA



PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO DE LONDRINA  
 PROCURADORIA-GERAL ADJUNTA DE GESTÃO DA CONSULTORIA  
 GERÊNCIA DE SERVIÇOS PÚBLICOS

**PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO  
 GERÊNCIA DE SERVIÇOS PÚBLICOS  
 ORIENTAÇÃO Nº 1848/2014**

**Consultante:** Autarquia Municipal de Saúde - DUES

**Ref:** OFÍCIO 699/2014- Gab/A M S - Despacho 51/2014 - D retoria de Urgência e Emergência em Saúde - DUES

**Assunto:** Prioridade de Atendimento aos idosos nos serviços de saúde municipal

O Diretor Superintendente da Autarquia Municipal de Saúde informa que há necessidade de estabelecer protocolo de atendimento que respeite as "normativas" do Ministério da Saúde, quanto à classificação de risco nos atendimentos à Saúde da população, e observe os atendimentos preferenciais garantidos aos idosos, formulando consulta quanto à postura a ser adotada para adequar a assistência da população em geral, sem desrespeitar a legislação vigente, no que se refere aos direitos dos idosos.

Esta é a síntese da consulta, passamos a emitir nossa Orientação.

A Constituição Federal, no artigo 230, estabelece que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

A Lei 10741/2003 (Estatuto do Idoso) vai além da norma constitucional e estabelece que compete ao Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade a efetivação do direito à saúde (artigo 3º) e a garantia do atendimento preferencial e imediato. (parágrafo único).

Dispõe a norma que:

Artigo 3º- I: A garantia de prioridade compreende:

Par. Único Atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

Assim, não há dúvidas do atendimento preferencial conferido aos idosos, conforme determina a legislação pátria, sendo que o Estatuto do Idoso estabelece como crime: *Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem*



*risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência a saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro à autoridade pública.*

Não obstante a tal fato, há previsão de atendimento preferencial e prioritário para outras categorias de pessoas tanto na legislação constitucional quanto na infraconstitucional.

No que se refere às crianças e adolescentes, o artigo 227 da Constituição Federal assegura-lhes absoluta prioridade no atendimento à saúde.

A norma constitucional estabelece que:

*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.*

O Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90, no parágrafo único, do artigo 4º, determina que:

*A garantia de prioridade compreende:*

- a) Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;*
- b) Preferência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;*

Não se pode deixar de mencionar a prioridade de atendimento das pessoas portadoras de deficiência, das gestantes, das lactantes e das pessoas acompanhadas por crianças de colo, inclusive dos idosos, previstas na Lei 10.048/2000.

Consta no artigo 2º que:

*As repartições públicas e as empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços públicos individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas a que se refere o artigo 1º*





No âmbito da saúde, todavia, a questão da prioridade, preferência e atendimento imediato, merece algumas considerações.

Nos tratamentos eletivos, não há dúvidas do dever legal e constitucional de aplicabilidade do atendimento preferencial e imediato, sendo dever da Autarquia Municipal de Saúde, garantir a prioridade no agendamento de consultas e exames, fornecimento de medicamentos, etc.

Não obstante a tal fato, há situações em que o paciente necessita de avaliação imediata, em face do risco à vida ou de iminente agravamento da saúde que a demora no atendimento pode gerar. Assim, considerando a preponderância dos direitos, inclusive constitucionais, entende-se que o atendimento deve ser prestado de forma prioritária a quem tem mais riscos de vida, perigo de agravamento da saúde ou de sofrimento humano, considerando o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o direito à vida e à saúde e o princípio da razoabilidade.


Assim, nas mesmas condições, devem ser preferencialmente atendidos as pessoas acobertadas pela prioridades/preferências legais, todavia, existindo diferenças caracterizadas pelo estado de saúde, deve ser priorizado o atendimento mais urgente/emergente do ponto de vista clínico, o qual deve ser avaliado pela Unidade em que o usuário está sendo atendido.

Não obstante a tais considerações, é certo que em todos os casos, os usuários têm direito à informação. As informações e protocolos devem ser amplamente divulgados e acessíveis aos usuários, de modo a evitar conflitos.

Os critérios gerais de atendimentos (protocolos) devem ser fixados de forma objetiva, embora a avaliação e o estado de saúde dos usuários sejam analisados de forma subjetiva e clínica, no momento do atendimento.

É a orientação nº 1848/2014, que submetemos à análise superior, nos termos da Portaria nº 5/2010, em atraso em face do acúmulo involuntário de serviços.

Londrina, 06 de novembro de 2014.

  
**Marcia Nakagawa Rampazzo**  
 Procuradora do Município  
 Matrícula 14211-5





Recebido nesta data o Parecer/Orientação nº 1042/2014. Ratifico-o. À Procuradoria-Geral Adjunta de Gestão da Consultoria. Data supra.

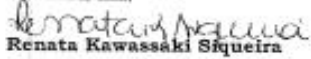
  
**Celso Zamoner**

Gerente de Serviços Públicos  
 Procurador do Município  
 Matrícula 12754-0

Ciente da Orientação.

Tendo em vista o contido na Portaria nº 5/2010, ao Gabinete para ratificação.

Em 13/11/2014.

  
**Renata Kawassaki Siqueira**

Procuradora-Geral Adjunta de Gestão da Consultoria

Ratifico a Orientação.

  
**Paulo César Gonçalves Valle**

Procurador-Geral do Município de Londrina

Em 13/11/2014



### 3. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

EYES  
VERBAL  
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde

**VERIFIQUE**

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões

**OBSERVE**

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo

**ESTIMULE**

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta  
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária

**PONTUE**

De acordo com a melhor resposta observada

---

#### Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

#### Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta auditiva, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

#### Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	À ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

#### Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos    Pinçamento do trapézio    Incisura supraorbitária

#### Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt 2004 Ned Tijdschr Geneesk

<p><b>Flexão anormal</b></p> <p>Lenta Estereotipada Aproximação do braço relativamente ao tórax Rotação do antebraço Cerramento do polegar Extensão do membro inferior</p>	<p><b>Flexão normal</b></p> <p>Rápida Variável Afastamento do braço relativamente ao corpo</p>
--	--

Para informação adicional e demonstração em vídeo visite [www.glasgowcomascale.org](http://www.glasgowcomascale.org)

copyright design by seargent neil based on layout and illustrations from medical illustrations ltd - 2006  
© 2010 oxford medical 2010

A escala de coma de Glasgow é a mais utilizada com o intuito de definir o estado neurológico do paciente, a partir da análise do estado de consciência.

A escala considera três fatores principais e determina uma pontuação de acordo com o nível de consciência apontada em cada um desses casos (espontaneamente ou através de estímulo).

São eles: **Abertura ocular**, **Resposta verbal** e **Melhor resposta motora**.

Após a análise desses fatores, a atualização da ECG em 2018 indica mais um ponto a ser observado: a **Reatividade pupilar**, que é subtraída da pontuação anterior, gerando um resultado final mais preciso.

Ao contrário dos outros critérios de avaliação, a Reatividade pupilar é pontuado de forma decrescente: o pior resultado apresenta a maior pontuação. Deste modo, na nova versão (ECG-P), a pontuação varia de 1 a 15.

#### **AVALIAÇÃO OCULAR:**



**(4). Espontânea:** abre os olhos sem a necessidade de estímulo externo.

**(3). Ao som:** abre os olhos quando é chamado.

**(2). À pressão:** paciente abre os olhos após pressão na extremidade dos dedos (aumentando progressivamente a intensidade por 10 segundos).

**(1). Ausente:** não abre os olhos, apesar de ser fisicamente capaz de abri-los.

**(NT). Não testável:** Olhos fechados devido ao fator local impossibilitar a AO.

**RESPOSTA VERBAL:**

- (5). **Orientada:** consegue responder adequadamente o nome, local e data.
- (4). **Confusa:** consegue conversar em frases, mas não responde corretamente as perguntas de nome, local e data.
- (3). **Palavras:** não consegue falar frases, mas interage através de palavras isoladas.
- (2). **Sons:** somente produz gemidos.
- (1). **Ausente:** não produz sons, apesar de ser fisicamente capaz de realizá-los.
- (NT). **Não testável:** não emite sons devido a algum fator que impossibilita a comunicação.

**RESPOSTA MOTORA:**

- (6). **À ordem:** cumpre ordens de atividade motora (duas ações) como apertar a mão do profissional e colocar a língua para fora.
- (5). **Localizadora:** eleva a mão acima do nível da clavícula em uma tentativa de interromper o estímulo (durante o pinçamento do trapézio ou incisura supraorbitária).

**(4). Flexão normal:** a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão rápida do braço ao nível do cotovelo e na direção externa ao corpo.

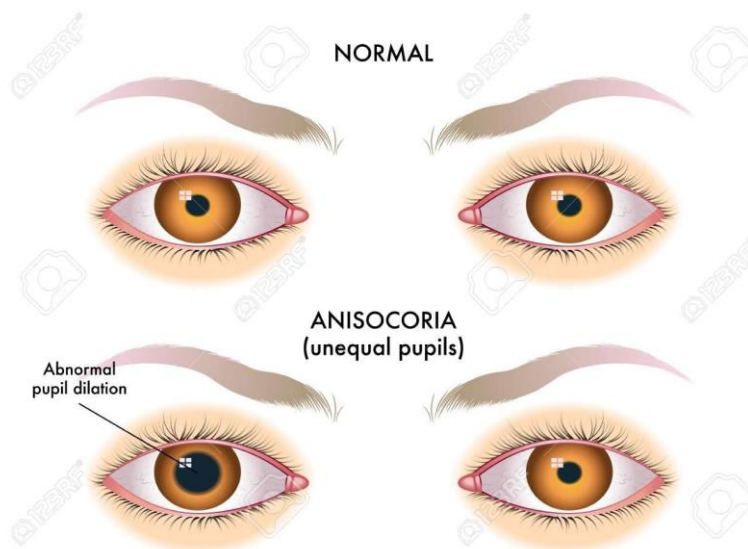
**(3). Flexão anormal:** a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão lenta do braço na direção interna do corpo.

**(2.) Extensão:** há uma extensão do braço ao nível do cotovelo.

**(1). Ausente:** não há resposta motora dos membros superiores e inferiores, apesar de o paciente ser fisicamente capaz de realizá-la.

**(NT). Não testável:** não movimenta membros superiores e/ou inferiores devido a algum fator que impossibilita a movimentação.

### AVALIAÇÃO PUPILAR:



**(2). Ambas as pupilas** não reagem ao estímulo de luz.

**(1). Uma pupila** não reage ao estímulo de luz.

**(0). Nenhuma pupila** fica sem reação ao estímulo de luz.

Este item foi adicionado como uma etapa posterior à contagem tradicional e que deve ser subtraída da conta geral, resultando em um panorama mais preciso da situação do paciente e permitindo ações mais rápidas para evitar consequências drásticas.

### 5 passos para utilizar a escala de coma de Glasgow corretamente:

1- **Verifique:** Identifique fatores que podem interferir na capacidade de resposta do paciente. É importante considerar na sua avaliação se ele possui alguma limitação anterior ou devido ao ocorrido que o impede de reagir adequadamente naquele tópico (Ex: paciente surdo não poderá reagir normalmente ao estímulo verbal).

2- **Observe:** Observe o paciente e fique atento a qualquer comportamento espontâneo dentro dos três componentes da escala.

3- **Estimule:** Caso o paciente não aja espontaneamente nos tópicos da escala, é preciso estimular uma resposta. Aborde o paciente na ordem abaixo:

**Estímulo sonoro:** Peça (em tom de voz normal ou em voz alta) para que o paciente realize a ação desejada

**Estímulo físico:** Aplique pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária.

4- **Pontue e some:** Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede a vítima de realizar a tarefa, é marcado NT (Não testável). As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, situação do paciente.

(Ex: E4, V2, M1 e P1 significando respectivamente a nota para ocular, verbal, motora e pupilar, com resultado final 6, ou seja, E4V2M1 SUBTRAIR- P1 = 6).

## ESCALA DE COMA DE GLASGOW ADULTO

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetro	Resposta obtida	Pontuação
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo sonoro	3
	Ao estímulo de pressão	2
Resposta verbal	Nenhuma	1
	Orientada	5
	Confusa	4
	Verbaliza palavras soltas	3
Resposta motora	Verbaliza sons	2
	Nenhuma	1
	Obedece comandos	6
	Localiza estímulo	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
Trauma leve	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
	Trauma moderado	Trauma grave
13-15	9-12	3-8
Reatividade pupilar		
Inexistente	Unilateral	Bilateral
-2	-1	0

Fonte: Escala de coma de Glasgow-atualização; de 2018.www2.ufjf.br



**ESCALA DE COMA DE GLASGOW PEDIÁTRICA**

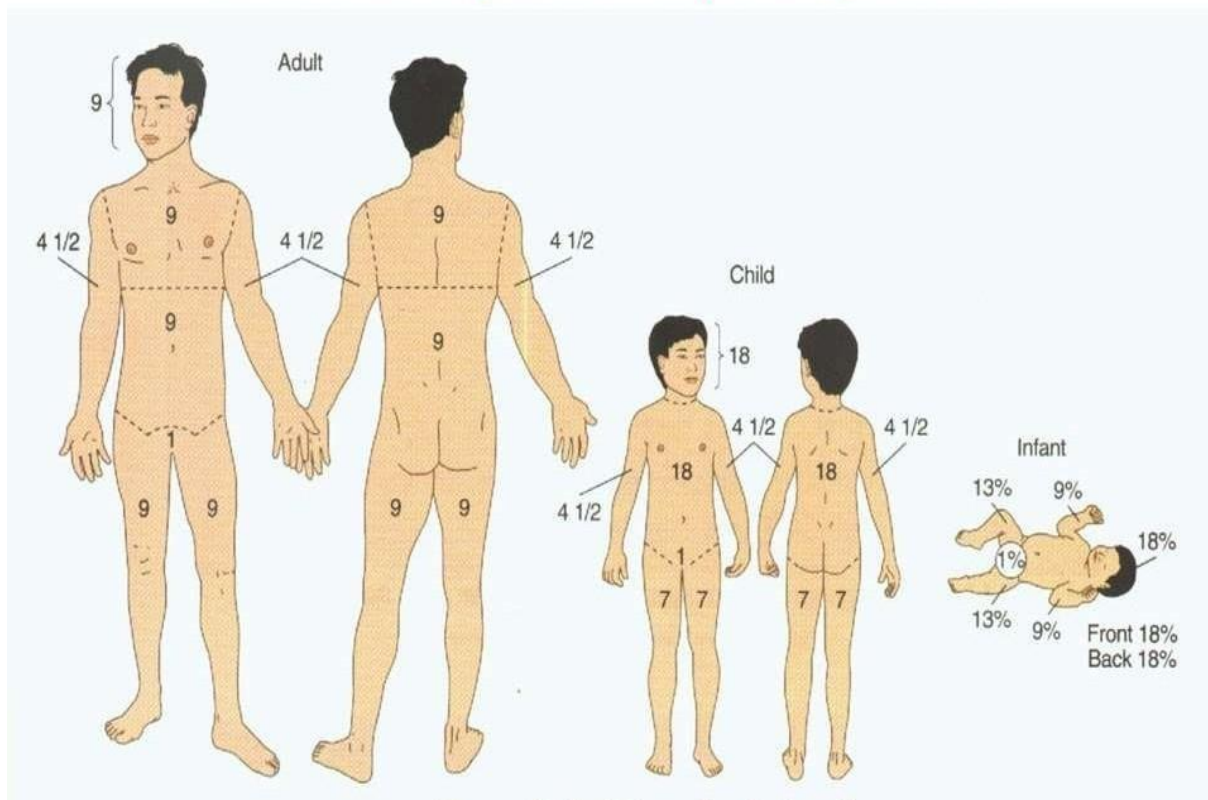
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>	<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW PEDIÁTRICA (&lt;2 ANOS)</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	
<b>ABERTURA OCULAR</b>	Espontânea	Espontânea	<b>4</b>
	Ao comando verbal	Ao som	<b>3</b>
	À dor	À dor	<b>2</b>
	Nenhuma	Nenhuma	<b>1</b>
<b>RESPOSTA VERBAL</b>	Orientado	Idade - vocalização apropriada, sorriso ou orientação ao sim, interage (murmúrio, balbúcia), segue objetos	<b>5</b>
	Confuso	Choro, irritação	<b>4</b>
	Palavras inapropriadas	Choro à dor	<b>3</b>
	Sons inteligíveis	Gemido à dor	<b>2</b>
	Nenhuma	Nenhuma	<b>1</b>
<b>RESPOSTA MOTORA</b>	Obedece a comando	Movimentos espontâneos (obedece a comando verbal)	<b>6</b>
	Localiza dor	Retira ao toque	<b>5</b>
	Retira à dor	Retira à dor	<b>4</b>
	Flexão anormal à dor	Flexão anormal à dor (postura decorticação)	<b>3</b>
	Extensão anormal à dor	Extensão anormal à dor (postura descerebração)	<b>2</b>
	Nenhuma	Nenhuma	<b>1</b>

Fonte: <https://www.portaled.com.br/especialidades-da-pediatria/medicina-intensiva/escala-de-coma-de-glasgow-original-pediatria-com-resposta-pupilar-e-para-intubados-revisao/>

#### 4. REGRA DOS NOVE PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE QUEIMADURAS

## Queimaduras

### Cálculo da superfície corporal queimada



Fonte: Acidente/PrimSoc/Queimaduras.www.ufrj.br

## 5. ESCALA VISUAL ANALÓGICA PARA AVALIAÇÃO DA DOR



Fonte: Watson, 2022

\* **Dor torácica típica:** Dor sugerida como gravidade, em aperto/opressão ou queimação, localizada em pré-córdio, podendo irradiar para epigástrico, mandíbula ou MMSS (mais comum o MSE, mas , pode ocorrer no MSD também), podendo estar associada a mais sinais e sintomas como emêse, sudorese, dispnéia, não melhora no repouso e nem com o tempo (> 10 minutos)

\* **Dor torácica atípica:** dor que não apresenta os elementos da dor típica como dor em agulhada, melhora com o repouso e < 10 min, não irradia para locais da dor típica, mas principalmente, tem somente dois fatores presente da caracterização da dor típica.

\***Dor torácica não anginosa:** não apresenta nenhuma das características acima.

## 6. ESCORE NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2 (NEWS 2)

**National Early Warning Score 2 (NEWS 2) – versão brasileira**

Parâmetros Fisiológicos	Pontuação						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (por minuto)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2 % - Escala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO2 % - Escala 2	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 em ar ambiente	93-94 com oxigênio	95-96 com oxigênio	≥97 com oxigênio
Ar ambiente ou oxigênio?		Oxigênio		Ar Ambiente			
Pressão arterial sistólica(mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulso (por minuto)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciência				Alerta			Confusão aguda Resposta a voz ou dor Irresponsivo
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

National Early Warning Score 2 (NEWS 2) @Royal College Of Physicians 2017. Adaptação transcultural para português. Brasil, 2018.

Fonte: Antunes; Cruz; Miranda; 2021

### Descrição da resposta clínica dos desencadeadores NEWS 2 - versão brasileira

Pontuação NEWS 2	Frequência de Monitoramento	Resposta Clínica
0	Mínimo a cada 12 horas	• Continuar com monitoramento NEWS 2 de rotina
Total 1-4	Mínimo a cada 4-6 horas	• Informar o enfermeiro, que ele deve avaliar o paciente* • O Enfermeiro deve decidir se o aumento da frequência de monitoramento e/ou intensificação do cuidado é necessário
3 em um único parâmetro	Mínimo a cada 1 hora	• O Enfermeiro deve informar a equipe médica que está cuidando do paciente, que revisará e decidirá se a intensificação dos cuidados é necessária
Total de 5 ou mais Limite de resposta urgente	Mínimo a cada 1 hora	• O Enfermeiro deve informar imediatamente a equipe médica que está cuidando do paciente • O Enfermeiro deve solicitar avaliação urgente de um médico ou de uma equipe com competências essenciais no cuidado de pacientes com uma doença aguda • Providenciar cuidado clínico em um ambiente com instalações de monitoramento
Total de 7 ou mais Limite de resposta de emergência	Monitoramento contínuo dos sinais vitais	• O Enfermeiro deve informar imediatamente a equipe médica que está cuidando do paciente – isso deve ser feito diretamente ao especialista • Avaliação de emergência por uma equipe com competências em cuidado crítico, incluindo médico(s) com habilidades avançadas em vias aéreas • Considerar a transferência de cuidado para uma unidade de tratamento de nível 2 ou 3, ou seja, uma unidade intermediária ou UTI. • Cuidado clínico em um ambiente com instalações de monitoramento

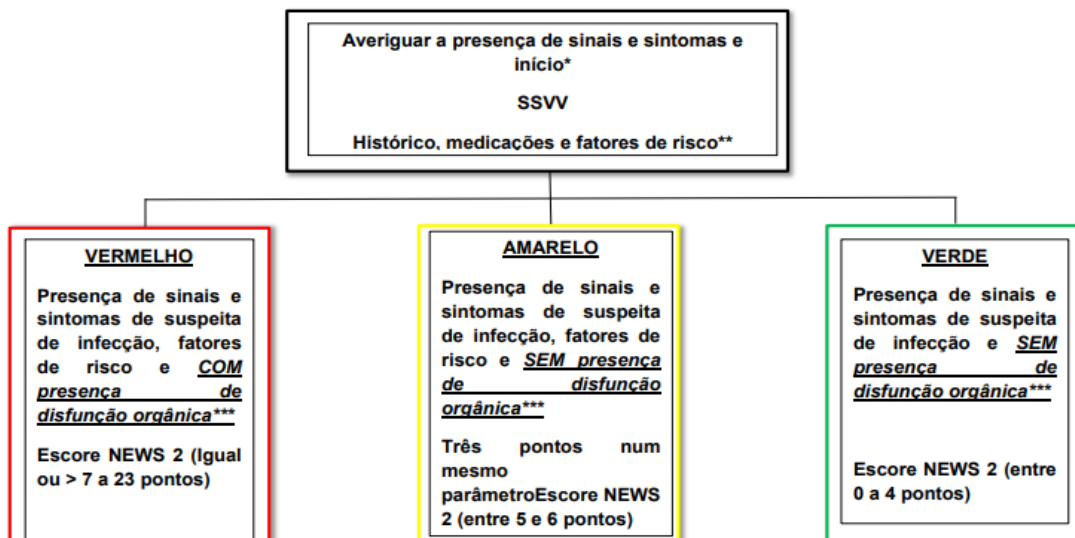
National Early Warning Score 2 (NEWS 2) @Royal College Of Physicians 2017. Adaptação transcultural para português. Brasil, 2018.

\*Se avaliado pelo enfermeiro, considerar a opção seguinte.

Fonte: Antunes; Cruz; Miranda; 2021

## 7. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CASO DE SUSPEITA DE SEPSE

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM CASO SUSPEITO DE SEPSE



*	Sinais e sintomas sugestivos de infecções: T <sub>r</sub> < 35 ou > 39C (Imunossuprimidos igual ou >38,5 C), PAS <100, Alterações do NC (sonolento, agitado, torporoso), alterações de perfusão (TEC > 3 seg), FR > 20 (padrão alterado, irregular, tosse), FC: >110, Sat O <sub>2</sub> < 92% ou <90% (DPOC <88%), alteração de frequência urinária.
**	Fatores de risco: Idade, imunossuprimido e comorbidades.
***	Sinais de disfunção orgânica: PAS < 90, alterações no NC, sat < 90% (dispneia importante, dificuldade para falar, oxigenioterapia, diurese < 0,5 ml/Kg/H

Fonte: os autores

**8. ESCALA DE DISPNEIA (MODIFICADA DE BORG)**

<b>0</b>	<b>Nenhuma</b>
<b>0,5</b>	<b>Muito, muito leve</b>
<b>1</b>	<b>Muito leve</b>
<b>2</b>	<b>Leve</b>
<b>3</b>	<b>Moderada</b>
<b>4</b>	<b>Pouco intensa</b>
<b>5</b>	<b>Intensa</b>
<b>6</b>	
<b>7</b>	<b>Muito intensa</b>
<b>8</b>	
<b>9</b>	<b>Muito, muito intensa</b>
<b>10</b>	<b>Máxima</b>

**Figura 1 - Escala Modificada de Borg**

Fonte: Cavallazzi et al., 2005

## 9. ESCALA DE CINCINNATI

### ESCALA PRÉ-HOSPITALAR DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL DE CINCINNATI



Fonte: Almeida et al., 2021

**Presença de um dos fatores anormais presentes com ou sem SSVV alterados:**

**Classificação Vermelho**

**Verificar os SSVV e HGT.**

