



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

MARIANE TEIXEIRA DANTAS FARIAS

**PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO-BA: AVALIAÇÃO
POR PAINEL DE ESPECIALISTAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Salvador
2018**

MARIANE TEIXEIRA DANTAS FARIAS

**PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO-BA: AVALIAÇÃO
POR PAINEL DE ESPECIALISTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Silva Menezes

**Salvador
2018**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

F224

Farias, Mariane Teixeira Dantas

Protocolo estadual de classificação de risco -BA: avaliação por painel de especialistas / Mariane Teixeira Dantas

Mariane Farias. - 2018.

, 161 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Profª Drª Marta Silva Menezes.

Título de Mestre em Tecnologias em Saúde 2018.

Inclui bibliografia.

1. Triagem. 2. Serviços de emergência. 3. Acolhimento. 4. Estudos de Validação.

I. Título.

MARIANE TEIXEIRA DANTAS FARIAS

**"PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO-BA: AVALIAÇÃO
POR PAINEL DE ESPECIALISTAS"**

Dissertação apresentada à Escola Bahiana
de Medicina e Saúde Pública, como
requisito parcial para a obtenção do Título
de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Salvador, 25 de outubro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Alcina Andrade

Profa. Dra. Alcina Marta de Souza Andrade
Doutora em Saúde Coletiva
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Carolina Villa Nova Aguiar

Profa. Dra. Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP

Mary Gomes Silva

Profa. Dra. Mary Gomes Silva
Doutora em Enfermagem
Universidade Estadual da Bahia - UNEB

Dedico este trabalho a todos que militam em prol do fortalecimento do SUS, tornando-o mais justo, digno e humano para a nossa população tão sofrida.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho envolveu uma jornada longa e árdua, mas que ao final foi exitosa. Durante este percurso houve algumas pessoas que contribuíram, fazendo parte da pesquisa, dando opiniões sobre a elaboração do texto, de como as ideias poderiam ser expandidas e aprofundadas, sempre com palavras de incentivo, força, entusiasmo e perseverança. Como não é possível citar o nome de todos fica o meu agradecimento, muito obrigada. Aos que me acompanharam mais de perto, cumpre dirigir-me de forma mais carinhosa, expressando a minha gratidão de forma particular:

- Aos meus pais José Augusto e Miriam pelo orgulho, palavras de incentivo e carinho e acolhimento sempre;
- Ao meu esposo e amigo Manoel Farias, sem o qual a parceria e brilhantismo não seria possível a concretização deste sonho;
- A minha orientadora Prof.^a Marta Menezes pela oportunidade e amadurecimento do aprendizado, a paciência e por ter acreditado em minha capacidade e dedicação;
- As professoras Carolina e Alcina por terem contribuído no aprimoramento desta pesquisa e agregado conhecimentos pertinentes à minha formação;
- Aos meus amigos e amigas Juliana, Ozilene, Michel, Silvia, Elisandra e Jenine pela amizade e companheirismo durante toda esta etapa;
- Ao professor Luis Morais pela colaboração e incentivo na fase do projeto.

Agradeço em especial a Deus pelo dom da existência, aos orixás e irmãos de luz que estiveram ao meu lado sempre me dando forças e energias positivas, durante vários momentos difíceis que enfrentei até a conclusão desta etapa tão sonhada!!

RESUMO

Objetivo: avaliar o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA sob a ótica de um painel de especialistas. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo realizado por levantamento de opinião, através da técnica de painel de especialistas. A composição do painel ocorreu por meio de amostragem intencional e não probabilística, com amostra inicial de 30 profissionais. Os dados foram coletados entre junho e agosto de 2016, pela autora da pesquisa, através de questionário estruturado com 483 itens. A amostra final do estudo foi de 18 participantes, os quais responderam o instrumento através da plataforma virtual *Survey Monkey*, remotamente. Obteve-se a análise descritiva por pacote estatístico, no qual foram processadas as frequências relativas e absolutas. Foi estabelecido o percentual igual ou acima de 80% para a concordância das respostas. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa foi emitida mediante parecer nº 1251757 na Plataforma Brasil. **Resultados:** os resultados apontaram que a classificação de risco é uma ferramenta capaz de organizar a elevada demanda de usuários nas portas de entrada de urgência, e a aplicação do processo através da utilização dos protocolos reduz a subjetividade clínica e possíveis vieses, gerando dados para auditoria. Houve concordância dos especialistas diante da efetividade do ACCR estar atrelada às ações de educação permanente e interdisciplinaridade em equipe. Entretanto, ocorreram ressalvas ao considerarem a implantação do ACCR um processo simples. O instrumento apresentou o índice de 73,8% de concordância geral e o nível de gravidade amarelo obteve o menor índice de concordância (56,4%) entre os avaliadores. Do total de 24 descritores, 15 foram indicados com valores de concordância abaixo de 80%, destes, os que perfizeram as condições do trauma são os mais críticos, destacando-se os itens inclusos nos níveis de prioridade amarelo e vermelho. Mereceu destaque os parâmetros de avaliação dos sinais vitais para o paciente grave por apresentarem baixa concordância e pertencerem a vários descritores. **Conclusão:** concluiu-se que o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA demanda de revisão geral em seu conteúdo, dado o índice de concordância encontrado. Este estudo evidenciou a importância da avaliação da viabilidade técnica do instrumento. Ressalva-se por fim, que um protocolo de classificação de risco atende a cada contexto territorial e epidemiológico, sendo parte de um processo que carece ser revisado periodicamente.

Descritores: Triagem. Serviços de Emergência. Acolhimento. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Objective: evaluate the content of the State Protocol of Risk Classification of BA from the perspective of a panel of experts. **Methodology:** a descriptive study carried out by an opinion survey, using the expert panel technique. The composition of the panel occurred through intentional and non-probabilistic sampling. The data were collected between June and August of 2016, by the author of the research, through a structured questionnaire with 483 items. The study counted on 18 participants, who answered the instrument through the virtual platform Survey Monkey, remotely. The descriptive analysis was obtained by statistical package, in which the relative and absolute frequencies were processed. A percentage equal to or greater than 80% was established for the agreement of the answers. The approval of the Research Ethics Committee was issued with an opinion on the Brazil Platform. **Results:** the results showed that risk classification is a tool capable of organizing the high demand of users at the emergency entrance doors, and the application of the process through the use of protocols reduces clinical subjectivity and possible bias, generating data for audit. The experts agreed that the effectiveness of CCRA depends on actions such as ongoing education and team interdisciplinarity. There were reservations when considering the implementation of the ACCR a simple process, by the same to the extrinsic factors that surround the structure of the RAU. The instrument presented 73.8% of general agreement and the yellow severity level obtained the lowest agreement rate (56.4%) among the evaluators. From the total of 24 descriptors, 15 were indicated with agreement values below 80%, those that make up the conditions of the trauma are the most critical, highlighting the items included in the priority levels yellow and red. The parameters of evaluation of the vital signs for the severe patient were highlighted by the low agreement and belonged to several descriptors. **Conclusion:** it was concluded that the State Protocol for the Classification of Risk-BA demands a general revision in its content, given the agreement index found. The results showed the importance of evaluating the technical feasibility of the instrument. Finally, it should be emphasized that each protocol of classification of risk responds to a territorial and epidemiological context, being part of a process that needs to be reviewed periodically.

Keywords: Triage. Emergency Service. User embracement. Validation Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Linha do tempo da construção do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA	30
Figura 2 - Método da classificação de risco Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA	31
Quadro 1 - Relação dos descritores Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA para o perfil adulto	32
Quadro 2 - Relação dos descritores Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA para o perfil pediátrico.....	32
Gráfico 1 - Opinião do painel de especialistas acerca do processo de organização do ACCR em portas de entrada de urgência - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação dos descritores com quantitativo de itens por nível de gravidade (cores) – Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	37
Tabela 2 - Correspondência Quantitativa aos 80% de Concordância - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	40
Tabela 3 - Caracterização demográfica da amostra do painel de especialistas (n = 18) do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	44
Tabela 4 - Distribuição da amostra do painel de especialistas (n = 18) do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, segundo atuação profissional. Bahia, 2017.....	45
Tabela 5 - Índice Geral de Concordância (IGC) do Painel de Especialistas - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	46
Tabela 6 - Índice de Concordância por Nível de Gravidade (ICNG) do Painel de Especialistas-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	47
Tabela 7 - Índice de Concordância por Descritor (ICD) do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.	48
Tabela 7.1 - Panorama Geral de Concordância dos Descritores por Nível de Gravidade do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	49
Tabela 7.2 - Detalhamento de Descritores com Baixa Concordância por Nível de Gravidade do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	49
Tabela 7.3 - Total de Descritores coincidentes em baixa concordância por ICD < 80% e ICNG < 80% do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	50
Tabela 7.3.1 - Descritores de baixa concordância exclusivamente por ICD e ICNG < 80% Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	50
Tabela 8 - Total de itens/condições de maior ocorrência e baixa concordância por ICD < 80% Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	51
Tabela 9 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queimaduras - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	52
Tabela 10 - Itens com ICD < 80% do Descritor Dor de Ouvido e Garganta – Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	52
Tabela 11 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Oculares - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	53
Tabela 12 - Itens com ICD < 80% do Descritor Mordedura de Animal/ Acidente com Animal Peçonhento - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	54
Tabela 13 - Itens com ICD < 80% do Descritor Trauma Geral - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	55
Tabela 14 - Itens com ICD < 80% do Descritor Trauma de Crânio- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	55
Tabela 15 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Urinárias-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	56

Tabela 16 - Itens com ICD < 80% do Descritor Edema/Icterícia/Fraqueza/Câimbra-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	57
Tabela 17 - Itens com ICD < 80% do Descritor Sangramentos- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	57
Tabela 18 - Itens com ICD < 80% do Descritor Alterações Glicêmicas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	58
Tabela 19 - Itens com ICD < 80% do Descritor Dor Cervical/Dorsal/lombar ou Extremidades-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	59
Tabela 20 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Abdominais-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017	59
Tabela 21 - Item com ICD < 80% do Descritor PCR - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	60
Tabela 22 - Itens com ICD < 80% do Descritor Dor de Cabeça-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	60
Tabela 23 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Respiratórias-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AHA	American Heart Association
ATLS	Advanced Trauma Life Support
ATS	Australasian Triage Scale
BPM	Batimentos por minuto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CTAS	Canadian Triage Acuity Scale
ESI	Emergency Severity Index
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GT	Grupo de Trabalho
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
HGT	Hemogluco teste
ICM	Incursões por minuto
MAT	Model Andorra del Triage
mmHg	Milímetros de mercúrio
MTG	Manchester Triage Group
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica

PCR	Parada Cardiorrespiratória
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
PNH	Política Nacional de Humanização
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RH	Recursos Humanos
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCQ	Superfície Corpórea Queimada
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPO ₂	Saturação de Oxigênio
SPSS	Statistical Package Social Science
SSNV	Sinais Vitais
STM	Sistema de Triagem Manchester
SVD	Sonda Vesical de Demora
SUS	Sistema Único de Saúde
TAX	Temperatura Axilar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo primário	16
2.2	Objetivos secundários	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Panorama das urgências no Brasil	17
3.2	A tecnologia do Acolhimento com Classificação de Risco	18
3.3	Profissionais envolvidos no ACCR	24
3.4	A importância de protocolos para o ACCR	27
3.5	O Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA	29
4	METODOLOGIA	34
4.1	Desenho do Estudo	34
4.2	Técnica - Painel de Especialistas	34
4.3	Seleção dos Participantes	34
4.4	Instrumento de Pesquisa	35
4.5	Coleta e Análise dos dados	38
4.6	Aspectos Éticos	41
5	RESULTADOS	43
6	DISCUSSÃO	62
7	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	86
	ANEXO	155

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as portas de entrada de urgência, assumem as atribuições das principais formas de acesso ao atendimento dos usuários, nas mais variadas situações, de modo que a ocorrência da superlotação é um fenômeno global. Neste contexto, a população brasileira anseia por atendimento médico rápido e pela resolução das suas necessidades de saúde ^(1,2).

Um estudo que avaliou a demanda atendida no serviço hospitalar de urgência público terciário e sua adequação, conforme o protocolo de acolhimento e classificação de risco em 2015 constatou que 60,3% dos atendimentos poderiam ser resolvidos em serviços de menor complexidade ⁽³⁾.

Entre os anos 2003-2004, o Ministério da Saúde apresentou algumas estratégias na tentativa de minimizar a crise das portas de entrada de urgência e emergência. Dentre elas, estão a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão, na qual está inserida a diretriz do acolhimento com classificação de risco-ACCR e o QualiSUS – programa de qualificação do atendimento às urgências e emergências hospitalares ^(4,5).

A classificação de risco é uma ferramenta que organiza o fluxo de entrada dos usuários e propõe a extinção do atendimento por ordem de chegada às portas de entrada de urgência. Destacam-se entre os seus objetivos a garantia do atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, o aumento da satisfação dos usuários e, principalmente, a possibilidade de pactuação de fluxos com a construção de redes internas e externas de atendimento no âmbito da rede de atenção ⁽⁶⁾.

No cenário nacional, as experiências na implantação do Sistema de Classificação de Risco com a utilização do protocolo de Manchester têm demonstrado a qualificação dos processos de recepção e priorização das situações de maior gravidade, bem como a diminuição do tempo de espera para atendimento aos casos de urgência e a diminuição da mortalidade ⁽⁷⁾.

No Estado da Bahia, foi aprovada em 2012, a Resolução na Comissão Intergestora Bipartite-CIB de nº044, que estabelece os critérios, diretrizes e requisitos para a construção de planos estaduais, regionais e municipais de atenção às urgências. Em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Humanização, este documento traz em seu escopo a diretriz da

ampliação do acesso com implantação do ACCR em todos os pontos de atenção, utilizando protocolos pactuados ⁽⁶⁾.

O Protocolo Estadual de Classificação de Risco foi divulgado para uso em dezembro de 2014, como ferramenta indispensável na organização da rede de urgência, propondo a formação de uma linguagem única entre os pontos de atenção. Desde então, são evidenciadas dificuldades na viabilização de sua implantação, por instituições da rede estadual, como a baixa adesão e a potencial inadequação do instrumento a realidade do Estado da Bahia. Este processo vem sendo monitorado pela área técnica responsável, no espaço da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-SESAB.

É importante destacar que a construção dos descritores do perfil adulto do protocolo estadual de classificação de risco e dos seus respectivos itens foi pautada em protocolos institucionais nacionais por um grupo de trabalho intersetorial da SESAB, montado para elaboração do instrumento ⁽⁶⁾.

Existe a necessidade de aprofundar as avaliações de protocolos institucionais, através de estudos quantitativos e qualitativos, pois à medida que são implantados, surgem questionamentos que envolvem os aspectos já mencionados, e outros, tais como a confiabilidade e a validade. Estudos desta natureza são escassos, revelando-se a importância do desenvolvimento de pesquisas que busquem a melhoria e o aprimoramento dos instrumentos de classificação de risco elaborados no Brasil.

Sendo assim, essa pesquisa se justifica pela necessidade de uma avaliação da qualidade do instrumento estudado de forma mais aprofundada, confrontando com opiniões de profissionais que vivenciam a realidade da urgência/emergência. Esta etapa é fundamental para verificar a efetividade do protocolo, avaliar se o mesmo responde à realidade do Estado da Bahia, além de identificar as suas fragilidades e potencialidades.

As perspectivas deste estudo compreendem a oportunidade de qualificar a atenção, na medida em que, seus resultados visam o aprimoramento da qualidade técnica do protocolo institucional, sua posterior validação de conteúdo e o aumento da segurança no processo da classificação de risco, em unidades de urgência e emergência.

Considerando a complexidade que envolve o contexto da qualidade técnica do protocolo estadual e o quantitativo de itens a ser avaliado (484), aliadas às inquietações anteriormente destacadas, este estudo propõe a avaliação do referido instrumento por um painel de especialistas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Avaliar o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA sob a ótica de um painel de especialistas.

2.2 Objetivos secundários

Descrever a opinião dos especialistas acerca do Acolhimento com Classificação de Risco-ACCR;

Averiguar possibilidades de aperfeiçoamento para o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Panorama das urgências no Brasil

A superlotação dos serviços de emergências, hospitalares e não hospitalares, é um problema distribuído em todo o mundo, atualmente. Trata-se da evidência de um desequilíbrio entre a capacidade de atendimento e a demanda de pacientes recebida por uma porta de urgência. Aliados a esta questão ainda existem o déficit de leitos de retaguarda, tempos de espera alargados incompatíveis com a necessidade de uma avaliação precoce de pacientes mais graves, bem como pacientes avaliados, medicados e internados nos corredores ⁽⁸⁾.

É possível notar que os profissionais que atuam no âmbito da urgência/emergência, estão sob um elevado nível de estresse pessoal e entre as equipes, pressionados pela população em função da cobrança por novos atendimentos. A superlotação gera a insatisfação de pacientes e de profissionais, comprometendo a qualidade da assistência e pondo em evidência o baixo desempenho dos sistemas de saúde como um todo, assim como dos hospitais e unidades de saúde em sua individualidade ^(1,9).

As portas de entrada de urgência superlotadas e o fluxo de pacientes desordenado se relacionam com a logística da ordem de chegada e, não pelo atendimento que prioriza o risco iminente de morte. O reflexo deste problema gera a falta de resolutividade no atendimento, levando à complicação do quadro clínico de alguns e até ao óbito, além de excluir do atendimento muitos usuários, ferindo o princípio constitucional da universalidade do acesso ao SUS. Tal fato nos remete ao conceito histórico de triagem, termo que vem do verbo francês “*trier*”, que significa separar, escolher; cuja origem deve-se à medicina de guerra na era napoleônica ^(10,11).

A triagem desenvolveu-se como uma prática de medicina de guerra e consistia em uma avaliação rápida dos soldados feridos. A intenção era fornecer atendimento imediato àqueles soldados com maiores chances de retornar o mais breve possível à frente de batalha, de modo que os gravemente feridos eram destacados do batalhão, pois, por questões de grande demanda e indisponibilidade de recursos materiais e tecnológicos, precisavam ser evacuados do local para obterem os cuidados médicos necessários ^(12,13).

No contexto histórico, há registros do processo de triagem durante outras guerras, primeira e segunda guerra mundial, e também no desenvolvimento de técnicas para o atendimento em incidentes com múltiplas vítimas. A triagem mostrou-se eficiente e foi evoluindo ao longo do tempo, ganhando importância nas emergências hospitalares a partir das décadas de 1950 e 1960. No mesmo período, os médicos gradualmente deixaram de atender nas casas das famílias e passaram a trabalhar em consultórios. Tais mudanças refletiram no aumento da procura pelos serviços de emergência hospitalares, estabelecendo a necessidade de avaliar os pacientes quanto à sua gravidade para priorização dos atendimentos ^(10, 14, 15).

O termo triagem é utilizado em países anglo-saxônicos, como EUA, Inglaterra, Suécia e Austrália. Porém, países latinos têm buscado outras expressões, já que o verbo triar significa a exclusão de usuários do acesso ao sistema de saúde. A sociedade espanhola introduziu o termo RAC, que significa *Recepción, Acogida y Clasificación* de pacientes. De forma semelhante, no Brasil, a expressão classificação de risco é sinônima de triagem estruturada ^(16,17).

Diante do exposto torna-se inadiável, a busca de soluções para aperfeiçoar o atendimento nos serviços de urgência, no intuito de oferecer uma assistência humanizada, de qualidade e resolutiva aos usuários que os procuram. Processos de melhoria consistentes envolvem ações em três aspectos de forma simultânea: métodos, pessoas e ferramentas.

3.2 A tecnologia do Acolhimento com Classificação de Risco

No Brasil, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização-PNH com o objetivo de deflagrar um movimento interno ao sistema e instituições de saúde de modo a alterar os moldes de gestão e de cuidar em saúde. Tal política apostava na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e subjetividade ^(4,18).

A PNH tem sido construída seguindo a metodologia da tríplice inclusão: dos sujeitos, coletivos e da perturbação que estas inclusões produzem nos modos de governar os serviços de saúde e nas relações clínicas. Esta última inclusão se apresenta como a mais importante do ponto de vista ético: inclusão da diferença, suportando-a e, ao mesmo tempo, tomando-a como principal

força-motor da produção de mudanças, que em última instância, são as atitudes e os comportamentos das pessoas ⁽¹⁸⁾.

A inclusão do outro para diferir, para a produção do comum, necessita ser orientada por premissas éticas, políticas e clínicas. Tais pressupostos precisam ser pautados e ratificados no processo de construção do SUS, como o direito à saúde, a universalidade e a equidade do acesso, a integralidade e a participação cidadã. A PNH estabelece algumas diretrizes para orientar os processos de humanização das práticas de cuidado e gestão, que informam o sentido da inclusão. Entre estas estão o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a valorização dos trabalhadores, a defesa dos direitos dos usuários e o fomento as redes sociais de produção de saúde ⁽¹⁸⁾.

Neste estudo será destacada a diretriz do acolhimento. O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção em saúde ⁽¹⁹⁾.

O acolhimento surge como constituinte de todas as práticas de gestão e atenção. No caso das portas de entrada de urgência, há a presença de desafios a serem superados como: superlotação, processos de trabalho fragmentados, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros ⁽⁴⁾.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento pode se restringir a uma atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento ^(4,19).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência,

estabelecendo articulações com esses serviços, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários ⁽¹⁹⁾.

É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso (todos os cidadãos possuem direito ao acesso dos serviços de saúde) e a responsabilização das instâncias públicas. Isto deve ser implementado com a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população, empenhando-se em construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida sejam adotadas como lema ⁽¹⁹⁾.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de urgência pressupõe que todos serão amparados por um profissional da equipe de saúde. Este profissional vai escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e vulnerabilidade, e coletar também a avaliação do próprio usuário; vai se responsabilizar pela resposta a este, e para isso vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo com essa resolução ⁽⁴⁾.

A PNH coincide com a necessidade de repensar o modo das práticas de saúde dos profissionais e de organizar os serviços de urgência brasileiros, dentre outras questões. O usuário aparece como um dos atores estratégicos envolvidos no processo, sob o qual é resgatado o seu direito ao acesso à saúde, garantido pelo princípio da universalidade do SUS, porém pouco respeitado e cumprido, sob a égide da equidade e da integralidade da assistência.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pela falta de atendimento dentro do tempo adequado ⁽⁴⁾.

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade ⁽⁴⁾.

É importante acentuar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento; entretanto, nas “portas de entrada”, os serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde preparado para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde local ⁽⁴⁾.

A tecnologia “avaliação com classificação de risco”, pressupõe a agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada ⁽¹⁹⁾. Além disso, agrega outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento ⁽⁴⁾.

Estas duas tecnologias, acolhimento e classificação de risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais disparem no processo de trabalho ⁽¹⁹⁾. Reforçando o pensamento anterior, seguem alguns pontos críticos desse processo: Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloque a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários; reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias; transformar os processos de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários. Além disso, potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria ⁽¹⁹⁾.

No documento criado pela PHN são disponibilizadas algumas ferramentas teóricas como o fluxograma analisador. É definido como a foto/desenho das entradas no processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados (análise do caso), funcionando como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços ⁽¹⁹⁾.

Existem também as oficinas de discussão e construção de ações com acento no trabalho grupal multiprofissional com a participação de equipe local e/ou consultorias externas e a elaboração de Protocolos que acontece sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando: inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, humanização do atendimento, identificação de risco por todos os profissionais, definição de prioridades e padronização de medicamentos ⁽¹⁹⁾.

Os sistemas de triagem estruturada consistem na disponibilidade de um sistema/escala de classificação válida, útil e reprodutível e uma estrutura física, profissional e tecnológica dos serviços de urgência que permita a classificação dos pacientes, com base no grau de urgência. Sendo assim, a classificação é realizada de forma a assegurar os pacientes que esperam o atendimento médico ^(10,11).

Atualmente, os serviços de urgência vêm trabalhando com a perspectiva de que o acolhimento deverá ocorrer durante todo o processo do atendimento ao paciente. Desde a chegada do usuário, com a escuta qualificada, a assistência realizada na sala de observação e estabilização, até o desfecho do tratamento, podendo evoluir para alta, internação hospitalar ou encaminhamento para outro serviço de saúde. Todavia, o foco do acolhimento tem sido desenvolvido no ingresso do usuário, onde é realizada a classificação de risco por meio de protocolos ^(1,10).

A classificação de risco representa um processo capaz de tranquilizar familiares e usuários, oferecendo segurança e apoio emocional. O processo é contínuo e deve ser dinâmico. É necessário informar ao usuário claramente sobre a zona de destino após a classificação, tempo máximo de espera, bem como sobre a organização do serviço por ordem de gravidade. Esta atitude gera mais confiança, organiza o fluxo e fornece informações estatísticas que possibilitam políticas de melhorias ⁽¹⁾.

Países como Austrália, Espanha, Reino Unido e Canadá já utilizam a classificação de risco como ferramenta ordenadora do fluxo de pacientes desde a década de 1990, mudando a lógica de atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o grau de sofrimento e/ou agravo à saúde, e não mais a ordem de chegada, como ainda é praticada no Brasil, remetendo ao conceito de triagem e excluindo usuários do acesso à saúde ⁽⁶⁾.

De modo geral, sabe-se que os serviços hospitalares de urgência de outros países também enfrentam problemas como a superlotação e dificuldades com alta demanda. No Brasil, esse problema ocorre com maior intensidade, porém um estudo mostrou que a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco tem produzido melhorias no fluxo de atendimento, mesmo em instituições cuja adesão ocorreu em situações consideradas de difícil solução ⁽²⁰⁾.

Um estudo recente realizado em Londrina-PR concluiu que a adoção do ACCR constituiu estratégia de inversão do fluxo de procura de atendimento e induz à mudanças no sentido da utilização da atenção primária como porta de entrada. Sendo assim, o registro sistemático dos atendimentos realizados com o uso do protocolo do ACCR contribuiu com a criação de um sistema que produz dados imprescindíveis na qualificação das práticas assistenciais e no reordenamento do fluxo ⁽³⁾.

Em 2011, o Ministério da Saúde implantou a Rede de Atenção às Urgências-RAU, através da reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (2002-2011). A RAU tem como finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna ⁽²¹⁾.

Este novo arranjo organizativo de pensar e gerir a política das urgências no país traz a lógica de redes de atenção. Segundo Mendes (2009), a solução do problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças, com predominância relativa forte de condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde. Isso vai exigir mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente através da implantação de redes de atenção à saúde ⁽²²⁾.

O mesmo autor reforça que para organizar um sistema de atenção voltado para doenças agudas e condições crônicas agudizadas, se faz necessário adotar um sistema de classificação de risco.

Isso se deve a que, nas condições agudas, a variável-chave para a organização das redes de atenção às urgências e às emergências é o tempo-resposta em relação ao risco ⁽²²⁾.

A implantação do acolhimento com classificação de risco como processo de organização de fluxos assistenciais, de forma a garantir resolutividade e qualidade na atenção, integra um dos principais pilares organizativos da RAU, devendo ser requisito em todos os pontos de atenção. Esta premissa contempla o atendimento aos usuários com quadros agudos em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade ⁽²¹⁾.

A implantação da classificação de risco, através da adoção de protocolos de triagem, é um poderoso instrumento para iniciar um processo de gestão em estruturas naturalmente desorganizadas, como os hospitais de urgência, sendo tal pressuposto, apontado em literatura internacional. Não há mais a possibilidade de trabalhar com atenção às urgências sem um sistema de triagem ou classificação de risco. Já existe comprovação de que algum deles, principalmente o de Manchester, consegue a previsão de mortalidade nas primeiras 24 horas e a necessidade de internação. No entanto, se tais estruturas ainda atuam de forma isolada, sem integração e articulação com outros pontos de atenção, o resultado da implantação do processo é menor do que o seu potencial ⁽²³⁾.

3.3 Profissionais envolvidos no ACCR

Todo usuário que acessa os serviços de demanda aberta de urgência anseia ter a sua necessidade de saúde atendida, seja qual for a complexidade. Diante de um contexto em que o usuário, muitas vezes é excluído do acesso à saúde, a PNH redesenhou o conceito de acolhimento para o processo de trabalho nas portas de entrada das emergências, na tentativa de incluí-lo dentro do processo de produção em saúde, modificando a abordagem tradicional.

A diretriz do acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento

de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo, se diferencia de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ser praticada por todos os profissionais e ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde ⁽⁴⁾.

O acolhimento ou escuta qualificada das necessidades do usuário que procura uma unidade de saúde, deverá ser realizada por todo e qualquer profissional que esteja atuando ou em contato com este. Seu objetivo inclui ouvir atentamente a fala do usuário, atinando-se para as suas prováveis vulnerabilidades, orientar a respeito dos fluxos e correto funcionamento da unidade e lhe proporcionar conforto e bem estar físico. Tal escuta fortalece a aproximação do usuário com a equipe de saúde, devendo acontecer antes da classificação de risco ^(4,8).

A classificação de risco é um método que envolve uma anamnese criteriosa e objetiva, avalia os sinais e sintomas do usuário, utilizando-se de conhecimentos científicos para determinar a prioridade e encaminhá-lo para o atendimento médico. Neste momento deverão ser associadas ao critério de gravidade clínica: a avaliação do sofrimento, dos riscos e vulnerabilidades apresentados pelo usuário ⁽¹⁹⁾. Por não estabelecer definição de diagnóstico, esta metodologia de trabalho ainda considerada recente nos serviços de urgência, começou e permanece sendo executada por enfermeiros.

No Reino Unido, a classificação de risco era tradicionalmente uma função do enfermeiro. Na década de 1980, a única abordagem era a do modelo SOAPE (*subjective, objective, assessment, plan, evaluation*) de Blythin (1988), que estruturava a entrevista, mas não fornecia orientações quanto ao resultado. Assim, o resultado do processo de classificação de risco não era baseado em uma metodologia sólida. As decisões da classificação de risco eram potencialmente específicas de cada triador, sendo parte inerente do seu próprio processo de tomada de decisão ⁽²⁴⁾.

No Brasil, o primeiro conceito de classificação de risco foi trazido pela Portaria GM/MS nº 2.048/2002 que aprovou o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Porém, o mesmo documento não deixa claro, de uma forma específica, quais

profissionais podem realizá-la, quando afirma “(...) *deverá ser realizada por profissional de nível superior (...)*”⁽¹²⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem determinou através da Resolução nº 423/2012, que esta ferramenta deverá ser executada privativamente por enfermeiros, os quais devem estar dotados dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento ⁽²⁵⁾.

A classificação de risco tem se configurado como uma tentativa de reorganização do atendimento nas portas de entrada do sistema de saúde. O Brasil segue a experiência exitosa de países como Inglaterra, Canadá, Austrália e Portugal, onde o enfermeiro tem sido o profissional mais adequado para executar a proposta, baseado na premissa de que não é realizado diagnóstico médico, e sim a identificação de sinais e sintomas que permitem atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera recomendado ⁽²⁶⁾.

O enfermeiro ao concluir seu curso de graduação, alcançou durante esta formação, o conhecimento técnico e científico, além das competências necessárias para realizar a consulta de enfermagem. Sendo assim, se entende que o enfermeiro possui competência técnica, científica e legal para executar a classificação de risco. Não ficam excluídas a obrigatoriedade de capacitações teóricas e práticas, bem como a segurança do profissional em aplicar o processo ⁽²⁶⁾.

O principal papel do enfermeiro na classificação de risco é a correta atribuição de prioridade aos usuários. Ele tem de se tornar excelente na avaliação rápida, o que pressupõe uma rápida tomada de decisões e capacidade adequada de delegação de tarefas. As entrevistas com os usuários não devem ser longas e o registro deve ser preciso ⁽²⁴⁾.

A atuação do médico durante a classificação de risco é o atendimento dos usuários que foram classificados pelos enfermeiros, assumindo o controle da sua conduta terapêutica, de modo a garantir o cumprimento dos tempos de classificação propostos pelo instrumento de classificação de risco ⁽²⁴⁾.

3.4 A importância de protocolos para o ACCR

A aplicação desta ferramenta é norteada por instrumentos ou protocolos. Através da utilização destes, o enfermeiro identifica os sinais e sintomas que permitem atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera estabelecido pelas cores, até a primeira observação médica ⁽⁶⁾.

A utilização de protocolos direcionadores é importante, pois visa diminuir o viés de subjetividade implicado na avaliação da queixa do paciente que procura o serviço de urgência e emergência ⁽²⁶⁾.

O primeiro hospital brasileiro a implantar a classificação de risco foi o Municipal de Paulínia, em 1993. Na época, o hospital era conveniado com a Universidade de Campinas, e um professor, recém-chegado do Canadá, trouxe a proposta de implantação da classificação de risco, a partir da adaptação do protocolo canadense à realidade local. Posteriormente, no ano de 2001, o Hospital Mário Gatti, em Campinas-SP, baseado na experiência do hospital anterior, também implantou a classificação de risco em seu pronto-socorro. Com o passar do tempo, outros hospitais do país, baseados na experiência do Hospital Mário Gatti, também implantaram o serviço ⁽¹⁵⁾.

O objetivo de um protocolo de classificação de risco é identificar pacientes graves e priorizar o seu atendimento. É importante que o tempo de classificação de risco seja curto, para que consiga manter o seu principal objetivo, que é garantir a segurança dos pacientes que aguardam o primeiro atendimento médico ⁽²⁷⁾.

Uma vez determinada a prioridade clínica, é de suma importância a monitorização e reavaliação deste paciente, tendo em vista que sua condição clínica poderá piorar, aumentando, portanto, o nível de prioridade clínica, ou, reduzindo conseqüentemente o nível de prioridade de atendimento (reclassificação) ⁽²⁸⁾.

A estruturação do referido processo deve considerar mecanismos de controle das áreas do serviço de urgência e das salas de espera, convertendo-se em valiosa ferramenta de auxílio à gestão da assistência do serviço de urgência, colaborando com a eficiência do serviço e organizando a fila de forma justa, conforme a gravidade do paciente ⁽²⁷⁾.

A classificação de risco ou triagem estruturada é feita por escala de priorização, reprodutível e válida. Dentre os protocolos internacionais, merece destaque o protocolo de Manchester. Trata-se de um instrumento que possui grande adesão em vários países, além do Reino Unido, como Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, Hong Kong e Japão. No Brasil, os registros indicam que o Estado de Minas Gerais foi o pioneiro em sua utilização, tendo-o adotado como padrão a partir de 2008. Atualmente a sua utilização é mais difundida, sendo o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco o representante oficial do protocolo no Brasil, autorizado pelo Manchester Triage Group-MTG ^(10,14).

O protocolo de Manchester possui cinco níveis de classificação, sendo que a cada um deles é atribuída uma cor e um tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico: nível 1-emergente, vermelho com atendimento imediato; nível 2-muito urgente, laranja com atendimento em até 10 minutos; nível 3-urgente, amarelo com atendimento em até 60 minutos; nível 4-pouco urgente, verde com atendimento em até 120 minutos; nível 5-não urgente, azul atendimento em até 240 minutos. Existe também a cor branca que é utilizada para pacientes fora da categoria de urgência, mas que buscam o serviço para atendimentos eletivos, tais como retorno, realização de exames e cirurgias ⁽¹⁰⁾.

É composto por 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados, sendo sete específicos para crianças e dois para catástrofes. Os fluxogramas contêm discriminadores gerais e específicos, sendo os discriminadores os sinais e sintomas que fazem a distinção entre as prioridades possíveis. Podem ser gerais e específicos. Os gerais se aplicam a todos os doentes, independentemente das condições que apresentam. São eles: risco de morte, dor, hemorragia, grau de estado de consciência, temperatura e agravamento. Os discriminadores específicos são aplicados para casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características chave de condições particulares ⁽¹⁰⁾.

A prioridade clínica requer a busca por informações suficientes para alocar o doente em uma das cinco categorias e determina o prazo máximo para avaliação médica, conforme mencionado anteriormente ⁽¹⁰⁾.

Alguns estudos realizados mostram que o sistema de Manchester possui um número de vantagens para a sua utilização no Brasil, tais como ser internacionalmente reconhecido, ser passível de auditorias individual e departamental, fornecer um caminho sistemático e lógico para a tomada de decisão na classificação de risco, assim como na gestão do serviço de urgência. Somam-se a estas vantagens: a boa confiabilidade do instrumento e uma metodologia de trabalho eficaz, sendo passível de informatização ^(10,14).

O protocolo de Manchester também apresenta algumas desvantagens. Por ser um instrumento licenciado torna-se inacessível à maior parte dos serviços da rede SUS, principalmente aos municípios de pequeno porte. Seu conteúdo técnico não é totalmente adaptado à realidade brasileira, podendo gerar viés de classificação diante da apresentação de algumas sintomatologias. As arboviroses e outras endemias de algumas regiões brasileiras e a anemia falciforme, por exemplo, poderão sofrer equívoco de avaliação de risco, por não serem comuns ao país de origem que criou o instrumento. A versão original, de 1997 foi alterada e publicada em 2006, porém ainda não foi autorizada para ser utilizada no Brasil.

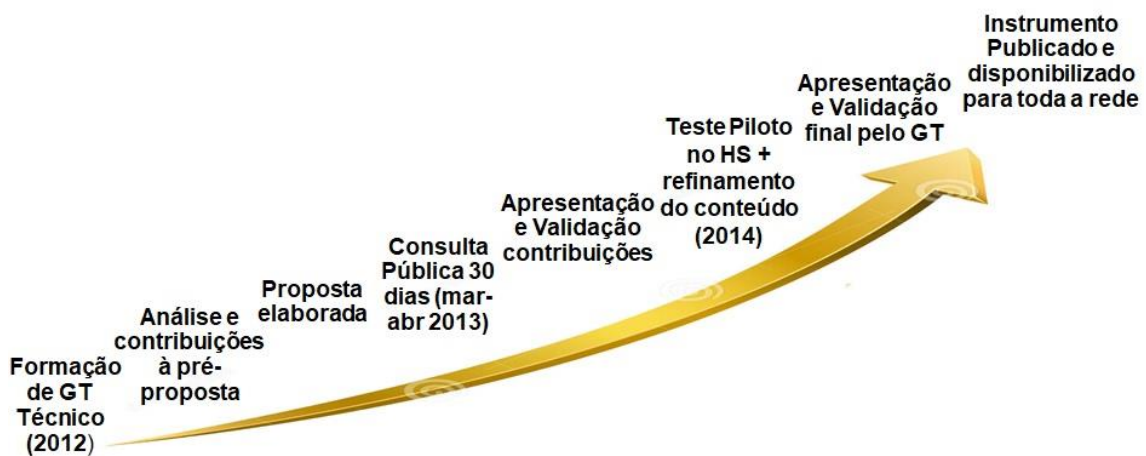
3.5 O Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA

Este estudo apresenta o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA como ferramenta para ser utilizada em portas de entrada do sistema de atenção à saúde. Sua elaboração caminhou na perspectiva de extinguir o modelo vigente de triagem realizada por profissionais sem o aporte técnico científico/qualificação, priorizando o atendimento balizado no critério clínico e não por ordem de chegada; diminuir o risco de mortes evitáveis com detecção de casos graves em tempo hábil e contribuir com a diminuição da superlotação nas portas de urgência/emergência com redirecionamento dos fluxos de regulação ⁽⁶⁾.

Para a construção do documento foi criado um Grupo de Trabalho-GT intersetorial, pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia-SESAB. O referido GT era formado, majoritariamente, por médicos e enfermeiros, havendo também psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos e assistentes sociais. As reuniões ocorreram nos espaços do referido órgão, entre o período de dezembro de 2012 a junho de 2014. O GT foi conduzido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Diretoria da Atenção Especializada/Coordenação de Urgência, além de

representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e de trabalhadores de unidades hospitalares da rede estadual. O Protocolo foi disponibilizado em consulta pública, através do endereço eletrônico *www.saude.ba.gov.br*, no período entre 07 de março a 07 de abril de 2013. As contribuições foram coletadas, tabuladas, analisadas e validadas pelo Grupo de Trabalho, para posteriormente serem inseridas no documento ⁽⁶⁾. A figura 1 mostra a localização temporal da construção do protocolo estadual de classificação de risco-BA.

Figura 1 - Linha do tempo da construção do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA



O Protocolo Estadual de Classificação de Risco foi projetado para funcionar da mesma forma que o Protocolo de Manchester enquanto processo, em uma versão adaptada para 04 cores: azul, verde, amarelo e vermelho. Para a criação dos descritores de classificação de risco realizou-se um mapeamento embasado no perfil epidemiológico do Estado da Bahia, bem como consulta a alguns protocolos institucionais brasileiros como o do Hospital Mário Gatti-Campinas-SP, São Luiz-MA e Belo Horizonte-MG ⁽⁶⁾.

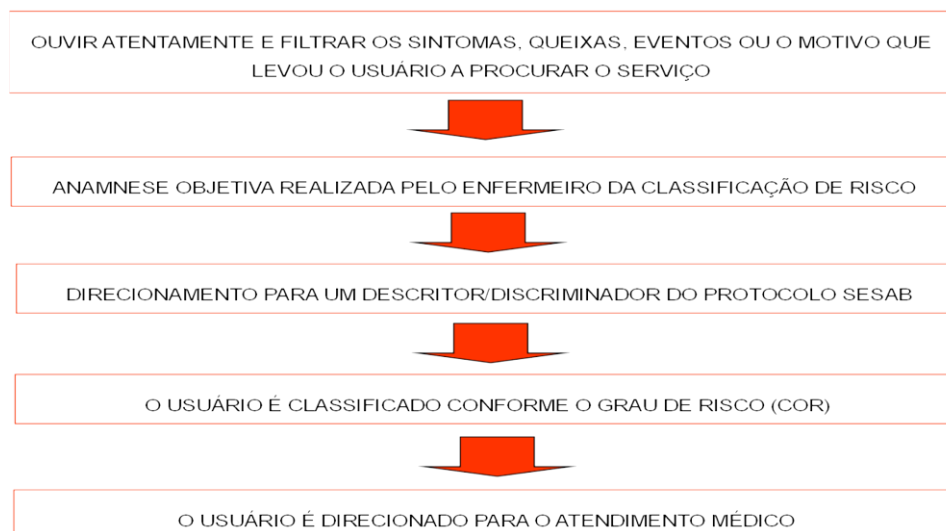
O presente instrumento utiliza descritores que possibilitam a identificação do problema do usuário através do sistema queixa/evento/sintoma com posterior classificação, de acordo o grau de prioridade clínica em uma das quatro cores: vermelho/emergência-atendimento imediato, amarelo/urgência-atendimento em até 30 minutos, verde/pouca urgência-atendimento em até 60 minutos ou azul/não urgência-atendimento em até 240 minutos ⁽⁶⁾.

A metodologia de classificação de risco deste protocolo define que a avaliação do enfermeiro deve levar em conta a queixa principal apresentada pelo paciente, considerando aspectos como: início, evolução e duração, aparência física e resposta emocional, acrescentando, de caráter obrigatório o registro dos dados vitais na ficha de classificação de risco (figura 2) ⁽⁶⁾.

Durante a classificação de risco, o enfermeiro deve lançar mão de instrumentos objetivos como a Escala de Coma de Glasgow para a avaliação do estado de consciência, da escala de dor para avaliá-la o mais objetivamente possível, e de informações adicionais como medicação atual em uso e alergias. A intuição/experiência do enfermeiro que avalia pode ser considerada no processo de classificação de risco, ressaltando que esta não poderá ser utilizada para diminuir o nível de prioridade clínica, mas somente para aumentá-lo ⁽²⁾.

Consta também de uma ficha de classificação de risco, e mais adiante, de alguns anexos como a Escala de Coma de Glasgow, parâmetros de sinais vitais, área de extensão de queimaduras, mecanismos do trauma, escala de dor, dentre outros, com o objetivo de subsidiar o trabalho do enfermeiro no momento da anamnese do paciente ⁽⁶⁾.

Figura 2 - Método da classificação de risco Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA



O protocolo estadual é composto de descritores que classificam os pacientes em perfil adulto e pediátrico, sendo o total de 24 e 15 descritores, respectivamente (quadros 1 e 2) ⁽⁶⁾.

Quadro 1 - Relação dos descritores Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA para o perfil adulto

Descritores protocolo SESAB – perfil adulto	
PCR	Queixas respiratórias
Queimaduras	Dor de cabeça
Trauma de crânio	Alterações glicêmicas
Trauma geral	Pressão alta
Mordedura de animal/acidente com animal peçonhento	Queixas oculares
Intoxicação aguda/envenenamento	Afecções cutâneas/anafilaxia
Dor torácica	Alterações de temperatura
Sangramento	Edema/icterícia/fraqueza/câimbra
Queixas urinárias	Dor de ouvido e garganta
Dor cervical/dorsal/lombar ou extremidades	Alterações de crise psíquicas/abstinência de álcool e outras drogas
Feridas e abscessos	Queixas abdominais
Crise convulsiva/alterações neurológicas	Situações de baixa complexidade

Quadro 2 - Relação dos descritores Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA para o perfil pediátrico

Descritores protocolo SESAB – perfil pediátrico	
PCR	Queixas abdominais
Desequilíbrio hemodinâmico	Mordedura de animal/acidente com animal peçonhento
Alteração do nível de consciência/afogamento	Trauma de crânio
Queixas respiratórias	Trauma geral
Alterações da temperatura	Queimadura
Dor de ouvido e garganta	Intoxicação aguda/envenenamento
Feridas e abscessos	Crianças menores de 02 meses
Sinais de desidratação/vômitos/dejeções diarreicas	

Observa-se um crescimento em relação ao quantitativo de pesquisas sobre a utilização de instrumentos para a classificação de risco em serviços de urgência. A necessidade de implantar o ACCR, associada ao uso de uma ferramenta norteadora, adaptada à realidade local e de baixo custo aumentou o número de publicações de protocolos institucionais. São exemplos, os

protocolos do Hospital Municipal Odilon Behrens-Belo Horizonte/MG, Hospital Mário Gatti-Campinas/SP e o Municipal de São Luis-MA, dentre outros ^(24, 42).

O protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA vem sendo aplicado por algumas unidades da rede estadual, porém, ainda não obteve a adesão integral por motivos que convergem em dúvidas relacionadas à qualidade do seu conteúdo técnico e à segurança na classificação dos pacientes. Na tentativa de ampliar a adesão das unidades da rede estadual ao ACCR, expandindo-o para todos os pontos de atenção que integram a Rede de Atenção às Urgências, a SESAB publicou o protocolo institucional, disponibilizando-o para uso gratuito via internet ⁽⁶⁾.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo realizado por levantamento de opinião, através da técnica de painel de especialistas.

4.2 Técnica - Painel de Especialistas

A técnica selecionada como estratégia e avaliação do instrumento para este estudo foi o painel de especialistas. A escolha de tal técnica se deu, pela necessidade do estudo em mostrar a importância de incluir a visão de especialistas, no sentido aqui proposto, sobre fenômenos multideterminados. Nessa acepção, o especialista representa uma perspectiva bem específica sobre o assunto, a ser integrada com outras visões sobre o tema, e não implicando em palavra final ou definitiva a respeito do mesmo ⁽²⁹⁾.

O painel de especialistas se destaca pelo caráter coletivo da iniciativa ao reunir várias pessoas consideradas capazes para o tratamento das questões envolvidas no objetivo da pesquisa, geralmente implicando em uma análise de tema complexo e controverso.

4.3 Seleção dos Participantes

A seleção dos especialistas ocorreu por meio de amostragem intencional e não probabilística, sempre respeitando os critérios previstos na literatura para a formação de um painel de especialistas, o qual valoriza a experiência e o conhecimento dos participantes sobre a temática específica do estudo.

Uma recomendação importante diz respeito à seleção dos informantes, que farão parte do painel de especialistas. Como a participação deles na investigação não tem caráter confirmatório (de “palavra final”), eles devem ser considerados como mais um grupo de participantes que irá contribuir para compor o conjunto de resultados a serem integrados entre si ⁽²⁹⁾.

Considerando tais recomendações, não houve a preocupação de obter representatividade de diferentes estados da federação, visto que os conhecimentos e a experiência dos participantes da amostra, na área de atuação e sobre a temática do estudo, foram considerados os critérios relevantes.

Foram utilizados como critérios de inclusão para a seleção da amostra deste estudo:

-Ser enfermeiro ou médico;

-Ter mais de 01 ano de experiência com atuação em urgência/emergência ou terapia intensiva, coordenação ou implantação de sistemas de classificação de risco em serviços de urgência/emergência;

-Ser docente na área da urgência/emergência, com titulação acadêmica *latu sensu* (pós-graduação ou especialização) ou *strictu sensu* (mestrado ou doutorado).

Para a participação do painel de especialistas, foi realizado contato prévio com os participantes, de maneira informal em seus locais de trabalho, pela autora. Na ocasião era realizado o convite para participar do painel e explicado o objetivo da pesquisa, com a finalidade de confirmar o interesse da participação no estudo e prevenir abstenções nas respostas.

4.4 Instrumento de Pesquisa

O instrumento utilizado na pesquisa foi o perfil adulto do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, publicado em 2014 pela SESAB e já utilizado por algumas instituições de saúde.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, previamente elaborado pela autora da pesquisa, construído a partir da transcrição do conteúdo técnico dos descritores do perfil adulto, retirados do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA e de uma revisão de literatura científica atualizada a respeito da temática abordada. Tal estrutura foi ordenada e alimentada na plataforma virtual *Survey Monkey*, contemplando os objetivos do estudo e viabilizando a resposta pelo painel definido.

Optou-se pela construção de instrumento estruturado (fechado), escala do tipo ordinal, para fins de avaliação e atender ao objetivo da pesquisa, que de acordo com a literatura, é a mais indicada para a medição de atitudes e opiniões ⁽³⁰⁾.

Foi orientada aos painelistas a avaliação dos descritores, com os seus respectivos itens e distribuídos por escala de classificação por cores, observando se as dimensões a serem abordadas estavam de acordo com cada item do questionário, apresentados em escala Likert. A referida escala foi distribuída em três níveis de concordância: 3-concordo, 2-concordo/discordo parcialmente e 1-discordo.

Neste sentido, Cooper e Schindler (2016) afirmam que se torna comum os participantes de pesquisas interpretarem as perguntas à luz das anteriores e não perceberem a mudança de perspectiva ou de assunto, a não ser que seja declarada. Eles não ouvem cuidadosamente e costumam tirar conclusões sobre a importância de determinada questão antes que ela seja feita por completo, e suas respostas são fortemente influenciadas por sua estrutura de referência. A maioria dos questionários que aborda assuntos diversos é dividida em seções, com transições claramente definidas entre estas para alertar o participante sobre a mudança na estrutura de referência ⁽³¹⁾.

Na perspectiva de facilitar o gerenciamento do instrumento para os participantes da pesquisa e, considerando o quantitativo de 484 itens do instrumento para avaliação, optou-se em confeccioná-lo em três partes para simplificar a lógica de respostas, inclusive em momentos diferentes. O critério utilizado para o agrupamento das partes foi a condensação dos descritores do protocolo por áreas afins, o mais próximo possível, alinhando-os de forma a simplificar o entendimento dos avaliadores diante da sequência de perguntas. O perfil adulto do protocolo possui 24 descritores, portanto, cada parte foi composta de oito. Abaixo segue a disposição do instrumento avaliado com seus descritores e o quantitativo dos seus respectivos itens que foram avaliados por níveis de gravidade (cores):

Tabela 1 - Apresentação dos descritores com quantitativo de itens por nível de gravidade (cores) – Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

	Quantidade de itens				Total
	Verm	Amar	Verde	Azul	
PARADA CÁRDIORESPIRATÓRIA (PCR)	04	00	00	00	04
QUEIMADURAS	16	04	03	01	24
TRAUMA DE CRÂNIO	14	04	06	00	24
QUEIXAS ABDOMINAIS	0	07	04	05	16
TRAUMA GERAL	14	07	05	04	30
MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	12	07	00	02	21
INTOXICAÇÃO AGUDA / ENVENENAMENTO	13	06	03	02	24
DOR TORÁCICA	08	03	03	02	16
SANGRAMENTOS	10	07	05	04	26
QUEIXAS URINÁRIAS	06	08	04	01	19
DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES	07	05	04	05	21
FERIDAS E ABSCESSOS	09	07	06	04	26
CRISE CONVULSIVA/ ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	10	06	05	02	23
QUEIXAS RESPIRATÓRIAS	10	06	05	02	23
DOR DE CABEÇA	12	04	04	02	22
ALTERAÇÕES GLICÊMICAS	09	04	02	02	17
PRESSÃO ALTA	06	02	02	02	12
QUEIXAS OCULARES	09	03	04	02	18
AFECÇÕES CUTÂNEAS/ ANAFILAXIA	07	04	05	04	20
ALTERAÇÕES DE TEMPERATURA	10	09	08	02	29
EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂIMBRA	07	04	04	01	16
DOR DE OUVIDO E GARGANTA	00	06	04	02	12
SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	13	04	06	06	29
SITUAÇÕES DE BAIXA COMPLEXIDADE	00	00	00	12	12
Total	206	117	92	69	484

A 1ª parte do instrumento solicitava o preenchimento de informações pessoais e sócio demográficas e continha nove perguntas com: nome, idade, profissão, instituição onde se formou, tempo de formação em anos, tempo de atuação em emergência, onde está atuando no momento, se atua como docente e titulação acadêmica. Existiam ainda duas perguntas que buscavam o conhecimento a respeito da temática do estudo, relacionadas à atuação com protocolos de classificação de risco no atual local de trabalho, qual o conhecimento acerca do

protocolo SESAB e mais sete questões que solicitavam as opiniões dos avaliadores a respeito da organização do processo do ACCR nos serviços de urgência/emergência (apêndice-C).

Completando a 1ª parte, foram introduzidos oito descritores que se aproximavam por áreas afins, sendo os correspondentes a esta seção, agrupados por causas externas: queimaduras, trauma de crânio, trauma geral, mordedura de animal/acidente com animal peçonhento, intoxicação aguda/envenenamento, sangramentos, queixas oculares, afecções cutâneas/anafilaxia.

Na 2ª parte incluíram-se oito descritores que se aproximavam por queixas de agravamento agudo: PCR (parada cardiorrespiratória), queixas abdominais, dor torácica, queixas urinárias, queixas respiratórias, dor de cabeça, dor de ouvido e garganta e situações de crises psíquicas/abstinência de álcool e outras drogas.

Foram colocados na 3ª parte do questionário, os últimos oito descritores, que se aproximavam por queixas de agravamento crônico: dor cervical/dorsal/lombar ou extremidades, feridas e abscessos, crise convulsiva/alterações neurológicas, alterações glicêmicas, pressão alta, alteração de temperatura, edema/icterícia/fraqueza/câimbra e situações de baixa complexidade.

Por fim, para concluir cada parte do questionário, era necessária a confirmação pelo avaliador, através do envio das respostas, ao clicar no botão “concluído” localizado no final de cada parte.

4.5 Coleta e Análise dos dados

Para a coleta de dados referentes ao Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, foram enviados por endereço eletrônico aos 30 sujeitos selecionados, os seguintes instrumentos: carta-convite (apêndice-A), termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (apêndice-B), orientações quanto ao preenchimento do questionário, três links que davam acesso à plataforma virtual *Survey Monkey*, na qual se encontrava o instrumento a ser avaliado, dividido em três partes.

Entre as 30 pessoas selecionadas que aceitaram participar da pesquisa, 22 eram enfermeiros e oito médicos. Todos os questionários foram enviados no mês de junho, com prazo de resposta determinado dentro de um período de oito dias. O retorno das respostas dentro do prazo

estipulado ocorreu por três enfermeiros e dois médicos. Após oito dias de envio dos convites, foram considerados aspectos como o tamanho do instrumento e a disponibilidade dos participantes em responder à pesquisa. Diante do quantitativo reduzido de respostas, realizou-se novo contato telefônico com quem já havia recebido o convite oficial, ressaltando a importância em responder o questionário dentro do período proposto.

Por fim, o processo de coleta de dados totalizou 18 questionários respondidos. É pertinente destacar, que o referido retorno foi considerado positivo, diante da complexidade e do quantitativo de itens que envolveram o instrumento e a disponibilidade dos participantes em respondê-lo no tempo previsto. Foi possível atribuir tal fato à disponibilização do instrumento no formato remoto, que neste caso, atuou como uma ferramenta facilitadora, agregando valor ao método do estudo, ao permitir que um número maior de pessoas aderisse à pesquisa (60%).

Durante todo este período a pesquisadora esteve disponível para o esclarecimento de dúvidas dos participantes, por meio do telefone. Alguns respondentes precisaram de suporte e outros de esclarecimento quanto a algumas dúvidas. Ademais todo o processo de preenchimento dos questionários fluiu sem intercorrências.

A avaliação ocorreu por concordância nas respostas dos participantes. A opção em incluir os consensos de concordância, teve por finalidade contemplar o objetivo do estudo que consistiu em obter uma avaliação crítica do instrumento. Tais informações poderão subsidiar a área técnica da SESAB em uma análise e potencial aprimoramento, proporcionando em última instância, maior segurança para os profissionais e pacientes, quando de sua aplicação prática. Assim, foram consideradas as potencialidades (questões que apresentaram consenso de concordância acima de 80%) e as fragilidades (questões com concordância abaixo de 80%), às quais serão recomendadas revisão, adequação ou exclusão.

Considerando-se o total de 18 respondentes, 80% de concordância são equivalentes a 14,4 respostas. Assim sendo, foi considerado como “concordo” as questões assim assinaladas por 15 ou mais respondentes (tabela 2).

Tabela 2 - Correspondência Quantitativa aos 80% de Concordância - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

n-18	Índice concordância (%)
≥17	>90%
≥15 ≤17	>80 <90%
≥13 ≤15	>70 <80%
≥ 11 ≤13	>60% <70%
≥ 9 ≤ 11	>50% <60%
≥ 8 ≤ 9	>40% <50%
≥ 6 ≤ 8	>30% <40%
≥4 ≤ 6	>20% <30%
≤ 4	0%

Como medida empregada para avaliar o grau de concordância da opinião dos especialistas do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-Ba foi utilizado o percentual de concordância (% concordância = número de participantes que concordaram com o item/número total de participantes x 100). As questões do instrumento submetidas à avaliação foram: concordâncias dos níveis de gravidade, dos descritores e dos itens, considerando-se índice de 80% de concordância entre os especialistas.

IGC – Índice Geral de Concordância: formado pelo percentual obtido através da representação da quantidade de itens identificados pelos respondentes como “concordo” em relação ao total de itens avaliados (484).

$$\text{IGC} = \frac{\text{Itens marcados como “concordo”}}{\text{Total de itens avaliados}} \times 100$$

ICNG – Índice de Concordância por Nível de Gravidade: formado pelo percentual obtido através da representação da quantidade de itens identificados pelos respondentes como “Concordo” por cor em relação ao total de itens avaliados de nível de gravidade, representado por cores (Vermelho = 205 / Amarelo = 117 / Verde = 92 / Azul = 69).

$$\text{ICNG} = \frac{\text{Itens marcados como “Concordo” por gravidade}}{\text{Total de Itens Avaliados por gravidade}} \times 100$$

ICD- Índice de Concordância por Descritor: formado pelo percentual obtido através da quantidade de itens com avaliação de concordância igual ou superior a 80% em relação ao total de itens avaliados de cada descritor.

Neste caso, foi utilizado como referência também o percentual de 80% para classificação, tendo, por conseguinte, os descritores com resultado deste cálculo igual ou superior a 80% como em índice de concordância.

$$\text{ICD} = \frac{\text{Itens de Descritor c/ avaliação igual ou maior a 80\% como "concordo"} * 100}{\text{Total de Itens do Descritor}}$$

As respostas obtidas formaram um banco de dados imputado no *Statistical Package for Social Science-SPSS*, versão 14.0, onde se procedeu a análise descritiva, com frequências absolutas e relativas.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, submetido e aprovado através do parecer CAAE de nº 48509315.2.0000.5544 da Plataforma Brasil (Anexo A). A pesquisadora obteve o termo de anuência da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, autorizando a utilização do Protocolo institucional para finalidade científica.

Os participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando a sua aceitação em participar do estudo, conforme define a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos⁽³²⁾.

O envio do TCLE aos participantes foi através de anexo no momento do convite oficial para a participação da pesquisa e preenchimento do questionário. Ao fazer a escolha de concordar ou não com o conteúdo formalizado no texto do TCLE, os avaliadores convidados, obrigatoriamente, definiram a escolha em participar ou não da pesquisa. O aceite de

participação e o preenchimento do TCLE foram condições obrigatórias para o preenchimento do questionário.

Os TCLE e os questionários estão armazenados na plataforma eletrônica e salvos em arquivo no formato pdf. Serão guardados pela pesquisadora durante cinco anos conforme recomendado em legislação.

5 RESULTADOS

Do total de 30 painelistas convidados, 18 responderam o questionário, sendo 13 enfermeiros e 05 médicos. Houve a adesão de 59% dos enfermeiros e 62,5% dos médicos, bem como a abstenção de 41% e 37,5%, respectivamente.

Verificou-se o predomínio de profissionais do sexo feminino (78%). Foi possível constatar um equilíbrio entre os grupos etários, destacando-se o grupo entre 30-39 e 40-49 anos com 33% de representatividade cada, seguida de 28% correspondente ao grupo de 50-60 anos. Assim, a composição do painel se deu por mais da metade de especialistas com idade entre 30 a 50 anos (tabela 3).

Observou-se também nivelamento entre os achados referentes ao tempo de graduação. Desta forma, identificou-se que 39% da amostra fazia parte do intervalo entre 11 a 20 anos de formação, bem como dos que possuíam mais de 21 anos. A especialização destacou-se como a maior frequência das titulações acadêmicas dos participantes do estudo (57%) (tabela 3).

No tocante ao tempo de atuação em emergência houve um predomínio de profissionais entre 11 a 20 anos de atuação (50%). Identificou-se 39% dos participantes inseridos no campo da docência, atuando no período de 5 a 10 anos, seguido de 22% no período de 11 a 20 anos (tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização demográfica da amostra do painel de especialistas (n = 18) do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Caracterização Demográfica do Painel de Especialistas		(%)
Sexo	Masculino	04 (22)
	Feminino	14 (78)
Faixa Etária	20 a 29 anos	01 (06)
	30 a 39 anos	06 (33)
	40 a 49 anos	06 (33)
	50 a 60anos	05 (28)
Graduação	Enfermagem	13 (72)
	Medicina	05 (28)
	Especialização	13 (57)
Titulação Acadêmica*	Residência Médica	05 (22)
	Pós Graduação	03 (13)
	Mestrado	02 (09)
Tempo de atuação em emergência	0 a 10 anos	06 (33)
	11 a 20 anos	09 (50)
	Mais de 21 anos	03 (17)
Tempo de Docência	Entre 05 e 10 anos	07 (39)
	Entre 10 e 20 anos	04 (22)
	Mais de 21 anos	03 (17)

Nota: * O n contabilizou mais de 100% por se tratar de questão de múltipla escolha, ofertando a opção de marcar mais de 01 alternativa.

Quanto ao tipo de atuação profissional foram mais frequentes os especialistas que integram um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel em Salvador (44%) seguida dos que atuam na gestão pública de urgência e emergência (28%), enfermagem em emergência e Unidade de Pronto Atendimento-UPA em Salvador, as quais totalizaram 22%. Atuações isoladas foram reunidas como outras “atuações no âmbito da urgência e emergência” com 28% de representatividade. Torna-se relevante informar que esta questão era de múltipla escolha, assim os painelistas poderiam desenvolver uma ou mais atividades simultaneamente (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra do painel de especialistas (n = 18) do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA, segundo atuação profissional. Bahia, 2017

Atuação Profissional do Painel de Especialistas	(%)*
Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel em Salvador	08 (44)
Gestão pública de urgência e emergência	05 (28)
Enfermagem com atuação na emergência	04 (22)
Docência	04 (22)
Unidade de Pronto Atendimento em Salvador	04 (22)
Emergência de hospital público de grande porte em Salvador	02 (11)
Outras atuações no âmbito da urgência e emergência	05 (28)

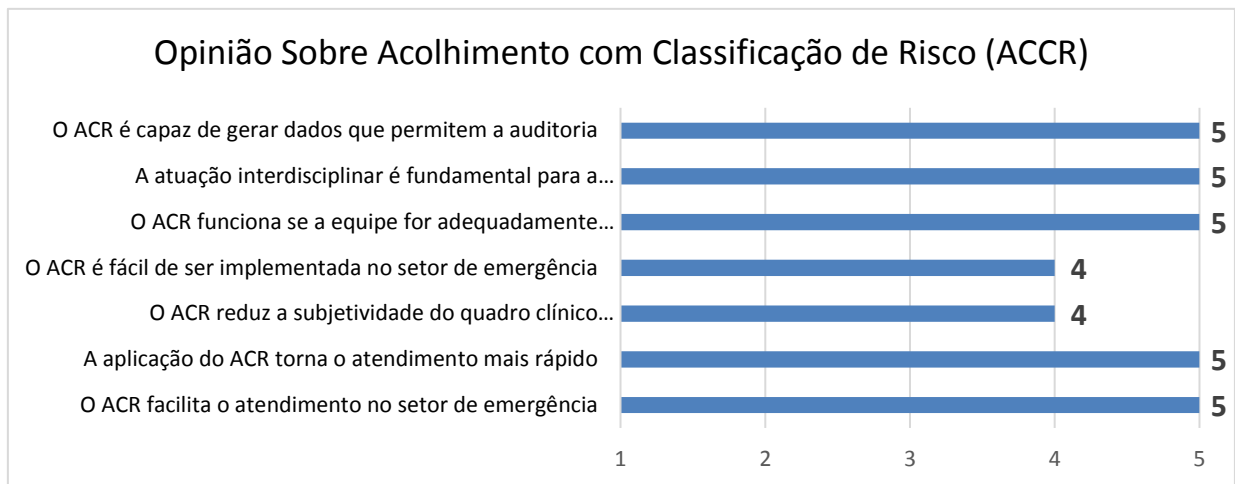
Nota: * O n contabilizou mais de 100% por se tratar de questão de múltipla escolha, ofertando a opção de marcar mais de 01 alternativa.

Nesse estudo, 61% dos painelistas atuavam com algum tipo de protocolo de classificação de risco em seus ambientes de trabalho. O protocolo de Manchester foi o mais mencionado.

Em relação ao conhecimento prévio do instrumento a ser avaliado, houve maior frequência de especialistas que conheciam e não trabalhavam com o protocolo institucional SESAB, na frequência de 44%, seguido dos que conheciam e já trabalharam, bem como não conheciam e não trabalharam ambos perfazendo 22% do total.

Quanto à opinião acerca do processo de organização do ACCR em portas de entrada de urgência observou-se tendência de resposta satisfatória para todas as afirmativas, com ressalvas para duas apenas: “O ACCR é fácil de ser implementada no setor de emergência” e “O ACCR funciona se a equipe for adequadamente capacitada” (quadro 3).

Gráfico 2 - Opinião do painel de especialistas acerca do processo de organização do ACCR em portas de entrada de urgência - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA



Quanto aos dados de avaliação do instrumento propriamente dito por parte dos respondentes e, considerando o total de 484 condições avaliadas, encontrou-se um índice de 73,8%, de respostas em concordância com o instrumento (tabela 5).

Tabela 5 - Índice Geral de Concordância (IGC) do Painel de Especialistas - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

(n-484/%)	IGC (%)	Total geral
141 (29,1)	>90%	357 (73,8)
216 (44,6)	>80<90%	
89 (18,4)	>70<80%	
28 (5,8)	>60<70%	
3 (0,6)	>50<60%	
5 (1,0)	>40<50%	
1 (0,2)	>30<40%	
1 (0,2)	>20<30%	

No que se refere ao índice de concordância entre os itens e os níveis de gravidade (cores), os níveis vermelho e o amarelo apresentaram índices de concordância abaixo de 80%, com 72,8% e 56,4%, respectivamente. Por sua vez, as cores que representam os critérios de menor complexidade, como o verde e azul apontaram índices de concordância de 83,7% e 92,8% (tabela 6).

Tabela 6 - Índice de Concordância por Nível de Gravidade (ICNG) do Painel de Especialistas-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

ICC (%)	Vermelho (n/%)	Amarelo (n/%)	Verde (n/%)	Azul (n/%)
>90%	72 (35,0)	13 (11,1)	25 (27,2)	31 (44,9)
>80<90%	78 (37,9)	53 (45,3)	52 (56,5)	33 (47,8)
>70<80%	40 (19,4)	35 (29,9)	12 (13,0)	02 (2,9)
>60%<70%	11 (5,3)	12 (10,3)	03 (3,3)	02 (2,9)
>50%<60%	03 (1,5)	04 (3,4)	00 (0,0)	01 (1,4)
>40%<50%	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
>30%<40%	01 (0,5)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
>20%<30%	01 (0,5)	00 (0,0)	00 (0,0)	00 (0,0)
Total de itens	206 (100,0)	117 (100,0)	92 (100,0)	69 (100,0)
ICD ≥ 80%	150 (72,8)	66 (56,4)	77 (83,7)	64 (92,8)

Observou-se que, do total de 24 descritores, apenas nove registraram o índice de concordância acima de 80%. Revelaram-se como os mais críticos “queimaduras”, “dor de ouvido e garganta” e “queixas oculares” com valores de concordância bem abaixo do ponto de corte estabelecido (80%) (tabela 7).

Tabela 7 - Índice de Concordância por Descritor (ICD) do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Descritor	Qtd Itens	Itens ≥80%	ICD (%)
SITUAÇÕES DE BAIXA COMPLEXIDADE	12	11	91,7%
CRISE CONVULSIVA/ ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	23	21	91,3%
ALTERAÇÕES DE TEMPERATURA	29	25	86,2%
AFECÇÕES CUTÂNEAS/ ANAFILAXIA	20	17	85,0%
INTOXICAÇÃO AGUDA / ENVENENAMENTO	24	20	83,3%
PRESSÃO ALTA	12	10	83,3%
SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	29	24	82,8%
DOR TORÁCICA	16	13	81,3%
FERIDAS E ABSCESSOS	26	21	80,8%
QUEIXAS RESPIRATÓRIAS	23	18	78,3%
DOR DE CABEÇA	22	17	77,3%
PARADA CÁRDIORESPIRATÓRIA (PCR)	04	03	75,0%
QUEIXAS ABDOMINAIS	16	12	75,0%
DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES	21	15	71,4%
ALTERAÇÕES GLICÊMICAS	17	12	70,6%
SANGRAMENTOS	26	18	69,2%
EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂIMBRA	16	11	68,8%
QUEIXAS URINÁRIAS	19	13	68,4%
TRAUMA DE CRÂNIO	24	16	66,7%
TRAUMA GERAL	30	19	63,3%
MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	21	13	61,9%
QUEIXAS OCULARES	18	10	55,6%
DOR DE OUVIDO E GARGANTA	12	06	50,0%
QUEIMADURAS	24	12	50,0%
Total	484	357	73,8%

Buscou-se identificar o comportamento dos descritores quanto ao critério de gravidade. Na avaliação do total de itens pertencente a cada descritor, através da cor que determina a classificação do paciente, evidenciou-se que, pelos valores de concordância encontrados, o nível de gravidade amarelo foi mal avaliado em relação aos demais. Este nível obteve concordância em apenas 11 de seus 22 itens (tabela 7.1).

Tabela 7.1 - Panorama Geral de Concordância dos Descritores por Nível de Gravidade do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Total de descritores avaliados	21	22	21	22
Descritores avaliados $\geq 80\%$ "concordo"	19	11	19	22
(%) Descritores "concordo"	90,48%	50,00%	90,48%	100,00%
Citação de Descritores "não concordo" por gravidade (13)	02	11	02	00

Ao detalhar os itens mal avaliados dos descritores na dimensão "nível de gravidade", notou-se que o total é de 13, pois o descritor "queimaduras" se repetiu nos níveis de gravidade vermelho, amarelo e verde, ratificando-se como um dos mais críticos e passível de revisão (tabela 7.2). O somatório de 15 ilustrado na tabela 7 considerou apenas o ICD abaixo de 80%.

Tabela 7.2 - Detalhamento de Descritores com Baixa Concordância por Nível de Gravidade do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Total de Descritores com ICNG <80%	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
02-A - QUEIMADURAS	72,92%	--	---	---
11-A - DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES	76,19%	--	---	---
02-A - QUEIMADURAS	---	72,22%	---	---
03-A - TRAUMA DE CRÂNIO	---	79,17%	---	---
05-A - TRAUMA GERAL	---	73,02%	---	---
06-A - MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	---	77,78%	---	---
08-A - DOR TORÁCICA	---	79,63%	---	---
09-A - SANGRAMENTOS	---	77,78%	---	---
14-A - QUEIXAS RESPIRATÓRIAS	---	75,93%	---	---
15-A - DOR DE CABEÇA	---	77,78%	---	---
16-A - ALTERAÇÕES GLICÊMICAS	---	73,61%	---	---
17-A - PRESSÃO ALTA	---	75,00%	---	---
23-A - SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	---	77,78%	---	---
02-A - QUEIMADURAS	---	---	68,52%	---

Quando foram mensuradas as dimensões "descritores/itens" e "nível de gravidade" entre si constatou-se que dez descritores coincidiram em baixa concordância quanto ao ICD e ao ICNG. Foi possível perceber que os descritores apontados com baixa concordância concentraram os seus itens no nível amarelo (tabela 7.3).

Tabela 7.3 - Total de Descritores coincidentes em baixa concordância por ICD < 80% e ICNG < 80% do Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Itens <80% /Total de Itens por Descritor	Descritores <80% / Total Descritores por ICNG		
	VERMELHO	AMARELO	VERDE
QUEIXAS RESPIRATÓRIAS		X	
DOR DE CABEÇA		X	
DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES	X		
ALTERAÇÕES GLICÊMICAS		X	
SANGRAMENTOS		X	
TRAUMA DE CRÂNIO		X	
TRAUMA GERAL		X	
MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO		X	
DOR DE OUVIDO E GARGANTA			X
QUEIMADURAS	X	X	X

Aglutinando todas as análises realizadas chegou-se então ao total de 18 descritores que requer revisão, sendo dez descritores pela coincidência de apresentação nos índices de ICD e ICNG (tabela 7.3), cinco descritores revelados exclusivamente pela mensuração de ICD e três pela mensuração de ICNG (tabela 7.3.1).

Tabela 7.3.1 - Descritores de baixa concordância exclusivamente por ICD e ICNG < 80% Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritores com baixa concordância – apenas por ICD < 80%	Totais itens	Itens < 80%	
		Concordo	ICD
PARADA CÁRDIORESPIRATÓRIA (PCR)	04	01	75%
QUEIXAS ABDOMINAIS	16	04	75%
EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂIMBRA	16	05	69%
QUEIXAS URINÁRIAS	19	06	68%
QUEIXAS OCULARES	18	08	56%
Descritores com baixa concordância – apenas por ICNG < 80%		AMARELO	
DOR TORÁCICA			79,63%
PRESSÃO ALTA			75,00%
SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS			77,78%

Os resultados a seguir foram analisados considerando a proporção de concordância entre as respostas dos participantes. Houve cinco itens/condições de relevância entre os descritores,

como as de menor concordância entre os avaliadores. Foi possível notar que os itens se referiam aos parâmetros vitais utilizados para classificar os pacientes nos níveis vermelho e amarelo. Destas, a condição que mensura a pressão arterial destacou-se por não ter recebido nenhuma concordância durante a ocorrência de 19 vezes entre os descritores do protocolo, porém todas possuem relevância do ponto de vista clínico por avaliar pacientes graves (tabela 8).

Tabela 8 - Total de itens/condições de maior ocorrência e baixa concordância por ICD < 80% Painel de Especialistas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Gravidade	Condição/item	Ocorrência	ICD (n/%)
VERMELHO	PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg	19	00 (00,0)
VERMELHO	TEMP AXILAR ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C	19	07 (36,8)
VERMELHO	SPO ₂ $\leq 92\%$	18	12 (66,7)
VERMELHO	FR ≤ 10 ≥ 25 iem	19	15 (78,9)
AMARELO	SINAIS VITAIS NORMAIS	31	19 (61,3)

As tabelas de nove a 23 corresponderam aos dados referentes aos índices de concordância por descritores, individualmente. As informações dispostas reportaram-se aos 15 descritores que perfizeram o percentual de concordância abaixo de 80%, os quais detalham também a baixa concordância equivalente ao nível de gravidade.

A avaliação geral do descritor “queimaduras” foi a de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (50%). Considerando que o mesmo possui 24 itens, identificou-se 12 com índices de concordância inferiores a 80%. No tocante aos critérios de gravidade por cores, notou-se presença das cores vermelho, amarelo e verde, todas inclusivas para atendimento de urgência. Dentre os itens classificados como vermelho revelaram-se como os menos concordantes: paciente portador de doença crônica (22,2%); Presença de fratura óssea em qualquer localização (33,3%); PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg; Temp. axilar ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C e SPO₂ $\leq 92\%$ (50,0%) e FC ≤ 50 ou ≥ 120 bpm (61,1%). A condição sinais vitais normais (50,0%) sobressaiu-se entre o nível de prioridade amarelo, bem como queimaduras de 1º grau em qualquer extensão e queimaduras de 2º grau com SCQ < 10% (61,1%) entre o verde (tabela 9).

Tabela 9 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queimaduras - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/item	ICD (n/%)
QUEIMADURAS	VERMELHO	PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA	04 (22,2)
	VERMELHO	PRESENÇA DE FRATURA ÓSSEA EM QUALQUER LOCALIZAÇÃO	06 (33,3)
	VERMELHO	PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg	09 (50,0)
	VERMELHO	TEMP AXILAR \leq 35 ou \geq 40° C	09 (50,0)
	VERMELHO	SPO ₂ \leq 92%	09 (50,0)
	VERMELHO	FC \leq 50 ou \geq 120 bpm	11 (61,1)
	VERMELHO	FR \leq 10 ou \geq 25 ipm	13 (72,2)
	AMARELO	SINAIS VITAIS NORMAIS	09 (50,0)
	AMARELO	QUEIMADURAS DE 2° GRAU COM SCQ ENTRE 10% e 20%	14 (77,7)
	AMARELO	QUALQUER QUEIMADURA DE 2° GRAU EM MÃOS/ PÉS/ FACE/ PESCOÇO OU ARTICULAÇÕES	14 (77,7)
	VERDE	QUEIMADURAS DE 1° GRAU EM QUALQUER EXTENSÃO	11 (61,1)
	VERDE	QUEIMADURAS DE 2° GRAU COM SCQ < 10%	11 (61,1)

A avaliação geral do descritor “dor de ouvido e garganta” foi a segunda de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (50%). Considerando que o mesmo possui 12 itens identificou-se seis com níveis de concordância inferiores a 80%. Dor de ouvido com presença de secreção e odor (72,2%), no nível amarelo; Dor de ouvido sem febre < 24h (66,6%) e queixa de dor leve (1-3/10) com 72,2% foram os itens apontados com pior avaliação entre os de menor concordância. Este descritor não possui itens no critério de gravidade vermelho (tabela 10).

Tabela 8 - Itens com ICD < 80% do Descritor Dor de Ouvido e Garganta – Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Descritor	Gravidade	Condição/Item	ICD (n/%)
DOR DE OUVIDO E GARGANTA	AMARELO	DOR DE OUVIDO COM PRESENÇA DE SECREÇÃO E ODOR	13 (72,2)
	AMARELO	DOR DE GARGANTA COM FEBRE T >38° C	14 (77,7)
	AMARELO	DOR DE OUVIDO ACOMPANHADO DE FEBRE T >38° C	14 (77,7)
	VERDE	DOR DE OUVIDO SEM FEBRE < 24HS	12 (66,6)
	VERDE	QUEIXA DE DOR LEVE (1-3/10)	13 (72,2)
	VERDE	DOR DE GARGANTA SEM FEBRE < 24HS	14 (77,7)

O descritor “queixas oculares” obteve a terceira menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (55,6%). Considerando que o mesmo possui 18 itens, identificaram-se oito com níveis de concordância inferiores a 80%. Foi possível verificar a presença de todos os níveis de gravidade nesta análise. Dentre os que perfazem o nível vermelho observou-se que itens de natureza quantitativa, como parâmetros vitais do critério de gravidade vermelho, foram apontados novamente como inconformes: FC ≤ 50 ou ≥ 120 bpm; PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg; Temp. axilar ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C e SPO₂ $\leq 92\%$ (72,2%). No amarelo, olho avermelhado sem história de trauma ou contato com substâncias químicas (72,2%), olho avermelhado sem história de trauma ou contato com substâncias químicas (77,7%) no nível verde e manchas hemorrágicas sem história de trauma (66,6%) no nível azul (tabela 11).

Tabela 9 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Oculares - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Descritor	Gravidade	Condição	ICD (n/%)
QUEIXAS OCULARES	VERMELHO	FC ≤ 50 ou ≥ 120 bpm	13 (72,2)
	VERMELHO	PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg	13 (72,2)
	VERMELHO	TEMP AXILAR ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C	13 (72,2)
	VERMELHO	SPO ₂ $\leq 92\%$	13 (72,2)
	VERMELHO	FR ≤ 10 ou ≥ 25 ipm	14 (77,7)
	AMARELO	OLHO AVERMELHADO APÓS CONTATO COM SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS E/ OU TRAUMA	13 (72,2)
	VERDE	OLHO AVERMELHADO SEM HISTÓRIA DE TRAUMA OU CONTATO COM SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS	14 (77,7)
	AZUL	MANCHAS HEMORRÁGICAS SEM HISTÓRIA DE TRAUMA	12 (66,6)

O descritor “mordedura de animal/acidente com animal peçonhento” foi o quarto de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (61,9%). Considerando que o mesmo possui 21 itens, identificaram-se oito com níveis de concordância inferiores a 80%. Merecem destaque os itens: dor intensa no local da picada associada a pelo menos 01 alteração de SSVN (61,1%) e PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg (66,6%) dentro do critério de gravidade vermelho e lambedura de mucosas por animal desconhecido (61,1%) e sinais vitais normais (66,6%) no critério amarelo (tabela 12).

Tabela 10 - Itens com ICD < 80% do Descritor Mordedura de Animal/ Acidente com Animal Peçonhento - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição	ICD (n/%)
MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO	VERMELHO	DOR INTENSA NO LOCAL DA PICADA ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSNV	11 (61,1)
	VERMELHO	PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg	12 (66,6)
	VERMELHO	TEMP AXILAR \leq 35 ou \geq 40° C	14 (77,7)
	VERMELHO	FR \leq 10 ou \geq 25 icm	14 (77,7)
	AMARELO	LAMBEDURA DE MUCOSAS POR ANIMAL DESCONHECIDO	11 (61,1)
	AMARELO	SINAIS VITAIS NORMAIS	12 (66,6)
	AMARELO	ERITEMA NO LOCAL DA LESÃO	14 (77,7)
	AMARELO	NÁUSEAS, VÔMITOS OU DIARRÉIA	14 (77,7)

O descritor “trauma geral” foi avaliado como o quinto de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (63,3%). Considerando que o mesmo possui 30 itens, identificou-se 11 com níveis de concordância inferiores a 80%. Nesta análise, houve o indicativo de itens que integram os quatro critérios de gravidade do instrumento, despontando, no vermelho: PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg e temp. axilar \leq 35 ou \geq 40° C (61,1%); no amarelo: ferimentos menores com/sem sangramento ativo e sinais vitais normais (55,5%); no verde: fratura dental/avulsão dentária (77,7%) e azul: mialgia/escoriações (77,7%) (tabela 13).

Tabela 11 - Itens com ICD < 80% do Descritor Trauma Geral - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Descritor	Gravidade	Condição	ICD (n/%)
TRAUMA GERAL	VERMELHO	PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg	11 (61,1)
	VERMELHO	TEMP AXILAR \leq 35 ou \geq 40° C	11 (61,1)
	VERMELHO	DOR INTENSA (8-10/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSVV	14 (77,7)
	VERMELHO	FC \leq 50 ou \geq 120 bpm	13 (72,2)
	AMARELO	FERIMENTOS MENORES COM/SEM SANGRAMENTO ATIVO	10 (55,5)
	AMARELO	SINAIS VITAIS NORMAIS	10 (55,5)
	AMARELO	PRESENÇA DE TATUAGEM TRAUMÁTICA	13 (72,2)
	AMARELO	DOR MODERADA (4-7/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSVV	14 (77,7)
	AMARELO	TRAUMA TORÁCICO SEM DISPNEIA	14 (77,7)
	VERDE	FRATURA DENTAL/AVULSÃO DENTÁRIA	14 (77,7)
	AZUL	MIALGIA, ESCORIAÇÕES	14 (77,7)

O descritor “trauma de crânio” foi o sexto de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (63,3%). Considerando que o mesmo possui 24 itens, identificaram-se oito com níveis de concordância inferiores a 80%. Merecem destaque itens de aspecto qualitativo que indicam o nível de gravidade vermelho: apresentando náuseas/vômitos (61,1%) e cefaleia ou cervicalgia intensa (8-10/10) associada a pelo menos 01 alteração de SSVV descrita acima (66,6%) e no nível verde sinais vitais normais (77,7%) (tabela 14).

Tabela 12 - Itens com ICD < 80% do Descritor Trauma de Crânio- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Descritor	Gravidade	Condição	ICD (n/%)
TRAUMA DE CRÂNIO	VERMELHO	APRESENTANDO NÁUSEAS /VÔMITOS	11 (61,1)
	VERMELHO	CEFALÉIA OU CERVICALGIA INTENSA (8-10/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSVV DESCRITA ACIMA	12 (66,6)
	VERMELHO	AGITAÇÃO PSICOMOTORA	13 (72,2)
	VERMELHO	PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg	13 (72,2)
	VERMELHO	TEMP AXILAR \leq 35 ou \geq 40° C	14 (77,7)
	AMARELO	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA PRESERVADO - GLASGOW (14-15)	13 (72,2)
	AMARELO	CEFALÉIA MODERADA SEM CERVICALGIA (4-7/10)	13 (72,2)
	VERDE	SINAIS VITAIS NORMAIS	14 (77,7)

O descritor “queixas urinárias” obteve a sétima menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (68,4%). Considerando que o mesmo possui 19 itens, identificaram-se seis com níveis de concordância inferiores a 80%. Foi possível notar a presença de condições mal avaliadas nos três níveis de criticidade que indicam condições de urgência, de forma equilibrada. No vermelho notou-se repetição de itens que expressam medidas, evidenciado em outros descritores analisados anteriormente, como $PAS \leq 90$ ou ≥ 220 / $PAD \leq 80$ ou ≥ 130 mmHg e $SPO_2 \leq 92\%$ (77,7%). No amarelo a condição sinais vitais normais, com apenas 55,5% de concordância acentua-se dos demais, pelo valor encontrado. A condição SVD obstruída e/ou associada à queixa de dor pélvica/abdominal (72,2%) foi a menos concordante no critério verde (tabela 15).

Tabela 13 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Urinárias-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/itens	ICD (n/%)
QUEIXAS URINÁRIAS	VERMELHO	$SPO_2 \leq 92\%$	14 (77,7)
	VERMELHO	$PAS \leq 90$ ou ≥ 220 / $PAD \leq 80$ ou ≥ 130 mmHg	14 (77,7)
	AMARELO	SINAIS VITAIS NORMAIS	10 (55,5)
	VERDE	SVD OBSTRUÍDA E/OU ASSOCIADA À QUEIXA DE DOR PÉLVICA/ABDOMINAL	13 (72,2)
	VERDE	TRAUMA SUPERFICIAL EM GENITÁLIA EXTERNA	14 (77,7)

O descritor “edema/icterícia/fraqueza/câimbra” foi avaliado como o oitavo de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (68,8%). Considerando que o mesmo possui 16 itens, foram indicados cinco com níveis de concordância inferiores a 80%. O nível de gravidade com baixa concordância evidenciado com maior destaque é o vermelho, através de itens que indicam parâmetros vitais: $PAS \leq 90$ ou ≥ 220 / $PAD \leq 80$ ou ≥ 130 mmHg (66,6%); Temp. axilar ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C; $SPO_2 \leq 92\%$ e $FC \leq 50$ ou ≥ 120 bpm; (77,7%) (tabela 16).

Tabela 16 - Itens com ICD < 80% do Descritor Edema/Icterícia/Fraqueza/Câimbra-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/itens	ICD (n/%)
EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂIMBRA	VERMELHO	PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg	12 (66,6)
	VERMELHO	SPO ₂ \leq 92%	14 (77,7)
	VERMELHO	FC \leq 50 ou \geq 120 bpm	14 (77,7)
	VERMELHO	TEMP AXILAR \leq 35 ou \geq 40° C	14 (77,7)
	AMARELO	EDEMA GENERALIZADO (ANASARCA)	14 (77,7)

A análise do descritor “sangramentos” mostrou que este foi o de nona menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (69,2%). Considerando que o mesmo possui 26 itens, identificaram-se oito com níveis de concordância inferiores a 80%. O nível de gravidade com baixa concordância evidenciado com maior destaque é o amarelo, com itens de caráter qualitativo: sangramento de mucosas (gengivas, lábios); Portador de diabetes e/ou faz uso de anticoagulante; Portador de cirrose hepática ou coagulopatia com 72,2% de concordância (tabela 16).

Tabela 17 - Itens com ICD < 80% do Descritor Sangramentos- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/itens	ICD (n/%)
SANGRAMENTOS	VERMELHO	PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg	14 (77,7)
	VERMELHO	TEMP AXILAR \leq 35 ou \geq 40° C	14 (77,7)
	AMARELO	SANGRAMENTO DE MUCOSAS (GENGIVAS, LÁBIOS)	13 (72,2)
	AMARELO	PORTADOR DE DIABETES E/OU FAZ USO DE ANTICOAGULANTE	13 (72,2)
	AMARELO	PORTADOR DE CIRROSE HEPÁTICA OU COAGULOPATIA	13 (72,2)
	AMARELO	EPISTAXE COM PA < 180/110 mmHg USUÁRIO DE ANTICOAGULANTE	14 (77,7)
	AMARELO	HEMATOQUEZIA OU HEMOPTISE COM SSVN NORMAIS	14 (77,7)
	VERDE	RELATO DE HEMATÊMESE, HEMATOQUESIA	14 (77,7)

O descritor “alterações glicêmicas” foi avaliado como o décimo de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (69,2%). Considerando que o mesmo possui 17 itens, identificaram-se cinco com níveis de concordância inferiores a 80%. Revelaram-se como itens mal avaliados todos os que indicam parâmetros vitais, destacando-se o termo sinais vitais normais, enquadrado nos critérios de gravidade amarelo (61,1%) e verde (77,7%) e a medida específica para verificação da glicemia capilar: glicemia capilar > 320 ou < 50 mg/dL (72,2%), nível amarelo (tabela 18).

Tabela 18 - Itens com ICD < 80% do Descritor Alterações Glicêmicas- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/itens	ICD (n/%)
ALTERAÇÕES GLICÊMICAS	VERMELHO	PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	14 (77,7)
	AMARELO	SINAIS VITAIS NORMAIS	11 (61,1)
	AMARELO	GLICEMIA CAPILAR > 320 ou < 50 mg/dL	13 (72,2)
	AMARELO	SPO ₂ ENTRE 93 e 95%	13 (72,2)
	VERDE	SINAIS VITAIS NORMAIS	14 (77,7)

O descritor “dor cervical/dorsal/lombar ou extremidades” obteve a avaliação da 11ª menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (71,4%). Considerando que o mesmo possui 21 itens, apontaram-se seis com níveis de concordância inferiores a 80%. Os itens que merecem destaque e se enquadram no nível de gravidade vermelho se mostraram na forma de mensuração de sinais vitais: Temp axilar ≤35 ou ≥40° C (61,1%); PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg e SPO₂ ≤ 92% (66,6%). No que se refere ao nível amarelo destacou-se itens qualitativos e quantitativos associados a alguma sintomatologia: febre e presença de sinais flogísticos locais (66,6%) e dor moderada (4-7/10) associada a pelo menos 01 alteração de SSNV (77,7%) (tabela 19).

Tabela 19 - Itens com ICD < 80% do Descritor Dor Cervical/Dorsal/lombar ou Extremidades-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/itens	ICD (n/%)
DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES	VERMELHO	TEMP AXILAR ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C	11 (61,1)
	VERMELHO	PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg	12 (66,6)
	VERMELHO	SPO ₂ $\leq 92\%$	12 (66,6)
	VERMELHO	FR ≤ 10 ou ≥ 25 icm	14 (77,7)
	AMARELO	FEBRE E PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS LOCAIS	12 (66,6)
	AMARELO	DOR MODERADA (4-7/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSNV	14 (77,7)

O descritor “queixas abdominais” foi avaliado como o 12º de menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (75%). Considerando que o mesmo possui 16 itens, identificaram-se quatro com níveis de concordância inferiores a 80%. Dentre esses se destacaram dor irradia para o ombro, pescoço, braço ou mandíbula (66,6%) e dor moderada (4-7/10) associada a pelo menos 01 alteração de SSNV (72,2%) ambos no nível amarelo (tabela 20).

Tabela 14 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Abdominais-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/itens	ICD (n/%)
QUEIXAS ABDOMINAIS	AMARELO	DOR IRRADIA PARA O OMBRO, PESCOÇO, BRAÇOS OU MANDÍBULA	12 (66,6)
	AMARELO	DOR MODERADA (4-7/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSNV	13 (72,2)
	AMARELO	HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO COM SANGUE	14 (77,7)
	AZUL	NENHUM DOS DETERMINANTES	12 (66,6)

O descritor “parada cardiorrespiratória-PCR” obteve a avaliação da 13ª menor concordância entre os 24 que integram o instrumento (75%). Considerando que o mesmo possui quatro itens, identificou-se apenas um abaixo de 80%. Tal item referiu-se a cianose (72,2%) e pertence ao nível vermelho (tabela 21).

Tabela 15 - Item com ICD < 80% do Descritor PCR - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017

Descritor	Gravidade	Condição/item	ICD (n/%)
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)	VERMELHO	CIANOSE	13 (72,2)

O descritor “dor de cabeça” obteve a 14ª concordância entre os 24 que integram o instrumento (77,3%). Considerando que o mesmo possui 22 itens, identificaram-se cinco com níveis de concordância inferiores a 80%. Dentre estes se evidenciaram como os mais críticos o PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg (72,2%) no nível vermelho, sinais vitais normais nos níveis amarelo (66,6%) e verde (77,7%) (tabela 22).

Tabela 16 - Itens com ICD < 80% do Descritor Dor de Cabeça-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Descritor	Gravidade	Condição/itens	ICD (n/%)
DOR DE CABEÇA	VERMELHO	PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg	13 (72,2)
	AMARELO	SINAIS VITAIS NORMAIS	12 (66,6)
	AMARELO	DOR EM REGIÃO TEMPORAL	13 (72,2)
	AMARELO	DOR RETROBITÁRIA	14 (77,7)
	VERDE	SINAIS VITAIS NORMAIS	14 (77,7)

A análise do descritor “queixas respiratórias” evidenciou a 15ª concordância entre os 24 que integram o instrumento (78,3%). Considerando que o mesmo possui 23 itens, identificaram-se cinco com níveis de concordância inferiores a 80%. Os critérios de gravidade vermelho e amarelo perfizeram-se com maior frequência, sendo representados pelas condições: PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg (77,7%), presença de febre (TAX $\geq 38,5^\circ$ / $<40,9^\circ$ C) e SPO₂ $\leq 92\%$ (66,6%) (tabela 23).

Tabela 17 - Itens com ICD < 80% do Descritor Queixas Respiratórias-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. Bahia, 2017.

Descritor	Gravidade	Condição	ICD (n/%)
QUEIXAS RESPIRATÓRIAS	VERMELHO	PAS \leq 90 ou \geq 220 / PAD \leq 80 ou \geq 130 mmHg	14 (77,7)
	AMARELO	PRESENÇA DE FEBRE (TAX \geq 38,5°/<40,9° C)	12 (66,6)
	AMARELO	SPO ₂ \geq 95%	12 (66,6)
	AMARELO	FR \leq 28 ou \geq 35 ipm	13 (72,2)
	AMARELO	EXPCTORAÇÃO HEMOPTISE	ESVERDEADA OU 13 (72,2)

6 DISCUSSÃO

Participou dessa pesquisa, o total de 18 pessoas, formando um painel de especialistas composto por 13 enfermeiros e 05 médicos. O estudo encontrou índice geral de concordância (IGC) para o instrumento de 73,8%, considerando o total de quatro níveis de gravidade, 24 descritores e 484 itens. Dos 24 descritores avaliados, 15 obtiveram índice de concordância abaixo de 80% e o nível de gravidade “amarelo”, se apresentou como o de menor concordância (56,4%).

As respostas dos especialistas convergiram para o consenso sobre a relevância acerca do processo de organização do ACCR em portas de entrada de urgência. Entende-se que, a elevada prevalência das doenças crônicas, acarretada pelo aumento da expectativa de vida da população e a fragilidade da atenção primária à saúde em garantir o acompanhamento e monitoramento desses casos, ocasionam sobrecarga e superlotação nos serviços de urgência pelo incremento da demanda de atendimento ⁽¹⁻²²⁾.

A referida ferramenta, aliada à diretriz do acolhimento, tem se tornado cada vez mais imprescindível para organizar as filas dentro do contexto das urgências, pois mesmo sendo o sistema de saúde-SUS de caráter universal, em sua essência constitucional, não dispõe dos recursos que contemple todas as propostas de contexto político e assistencial, consistindo este, um dos seus maiores desafios.

Estudos mostram que o ACCR vem se tornando uma experiência exitosa no Brasil, iniciada pelo Hospital Dr. Mário Gatti em Campinas-SP (2000), a partir de um convite do MS para projeto piloto que visava implantar um programa de Humanização em alguns hospitais brasileiros. A partir dos bons resultados com este hospital, outros em todo o Brasil, passaram a adotar esse sistema ⁽¹³⁾.

Os avaliadores opinaram positivamente e de forma equilibrada quanto ao processo de organização do ACCR em portas de entrada de urgência. Quanto “A aplicação de o ACCR tornar o atendimento mais rápido”, tal premissa se assenta no exposto em literatura internacional e na Cartilha publicada pela área técnica da PNH-MS. Ambos afirmam que a classificação de risco é responsável por diminuir o tempo de espera dos usuários através do atendimento por critério de gravidade ⁽⁸⁻²⁴⁾.

De acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010), a classificação de risco é uma abordagem rápida e focada onde a informação é coletada e a metodologia aplicada para se definir uma prioridade. Para tal é necessária a utilização de protocolos para ensinar o processo aos enfermeiros, assegurando que as decisões sejam baseadas em dados relevantes e adequados ⁽²⁴⁾. Desta forma, torna-se pertinente associar que “O ACCR facilita o atendimento no setor de emergência”.

No que se refere às afirmativas “O ACCR funciona se a equipe for adequadamente capacitada” e “A atuação da equipe interdisciplinar é fundamental para a efetividade do ACCR” é possível reconhecer uma forte relação entre elas. A implantação do ACCR começa pelo acolhimento, que deverá ser realizado por todos os profissionais da unidade, com a inclusão de diversas categorias profissionais, proporcionando o melhor relacionamento entre os profissionais e destes com os usuários, o aumento do grau de protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários. Neste processo, também acontece a inclusão do usuário nos processos de construção do “fazer”, do “produzir” saúde, onde o mesmo poderá ter as suas necessidades solucionadas, sugerindo melhorias e o aprimoramento constante dos métodos de trabalho, nas unidades de urgência.

Portanto, a reflexão acima corrobora aos resultados encontrados de uma pesquisa realizada em São Paulo (2008), que durante a implantação do ACCR em um hospital de grande porte, realizou oficinas para a implantação e encontros de sensibilização. Os autores perceberam mudanças na postura das equipes, que passaram a trabalhar de maneira mais coesa e com mais autonomia, bem como de forma concreta o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos, a corresponsabilidades entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo da gestão. A implantação do ACCR foi uma estratégia para reorganizar a assistência, rever práticas consolidadas e repensar o trabalho em saúde. Todos os fluxos foram descritos e repensados por toda a equipe, nesses diversos encontros ⁽³⁴⁾.

Estudos convergem para a importância da interdisciplinaridade para o bom funcionamento do ACCR. Em 2013 foi realizada uma pesquisa acerca da percepção dos enfermeiros sobre a classificação de risco em serviços de urgência, na qual os profissionais apontaram que a presença dos técnicos de enfermagem na recepção e na sala de espera atuava como facilitador do trabalho do enfermeiro na classificação de risco, uma vez que, na prática clínica, observou-

se que esta tem sido uma prática adotada por alguns serviços de urgência que implantaram a ferramenta ⁽³⁵⁾.

Junior e colaboradores (2015) apontaram em seu estudo a necessidade de treinamentos contínuos para os profissionais envolvidos no ACCR, justificada pelos dados encontrados em que o padrão de qualidade atingido no momento da implantação da diretriz do serviço não foi mantido. Destacaram-se inconformidades como o desconhecimento do protocolo do ACCR por todos os membros da equipe de saúde do serviço de emergência e as dificuldades de entendimento dos fluxos do ACCR ⁽³⁶⁾.

A implantação de processos e métodos que organizam a demanda nos serviços de emergência consegue viabilizar a elaboração de indicadores de gestão, bem como as auditorias. Diante do exposto, os avaliadores deste estudo concordaram que “O ACCR é capaz de gerar dados que permitem a auditoria”. Pode-se exemplificar o funcionamento do sistema da Classificação de Risco de Manchester que possui, dentre suas premissas, a aplicação de dois processos de auditoria, tanto interna quanto externa. Estas visam determinar se as atividades e os resultados do sistema cumprem os requisitos estabelecidos e se estes estão efetivamente implantados ⁽²⁴⁾.

Entende-se que a realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção. A sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros serviços correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis ⁽⁴⁾.

Outra pesquisa mais recente (2016) contextualiza que, apesar de os serviços hospitalares de urgência apresentarem resultados favoráveis como: ambiente acolhedor e humano, privacidade, segurança e conforto ao usuário, acolhimento do acompanhante e acolhimento e classificação de todos os pacientes, há também problemas, principalmente no que se refere ao sistema de referência e contra referência. Outros se apresentam como priorização de pacientes graves no atendimento pós-classificação de risco, comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e reavaliação da proposta como um todo pela equipe de saúde ⁽³⁷⁾.

Estas questões remetem a importância das unidades reforçarem a prática da reclassificação/reavaliação dos pacientes já submetidos à classificação de risco e ao primeiro atendimento médico. A aplicação do ACCR não deve ser interpretada apenas como ordenadora para a entrada de pacientes, mas sim um processo que contribui como ferramenta de gestão no controle do tempo de permanência dos usuários na emergência, prever a evolução clínica e a utilização de recursos tecnológicos da unidade. À medida que os serviços conseguem garantir a eficácia no processo de reclassificação torna possível a resolutividade dos casos e o escoamento dos leitos, facilitando a comunicação entre estes e a rede de atenção.

Portanto, se faz pertinente considerar tal concordância com ressalvas, da opinião emitida pelos especialistas a respeito de “O ACCR é fácil de ser implementado no setor de emergência”. A implantação do processo depende de variáveis como recursos humanos em quantitativo adequado, bem como a boa qualificação técnica, ambiência e infra-estrutura física que permitam a organização do cuidado por estratificação de risco, um protocolo de classificação de risco válido, seguro e inclusivo que consiga medir o que propõe e, uma rede de atenção resolutiva e articulada, que garanta a responsabilização das pactuações previamente acordadas, absorvendo os pacientes através da referência e contra referência.

A referência e contra referência favorecem a oferta da atenção integral ao usuário, garantindo seu acompanhamento pela rede de atenção primária após a alta ou retorno ao serviço caso haja necessidade. A interação entre serviços auxilia na redução de casos de reinternação ou retorno e previne o agravamento do quadro do usuário por falta de assistência ⁽³⁵⁾.

Um estudo que avaliou o processo de atendimento do ACCR em um hospital de emergência, realizado recentemente no Paraná (2015) encontrou-o de forma prejudicada, aliadas às influências do crescimento da demanda por causas externas e dificuldades organizacionais como: carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, estrutura física inadequada, precariedade ou falta de equipamentos e materiais, além da fragilidade do sistema de referência e contra referência ⁽³⁸⁾.

Quanto à concordância da afirmativa “O ACCR reduz a subjetividade do quadro clínico apresentado pelos pacientes” também se notou ressalvas pelos especialistas. Nessa direção, a cartilha do Ministério da Saúde (2004) aponta que a classificação de risco é uma ferramenta

dinâmica de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento ⁽⁰⁸⁾.

O mesmo documento acrescenta que são necessários instrumentos que viabilizem a aplicação da classificação de risco, geralmente pelo enfermeiro. São eles: o fluxograma analisador (diagrama em que se desenham as entradas do processo, etapas percorridas, saídas e resultados alcançados) e o protocolo de classificação de risco (instrumento que determinará a prioridade clínica dos pacientes, legitimando a identificação do risco pelo profissional e as definições de prioridades) ⁽⁰⁸⁾.

O emprego de instrumentos norteadores torna a aplicação da classificação de risco padronizada e sistematizada, qualificando a assistência ofertada ao usuário e da rede de atenção. A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, profissional de nível superior, que possui expertise técnica e científica para tal, agregando a sua experiência e trajetória à qualificação do método.

No protocolo de Manchester os fluxogramas constituem na reunião ou lista de sinais e sintomas que abrange as situações manifestadas nas portas de entrada de urgência, de maneira geral. No total são 52 fluxogramas. Destes, apenas 02 serão utilizados em situações de múltiplas vítimas. Após enquadrar a queixa do paciente em algum fluxograma, o enfermeiro avança para o discriminador-chave, ou seja, característica que o diferencia de outrem, permitindo sua classificação segundo prioridades clínicas diferentes. Desta forma, a subjetividade na anamnese é minimizada, favorecendo a aplicação do processo por proporcionar maior segurança ao profissional e ao paciente ⁽²⁴⁾.

A análise dos dados descritivos do protocolo procedeu-se partindo dos aspectos gerais para os específicos, compreendendo: o índice geral de concordância do instrumento, o índice de concordância dos níveis de gravidade, o índice de concordância por descritor. Desta forma, a comparação e o cruzamento entre estes permitiu a interpretação de quais itens conseguem ser eficientes ao traduzirem a real condição clínica do paciente dentro do nível de gravidade correspondente, bem como se o critério de gravidade e o descritor são assertivos e seguros em sua totalidade.

O instrumento obteve índice geral de concordância de 73,8%, sendo que o parâmetro mínimo estabelecido no estudo foi de 80%. Foram submetidos à avaliação 483 itens, dentre estes, 357 apresentaram concordância acima de 80%. O resultado encontrado apontou a necessidade de uma revisão e futura validação do instrumento em questão, para que o mesmo possa ser considerado apto para aplicação em serviços de urgência, de forma mais segura e inclusiva.

A análise da concordância dos níveis de gravidade “vermelho” e “amarelo” apresentaram índices inferiores a 80%, com 72,8% e 56,4% respectivamente. Os referidos graus de criticidade são atribuídos aos pacientes mais graves, que têm necessidade do primeiro atendimento médico com maior brevidade, sob a condição de piora do quadro ou, até mesmo, evoluírem para óbito.

Estes achados são compatíveis com os realizados por um estudo nacional (2013), com o objetivo de validar um protocolo de classificação de risco institucional com 35 itens, por sete especialistas. Dentre as quatro prioridades de atendimento, o vermelho e o amarelo foram as que mais receberam sugestões de alterações ⁽³⁹⁾.

Nesta direção, Ribeiro e Castro (2011) consideram que o atendimento às emergências médicas requer do corpo técnico hospitalar um treinamento específico, uma agilidade assertiva e muito específica. No entanto, os pacientes classificados como vermelhos corresponde a um percentual muito pequeno, menos de 5% da demanda diária de um pronto-socorro. Diante do atendimento não emergencial os profissionais se sentem despreparados e encontram mais dificuldades para acolher e atender as diversas situações que surgem durante a jornada de trabalho, agregadas ao tempo, dinâmica do serviço, volume de pacientes e as condições de trabalho ⁽⁴⁰⁾.

A classificação de risco tem como uma de suas premissas a identificação e priorização dos casos mais críticos, reduzindo o número de mortes evitáveis nas recepções das portas de urgência. Os pacientes de perfil crítico expressam maiores complicações clínicas, demandam mais recursos no atendimento, precisam ser atendidos com maior brevidade e permanecem um maior período de tempo na unidade. Sendo assim, os dois níveis de gravidade que deveriam ser mais inclusivos e seguros, mostraram-se frágeis quanto ao proposto.

De acordo com o protocolo de classificação de risco do Estado do Piauí (2009), os pacientes classificados como vermelhos são os que necessitam de atendimento médico imediato e assistência de enfermagem contínua. Os que são trazidos pelo Suporte Avançado do SAMU não

serão submetidos à classificação de risco. Já os classificados como amarelos são pacientes que necessitam de atendimento médico em até 30 minutos e reavaliação pela enfermagem a cada 30 minutos. Serão avaliados também pela equipe de acolhimento e aguardarão atendimento médico acomodados em cadeira ou maca obedecendo à prioridade que o caso demanda ⁽⁴¹⁾.

O nível de gravidade vermelho, nesse estudo, obteve um índice de concordância abaixo da linha de corte (80%), gerando viés na classificação de risco do enfermeiro e interferindo na segurança em garantir o atendimento médico de forma imediata ao usuário em situação de emergência. Portanto, infere-se que parte dos itens ou condições que integram este grau de risco carece de revisão para posterior validação.

Foi constatado nesse estudo que o nível “amarelo” do total de 117 condições, obteve concordância de apenas 66 (56,4%). Neste caso foi possível julgar que a escala não contemplou seu objetivo quando relacionou diversas condições à prioridade de urgência. No entanto, observou-se que o tempo-alvo previsto para o primeiro atendimento médico de 30 minutos é correlato ao de alguns protocolos nacionais como o do Piauí ⁽⁴¹⁾ e o de São Luis-MA ⁽⁴²⁾.

Portanto, entendeu-se que o grau de risco amarelo corresponde ao paciente em situação de urgência, ou seja, que no momento não possui risco de morte, mas que poderá agravar e se tornar um vermelho, por isso perfaz o segundo nível de maior criticidade do instrumento. Sua representatividade intermediária gera conflitos e/ou dúvidas em torno da classificação de risco para os profissionais envolvidos, bem como tendenciado os avaliadores desta pesquisa.

Os descritores possuem nomenclaturas atreladas às manifestações apresentadas pelos usuários, na tentativa de aproximar o trabalho do enfermeiro ao método e dissociar da ideia de traçar diagnóstico no momento da classificação de risco. Estes são escolhidos pelo enfermeiro, após o conjunto de informações coletadas na anamnese, escuta qualificada do usuário e através da hierarquização dos sinais vitais, sintomas e condições apresentados por ele. Por fim, a avaliação do enfermeiro determinará a classificação do usuário e o seu critério de gravidade ⁽⁴³⁾.

Portanto, é possível julgar que as características dispostas nos descritores de um protocolo de classificação de risco devem estar apresentadas de forma clara, objetiva e inclusiva, permitindo a identificação mais rápida dos pacientes que se encontram em situação clínica de gravidade.

Tais caracteres possibilitam a diferenciação entre os pacientes, indicando as suas respectivas classificações segundo níveis de gravidade devidamente elencados.

Predominaram neste estudo cinco parâmetros vitais que perfazem os graus de risco mais críticos dos descritores integrantes do instrumento em questão. O item PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg não obteve concordância em nenhuma das ocorrências. Tal mensuração pode ser comparada aos valores de PAS ≥ 220 ou ≤ 80 / PAD ≥ 130 mmHg encontrados nos protocolos de São Luís e Belo Horizonte, e PAS ≥ 220 ou ≤ 80 / PAD ≥ 100 mmHg no do Estado de Piauí^(2,41,42).

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016) são consideradas urgências hipertensivas situações clínicas sintomáticas em que há elevação da PA (PAD ≥ 120 mmHg) sem lesão de órgãos alvo de forma aguda e progressiva. Já as emergências cursam com a mesma evolução acrescentando a presença de lesão de órgãos alvo de forma aguda e progressiva⁽⁴⁴⁾. Sendo assim, constatou-se que a opinião dos especialistas divergiu dos parâmetros existentes em instrumentos utilizados em outros estados da federação, mas está em consonância com o proposto pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, o que reforça a necessidade de revisão de tais itens.

Quanto aos valores de temperatura (Temp. axilar ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C) para a classificação vermelho, os mesmos podem ser comparados a Febre (T. axilar $\geq 38,5^\circ$ C) em imunocomprometidos em ambos os protocolos, Belo Horizonte e São Luís, no mesmo nível de gravidade^(2, 41, 42). O instrumento do Estado do Piauí apresentou (Temp. axilar ≤ 35 ou $\geq 41^\circ$ C) para a cor laranja, e para a cor vermelha “febre associada à convulsão”. O protocolo do Hospital Universitário de Santa Catarina-HUSC reforça que a temperatura axilar acima de 40° será classificada como laranja, nível de criticidade para o atendimento de urgência intermediário entre o vermelho e o amarelo⁽⁴⁵⁾.

Foi possível constatar que, nesse estudo, houve incoerência entre os valores comparados e que os mesmos não expressam a medida da temperatura de forma isolada, na maior parte dos instrumentos. Isto remete a necessidade de readequação do item avaliado e que poucos instrumentos fazem alusão aos valores que avaliam a hipotermia. De acordo com o protocolo de Manchester, na condição da pele se apresentar fria, diz-se que o paciente está clinicamente

hipotérmico (abaixo de 35° C define a hipotermia), orientando que a temperatura deverá ser aferida logo que possível ⁽²⁴⁾.

A baixa concordância na medida da saturação de oxigênio abaixo de 92% encontrada nessa pesquisa, dentro do critério de gravidade vermelho, não foi compatível com os valores encontrados nos protocolos de Belo Horizonte e do Piauí ($SPO_2 < 90\%$). Os protocolos do Hospital Universitário de Santa Catarina e Manchester consideram a saturação muito baixa, valores abaixo de 90%, para a classificação laranja ^(2, 24, 41, 45).

Foram encontradas algumas inconsistências entre os parâmetros que indicam a frequência respiratória ($FR \leq 10$ ou ≥ 25 icm/vermelho) no protocolo Estadual de Classificação de Risco e os dos protocolos de Belo Horizonte e São Luís. O primeiro informou valores entre: $FR \leq 10$ ou ≥ 36 irpm e o segundo $FR \leq 10$ ou ≥ 35 irpm para a inclusão do paciente no critério de risco vermelho ^(2,42).

Tal comparação sugere compatibilidade com a avaliação dos especialistas no que tange aos valores maiores dos parâmetros de mensuração da frequência respiratória. A referida evidência mostrou a carência de revisão destes, com o objetivo de torná-los mais inclusivos na avaliação do paciente crítico. No momento da classificação de risco poderão surgir condições de insuficiência respiratória aguda, asma grave, obstruções de vias aéreas, reações alérgicas, sendo todas de caráter emergencial.

O item sinais vitais normais tornou-se relevante nessa pesquisa por ter recebido baixa concordância, estando distribuído entre os graus de risco amarelo e verde. Em contrapartida, um termo de significado equivalente (dados vitais normais) foi encontrado nos protocolos nacionais de Belo Horizonte e São Luís, distribuídos nos mesmos graus de risco.

Os autores Forte, Júnior e Martins (2012) salientam a importância da existência dos sinais vitais padronizados para caracterizar um paciente como grave e, também destacam que existem situações de emergências que não apresentarão necessariamente tais sinais ⁽⁴⁶⁾. Inferiu-se que, o item “sinais vitais normais” de forma isolada, não consegue expressar uma medida de forma precisa da condição clínica do usuário. Por estar incluso, em sua maior parte, no nível de gravidade amarelo tendeu a uma baixa concordância, neste estudo.

Portanto, considerando a baixa concordância que representou a avaliação dos parâmetros vitais de forma isolada e a sua distribuição entre os graus de prioridade vermelho e amarelo, entre muitos descritores: constatou-se uma superestimação do grau de risco para os pacientes classificados como vermelho no Protocolo Estadual, para os parâmetros de $SPO_2 \geq 92\%$ e $FR \geq 25$ icm, além da necessidade de ajuste dos valores da temperatura axilar entre $T \geq 38,5^\circ$ associada a alguma condição clínica de gravidade. O parâmetro que avaliou a pressão arterial no paciente crítico, apesar de não receber nenhuma concordância por parte dos especialistas, apresentou-se conforme, mediante comparação aos instrumentos utilizados em outras unidades federadas.

Em verdade, a avaliação dos itens de parâmetros vitais revelou concentração de respostas como “Concordo/Discordo Parcialmente” indicando a característica hipossuficiente dos itens avaliados isoladamente, aparentando relevância somente se vinculados à outros sintomas representativos.

Quanto à análise dos descritores, destacaram-se os que perfizeram condições de causas externas, por apresentarem as menores concordâncias por ICD ($< 80\%$): “queimaduras, queixas oculares, mordedura de animal/acidente com animal peçonhento, trauma geral, trauma de crânio e sangramento”. Geralmente estão associados aos eventos que envolvem acidentes de trânsito, violência urbana e outros tipos de acidentes. Considerando que parte dos painelistas pertence ao quadro de profissionais do SAMU 192, bem como são instrutores de cursos que são referência internacional, como o PHTLS e o ATLS, percebeu-se grande familiaridade com a temática do trauma.

Um estudo recente revelou que para otimização da assistência e pelo trauma ser uma situação clínica emergencial, o auxílio da tecnologia revela-se de grande valia para os profissionais. O uso de sistemas de informações tem se destacado na área da saúde, pois auxilia na tomada de decisões de diagnósticos e de terapêutica nos cuidados ao paciente ⁽⁴⁷⁾.

No tocante aos descritores de trauma, geral e de crânio, nesse estudo, houve criticidade de avaliação dos parâmetros vitais e dos sintomas clínicos. O manual do PHTLS informa apenas o valor da PAS <90 como relevante na reavaliação secundária da letra C do ABCDE do trauma, associando-o a um conjunto de dados qualitativos, como a presença de hemorragias externas,

pulsos periféricos ausentes ou diminuídos, pele fria, úmida e pálida e a ansiedade. Nesse momento não é crucial a aferição dos valores exatos de parâmetros vitais, podendo ser realizada após a estabilização do paciente. Este parâmetro deve ser resumido e readequado à realidade do atendimento ao paciente politraumatizado ⁽⁴⁸⁾.

Os itens “dor intensa (8-10/10) associada a pelo menos 01 alteração de SSNV” (nível vermelho) e “dor moderada (4-7/10) associada a pelo menos 01 alteração de SSNV” (nível amarelo) do descritor trauma geral e “cefaleia ou cervicalgia intensa (8-10/10) associada a pelo menos 01 alteração de SSNV descrita acima” (nível amarelo) do descritor trauma de crânio, também aparecem associados aos dados numéricos, sendo a explicação da baixa concordância. No protocolo de Manchester o item “dor intensa” está presente no nível laranja e o “dor moderada” no nível amarelo dos fluxogramas trauma maior e trauma cranioencefálico ⁽²⁴⁾. Já no instrumento do Piauí o item “dor intensa (8-10/10)-vermelho” aparece no nível de gravidade laranja para os descritores trauma múltiplo e traumatismo cranioencefálico e no nível vermelho para o trauma grave, no protocolo de Belo Horizonte ⁽²⁻⁴¹⁾. O aparecimento de ambos associa-se ao mecanismo do trauma e aos dados qualitativos que indicam agravamento do quadro clínico, o que indica o ajuste dos itens avaliados quanto ao grau de risco para menos, pois somente foi equivalente ao vermelho em um dos instrumentos comparados.

Os resultados desse estudo sugere que as condições “ferimentos menores com/sem sangramento ativo”, “presença de tatuagem traumática” e “trauma torácico sem dispneia” (nível amarelo) mereçam ajustes quanto à associação ao mecanismo do trauma. Foram disponibilizados para os avaliadores anexos do protocolo, nos quais estão incluídas tabelas que informam conteúdos referentes ao mecanismo do trauma. Porém, infere-se que, pela baixa concordância obtida, tais dados sejam inseridos no corpo do instrumento. Esta associação corrobora com o verificado nos instrumentos aqui estudados. Em três deles os anexos, orientações e figuras seguem a referida distribuição, tornando-os mais operacionais, factíveis e inclusivos, quanto à aplicação do processo de classificação de risco ^(24, 41, 45).

Alguns itens do descritor “queimaduras” apresentaram baixa concordância, como “paciente portador de doença crônica”, “presença de fratura em qualquer localização (nível vermelho)”, “queimaduras de 2º grau com SCQ entre 10 e 20%” e “qualquer queimadura de 2º grau em mãos, pés, face, pescoço ou articulações” nível amarelo. Estes são análogos aos critérios

considerados para queimaduras graves, contidos no manual de atendimento pré-hospitalar ao paciente politraumatizado-PHTLS (2007) para tratamento, sendo, respectivamente: “queimadura em pacientes com problemas clínicos preexistentes que possam complicar o tratamento”, “qualquer paciente com queimaduras e trauma concomitante (p ex. fraturas) em que a queimadura aumenta muito o risco de morbidade e mortalidade (...)”, “queimaduras de espessura parcial maiores que 10% da área de superfície corporal total” e “queimaduras que envolvam face, mãos, genitais, períneo ou as principais articulações”⁽⁴⁸⁾.

Considerando a associação entre os itens do Protocolo Estadual e do manual PHTLS entendeu-se que os caracteres dispostos no descritor “queimaduras” carecem de ajustes, visando sua apresentação de forma mais clara, bem como referente ao grau de risco, no caso dos itens classificados como amarelo^(6,48). A existência do item “presença de fratura em qualquer localização (nível vermelho)”, reforça a necessidade de avaliação, por confirmar a redundância deste, existindo no instrumento a condição “associadas ao politrauma”, o que já contemplaria o critério de gravidade do referido manual internacional.

O descritor “mordedura de animal/acidente com animal peçonhento” obteve quatro itens de caráter qualitativos questionados, além dos que perfizeram os parâmetros vitais, já discutidos anteriormente. Verificou-se a presença do referido descritor nas escalas de risco de Belo Horizonte (Feridas, Abscessos, Mordeduras e Acidente com Animais Peçonhentos), Hospital Universitário de Santa Catarina e Manchester (Mordeduras e Picadas)^(2, 24, 45).

Comparando-se as três escalas constatou-se maior afinidade entre o Protocolo Estadual com os Protocolos do Hospital Universitário de Santa Catarina e o Sistema de Triagem de Manchester (STM), ambos com dois itens cada: “dor intensa no local da picada associada a pelo menos 01 SSNV (nível vermelho)-PE” com “dor moderada? (nível laranja)-HU” e “dor ou coceira intensas (nível laranja)-STM”. O item “eritema no local da lesão (nível amarelo)” do protocolo estadual afina-se com “exantema eritematoso ou bolhoso? (nível amarelo)-HU” e “inflamação local (nível verde)-STM”^(6, 24, 45).

Observou-se que os itens do protocolo estadual são associados aos parâmetros numéricos, enquanto que em outras escalas são priorizadas as condições apresentadas pelo paciente

(sintomas). Sugere-se revisão destes itens a título de clareza e critério de gravidade, buscando uma classificação mais assertiva.

Outro descritor, o de “queixas oculares”, ao ser comparado com as escalas do STM e HU de Santa Catarina notou-se que não houve a obrigatoriedade da verificação dos sinais vitais, método contrário ao do protocolo estadual ^(6, 24, 45). Portanto, presumiu-se que a presença dos sinais vitais, determinando a criticidade vermelha (emergência) não foi considerada adequada pelos avaliadores, sendo questionável a manutenção deles no referido descritor. Como não foi encontrada semelhança entre os demais itens entre os documentos já citados, tal questão reforça a necessidade de revisão do descritor de forma geral.

A condição “presença de priapismo em portadores de falcemia (nível amarelo)-PE” pode ser comparada a “priapismo (nível laranja)”, bem como “SVD obstruída e/ou associada à queixa de dor pélvica/abdominal (nível verde)-PE” a “retenção urinária (nível amarelo)”, “trauma superficial em genitália externa (nível verde)-PE” a “evento recente (nível verde)” e/ou “problema recente (nível verde)”, todas em ambas as escalas STM e HUSC ^(24,45).

No que diz respeito ao descritor “sangramentos” pode-se observar que os itens dispostos se repetem em outros descritores, sendo uma associação de condições respiratórias, abdominais, glicêmicas, dentre outras, ao aparecimento ou relato de sangramento. Tal conformação não permitiu comparação técnica a nenhuma das escalas aqui disponíveis.

Por exemplo, o STM e o HCSC, na medida em que, a primeira escala somente possui um fluxograma se reportando à avaliação ginecológica, descrito como “sangramento vaginal” e, a segunda dois “hemorragia digestiva” e “hemorragia vaginal”. A escala de Belo Horizonte possui o descritor “sangramentos”, porém adensa em seu conteúdo itens de caráter ginecológico, obstétrico e clínico, direcionando a avaliação para uma conformação mais abrangente ^(2, 24, 45).

Tais evidências levam a repensar a manutenção do descritor “sangramentos” de abrangência generalista ou incluir abas de abordagem obstétricas e ginecológicas, inexistentes até o momento, no protocolo estadual. Tal conformação não permitiu comparação técnica a nenhuma das escalas aqui disponíveis.

A avaliação dos itens que agruparam as condições por causas externas apontou que existem descritores que deverão ser readequados quanto aos critérios de gravidade, tanto para níveis mais elevados (queimaduras, mordedura de animal/acidente com animal peçonhento e queixas oculares), quanto para menos (trauma geral e traumatismo crânioencefálico). Torna-se pertinente focar na questão dos anexos do protocolo, também escopo de avaliação deste estudo, que de acordo com o evidenciado em instrumentos utilizados em outros Estados e no STM, deverão ficar dispostos no corpo do instrumento.

Quanto aos descritores que avaliam as condições clínicas nesse estudo, enquanto alvo de má concordância por ICD < 80%, foram considerados: PCR, queixas abdominais, queixas urinárias, queixas respiratórias, dor de cabeça e alterações glicêmicas. Faz-se jus a readequação destes itens com o objetivo de torná-los mais inclusivos e assertivos, quanto aos critérios da classificação de risco dos usuários em serviços de urgência.

Corroborando com este aspecto, resultado de uma revisão integrativa que analisou a característica dos usuários frequentes dos serviços de urgência constatou que a agudização de doenças crônicas pareceu ser um fator importante para utilização comum dos serviços de urgência, sendo o principal motivo. As comorbidades mais frequentemente encontradas pelos usuários eram relacionadas aos problemas respiratórios, neurológicos, psiquiátricos, circulatórios, endócrinos e gastrointestinais. Em menor escala estavam os musculoesqueléticos e renais ⁽⁴⁹⁾.

Foi possível a comparação de um item, entre os que obtiveram baixa concordância no descritor “queixas urinárias-PE” ao fluxograma “problemas urinários” do STM e “problemas urinários e urológicos” na escala do HUSC. Tal comparação confirmou a inconformidade apontada pelos especialistas, quanto à subestimação do nível de classificação, considerando a condição do sofrimento do usuário associada à urgência clínica e ao tempo mínimo de espera para atendimento médico. Além disso, trata-se de itens que avaliam situações agudas, ressaltando-se o que se refere a “presença de priapismo em portadores de falcemia”-nível amarelo, equivalente, nas escalas citadas ao “priapismo” no nível laranja ^(24,45).

O instrumento do HUSC considera imprescindível, para todos os níveis de classificação, a avaliação da intensidade dos sintomas apresentados pelo usuário, sendo assim fica evidente a

importância de conhecer tais informações, pois elas repercutem diretamente no grau de risco atribuído ao usuário em todas as cores da classificação. Quando o enfermeiro do acolhimento deixa de registrar o início e intensidade dos sintomas, ele deixa de diferenciar os casos agudos dos crônicos e os sintomas intermitentes dos que se apresentam contínuos ⁽⁴⁵⁾.

Os itens apontados como inconformes do descritor “alterações glicêmicas” atinaram-se aos parâmetros de avaliação quantitativos, já discutidos anteriormente. Os especialistas consideraram que o componente consegue traduzir as representações sintomáticas dos usuários.

Foi possível atribuir a baixa concordância no parâmetro “glicemia capilar > 320 ou < 50 mg/dl” (nível amarelo), pelo valor da hipoglicemia já ter sido considerado como vermelho. Constatou-se uma incoerência, na medida em que os dois parâmetros encontravam-se disponíveis em ambos os critérios de gravidade (vermelho e amarelo), além de confundir o classificador no momento da avaliação.

No tocante ao descritor “queixas abdominais”, pôde-se constatar a semelhança entre alguns de seus itens mal avaliados e de outros protocolos, notando-se pouca necessidade de ajuste: “história aguda de vômito com sangue” (PE) e “história de vômitos/evacuação com sangue” protocolo do Piauí (ambos no nível amarelo); “dor moderada (4-7/10) associada a pelo menos 01 alteração de SSV” com “dor moderada (4-7/10)” nos protocolos de Belo Horizonte e do Piauí, ambos no nível amarelo. Evidenciou-se que a intensidade da dor é uma condição avaliada de forma independente dos parâmetros vitais em outros protocolos, para este descritor.

Durante uma pesquisa que abordou doentes com dor abdominal em um hospital geral de urgência em Portugal (2008), da amostra de 8.004 pacientes triados, 81,18% foi classificado no grau de risco amarelo, considerando a escala STM ⁽⁵⁰⁾. Tal achado reforça a necessidade de uma avaliação mais criteriosa para os pacientes que procuram os serviços de urgência com queixas abdominais, no momento da classificação de risco. Portanto, as escalas de classificação de risco devem ser inclusivas o suficiente para a avaliação da dor, por esta considerar o grau de sofrimento do paciente e se tornar cada vez mais comum o motivo da procura por serviços de urgência/emergência.

No mesmo sentido se deu a análise do descritor “Dor de cabeça”, quanto às queixas de características qualitativas “dor em região temporal” e “dor retro orbitária”. Quando comparado

ao STM e à escala do HUSC, no fluxograma cefaleia foi possível verificar afinidade entre o item “dor em região temporal”-PE com “couro cabeludo temporal dolorido” e “couro cabeludo doloroso”, respectivamente, ambos do nível amarelo ^(24,45). Esta conexão permitiu discernir que o item não apresenta inconformidades de segurança ou risco na classificação do usuário.

O objetivo do descritor foi contemplar os casos potencialmente graves de cefaleia, que podem indicar acidente vascular cerebral, bem como os sintomas que integram o grupo das cefaleias primárias como as enxaquecas. O item “dor retro orbitária” (nível amarelo) faz parte da sintomatologia da cefaleia em salvas, uma doença crônica do grupo das cefaleias primárias, e também está incluso como sintoma de casos suspeitos de Dengue, conforme manual de diagnóstico e manejo clínico do Ministério da Saúde ⁽⁵¹⁾.

O descritor de “Parada cardiorrespiratória-PCR” foi avaliado com índice de concordância em 75%, por um de seus quatro itens ter recebido concordância abaixo de 80% (“cianose”). De acordo com a diretriz da American Heart Association (2015), o reconhecimento da PCR por profissionais deverá ser realizado em 10 segundos, checando a responsividade da vítima, ausência de respiração ou apenas gasping e nenhum pulso (a verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, em menos de 10 segundos) ⁽⁵²⁾.

A cianose ocorre quando há oxigenação tecidual inadequada, conseqüente à baixa concentração de oxigênio na molécula de hemoglobina (hipoxemia). Traduz um dos sinais de insuficiência respiratória, comprometimento de troca gasosa, insuficiência vascular, cardiopatias e fatores relacionados com o frio ⁽⁵³⁾. Desta forma, o item não foi considerado adequado pelos avaliadores da pesquisa, para a identificação da PCR, podendo o mesmo ser excluído do então descritor.

Apenas um item de cunho sintomático, “expectoração esverdeada ou hemoptise” (nível amarelo) obteve uma má avaliação no descritor de “queixas respiratórias”. Realizou-se a comparação com protocolos nacionais e não foram encontrados itens análogos, sendo possível apenas o pareamento com o STM, no nível laranja ao item “hemoptise” ⁽²⁴⁾. Sugere-se ajuste quanto à apresentação da condição, pois a mesma possui pertinência para a avaliação da suspeita de casos de tuberculose ativa, ou nos casos crônicos em que há recidiva da doença por falta de adesão ao tratamento ou ainda, associação com patologias que causam imunossupressão como a SIDA.

Foi possível reconhecer que os descritores de agrupamento das condições clínicas receberam poucas considerações, visando tornarem-se mais seguros e inclusivos, para a aplicação em escalas de classificação de risco. O descritor “queixas urinarias” apresentou subestimação do grau de risco, o que compromete a segurança do protocolo Estadual. No que se refere às “alterações glicêmicas” evidenciou-se o parâmetro de verificação da glicemia contraditório, necessitando de ajuste, bem como o de “queixas abdominais”, que carece redefinir o item que avalia a intensidade da dor. O item que aborda “expectoração esverdeada e/ou hemoptise” também precisa ser readequado, quanto à sua apresentação, no descritor “queixas respiratórias”. Já o item cianose tem que ser excluído do descritor “PCR”.

Alguns descritores também se destacaram, por obterem avaliação negativa dos especialistas, neste estudo. Foi o caso de “dor de ouvido e garganta”, “edema/icterícia/fraqueza/câimbra” e “dor cervical/dorsal/lombar ou extremidades”. Constatou-se dificuldade de parametrização com outros instrumentos, pois tais descritores no protocolo Estadual perfazem a junção de duas ou mais. Sendo assim, percebeu-se pouca familiaridade dos especialistas em assimilar a apresentação dos itens. Desta forma, ficará a cargo da área técnica da SESAB responsável pelo instrumento em manter os descritores agrupados ou separá-los.

A escassez de estudos que envolvessem instrumentos de avaliação quantitativos ou qualitativos direcionados para protocolos de classificação de risco institucionais, e a disponibilidade de instrumentos para comparação se projetaram como dificuldades de delineamento do presente estudo. O volume de itens avaliados e os dados gerados, tornando a etapa de resultados volumosa e complexa, também devem ser considerados aspectos dificultadores. Em contrapartida, a necessidade de aplicação do instrumento de pesquisa de forma remota atuou como um facilitador de essencial relevância na execução do trabalho e, no sentido de captar maior adesão dos participantes.

7 CONCLUSÃO

O ACCR enquanto instrumento norteador do atendimento de urgência e emergência foi percebido como válido e pertinente pelos respondentes, firmando-o como necessário à prática clínica. Entretanto, é reconhecida a complexidade de sua aplicação, haja vista a necessidade de educação permanente, iniciativa dos profissionais envolvidos no processo e mudança de postura dos mesmos. Além do exposto, somam-se a fragilidade e dificuldade de alinhamento da estrutura da rede de atenção com a estratégia ACCR, sendo entrave para o referenciamento dos pacientes de maneira resolutiva. Tais fatores conduzem à incredibilidade da utilização dos instrumentos e do processo.

Do ponto de vista metodológico, a escassez de metodologias quantitativas para avaliação de instrumentos de classificação de risco, demandou desse trabalho a elaboração de índices de avaliação que poderão ser utilizados, tanto para futura avaliação do próprio instrumento base deste estudo, quanto para outros instrumentos de classificação de risco.

A avaliação do painel de especialistas mostrou que o protocolo estadual de classificação de risco demanda de revisão geral em seu conteúdo, dado o índice de concordância encontrado. O nível de gravidade amarelo foi o que recebeu a pior avaliação. Por integrar a complexidade intermediária entre os critérios de classificação, estabeleceu-se como o mais conflitante no momento da classificação. Dos 15 descritores com baixa concordância, os que perfazem as condições de trauma foram os mais críticos. Os itens que avaliam os parâmetros vitais, no grau de risco vermelho e amarelo, não conseguiram expressar o quadro clínico dos pacientes de forma clara, tanto de forma isolada, quanto associada a alguma sintomatologia. Conclui-se que tais medidas não deverão ser consideradas estanques para todos os descritores, bem como para o mesmo nível de gravidade.

Os resultados encontrados nessa pesquisa evidenciaram a importância de avaliar a viabilidade técnica do protocolo estadual de classificação de risco, de uma forma inovadora e pioneira, fornecendo subsídios de melhoria e aprimoramento para efetiva aplicação do mesmo. Tanto quanto possível, todos os indícios de baixa concordância foram referenciados a conceitos técnicos e instrumentos semelhantes, gerando subsídios consistentes para reformulação.

Ressalva-se por fim, que cada instrumento de classificação de risco atende a um contexto territorial e epidemiológico, não sendo possível considerá-lo um documento permanente, pois o mesmo faz parte de um processo que carece ser revisto periodicamente.

REFERÊNCIAS

1. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (7): 1439–54.
2. Mafra AA, et al. Protocolo acolhimento com classificação de risco nas portas entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. 2005.
3. Feijó VBER, Junior LC, Souza RKT, Dias AO. Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco. *Saúde em Debate*. 2015; 39 (106): 627–36.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. PNH - Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. 2010. 56 p.
5. O’Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cien Saúde Colet*. 2009; 14 (5): 1881–90.
6. Bahia, Secretaria de Saúde do Estado. Protocolo Estadual de Classificação de Risco-Bahia. Salvador-Ba; 2014. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/DAB/index.php?option=com_content&view=article&id=1114&catid=13&Itemid=59.
7. Inoue KC, Murassaki ACY, Júnior JAB, Rossi RM, Martinez YDÉ, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. *REME Rev Min Enferm*. 2015; 19 (1): 13–20.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. HumanizaSUS. HumanizaSUS-PNH. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2004. p. 1–19.
9. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de Risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arq Catarinenses Med*. 2007; 36 (4): 70–5.
10. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Médica Minas Gerais*. 2012; 22 (2): 188–98.
11. Mendes ACG. Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: uma abordagem por triangulação de métodos-Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, Recife-PE. 2009.

12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. In: Diário Oficial da União, Brasília, 2002. p. 1–138.
13. Júnior JAB, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e uso do fluxograma analisador. *Texto Context Enferm.* 2012; 21 (1): 217–25.
14. Junior WC; Torres BLB; Rausch MCP. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2014. p.1–16.
15. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. História da classificação de risco. 2004. p.5. Disponível em: <http://gbcr.org.br/downloads>.
16. Souza TH, Andrade SR. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2014; 19 (4): 701–8.
17. Gutierrez L, Silva D, Matsuda LM. Um Olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Cienc Cuid Saude.* 2012; v10 i5. 1706:121–8.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: volume 3- Atenção hospitalar [Internet]. 2011. 266 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf
19. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 2004. 49 p.
20. Andrade EA, Donelli TMS. Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários do setor de emergência/urgência do hospital municipal de Novo Hamburgo (HMNH). *Bol Saúde.* 2004; 18 (2): 17–24.
21. Ministério da Saúde. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.600 de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. In: Diário Oficial da União, Brasília. 2011.
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Vol. 15, *Ciencia & Saúde Coletiva.* 2010. 2297-2305 p.
23. Júnior WC. A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. *Rev Adm Hosp e Inovação em Saúde.* 2009; 2(1): 23–8.
24. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte; Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010. 249 p.

25. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Resolução COFEN nº 423/2012-
Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a
participação do enfermeiro na atividade classificação de risco. 2016 p. 2011–2.
26. Conselho Regional de Enfermagem Minas Gerais. Parecer Técnico nº 136/2011.
Competência do enfermeiro para realizar a classificação de risco nos diversos pontos
de atenção à saúde da população. 2011 p. 1–7.
27. Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias:
hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*
[Internet]. 2003; 15:165–74. Available from:
http://www.triajeset.com/acerca/archivos/revision_triaje_estructurado.pdf
28. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um
pronto- socorro utilizando dois diferentes protocolos-Tese (Doutorado), UFMG. 2009.
29. Pinheiro JQ, Farias TM, Abe-lima JY. Painel de especialistas e estratégia
multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas. *PSICO*. 2013; 44 (2): 184–92.
30. Souza I. Núcleos de estudos em comportamentos organizacionais (NECO-UFRJ)
Elaboração e validação de instrumentos de pesquisa. Rio de Janeiro; Seropédia. 2007.
31. Cooper DR, Schindler PS. Métodos de Pesquisa em Administração. 12ª ed. Porto
Alegre: McGraw-Hill; 2016. 695p.
32. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de
2012/CNS/MS/CONEP. Diário Oficial da União, Brasília. 2012. p.59.
33. Bartel TE, Silva MM, Sturbelle ICS, Xavier SQ, Pai DD, Ceolin T, et al. Dialogando
sobre serviços de saúde a partir da implantação do acolhimento com avaliação e
classificação de risco: relato de experiência. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2015; 38(3):
164–73.
34. Carvalho AO, Santos CG, Ferreira CSW. Implantação do acolhimento com
classificação de risco (ACCR) em um hospital de grande porte no município de São
Paulo in: *Cadernos HumanizaSUS: volume 3-atenção hospitalar*, Brasília. 2011. 266p.
35. Souza CC, Lourdes L, Silva T, Regina L. Nurses' perception about risk classification
in an emergency service. *Invest Educ Enferm Medellín*. 2013; v.32, n.1(jan-apr): 78–
86.
36. Junior JAB, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya PS, Vidor RC, Matsuda LM.
Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência:
Avaliação do processo de atendimento. *Rev Enferm*. 2015; 23(1): 82–7.
37. Ferreira EB, Melo LBD, Bezzera ALD, Assis EV, Feitosa ANA, Sousa MNA.
Acolhimento com Classificação de Risco em Serviços de Urgência e Emergência
Hospitalar. *Rev Interdiscip em Saúde*. 2016; 3(1): 148–78.

38. Rossaneis MA, Borsato FG, Vannuchi MTO, Sentone ADD. Implantação do ACCR em hospital público de médio porte. UNOPAR Ciênc Biol Saúde. 2011; 13(3).
39. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola AMM, Marconato RS, Bargas EB, Araújo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. Rev Lat Am Enfermagem. 2014; 22(2):218–25.
40. Ribeiro YCNM, Castro RLV. Acolhimento com classificação de risco: dois momentos de reflexão em torno das cores in: Cadernos HumanizaSUS: volume 3-atenção hospitalar, Brasília. 2011. 266p.
41. Piauí, Governo do Estado do Piauí. Manual de acolhimento e classificação de risco nas urgências do Estado do Piauí. Teresina. 2015, 56p.
42. São Luís, Prefeitura Municipal de. Protocolo de Acolhimento Com Classificação de Risco. São Luís. 32p.
43. Machado H. Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2008.
44. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos online, vol. 107, n.º 3, supl 3. set 2016, 103 p.
45. Hagemann LB. Acurácia da classificação de risco por enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2014, 139p.
46. Forte DN, Junior APN, Martins HS. Abordagem inicial ao paciente grave in: Emergências clínicas: abordagem prática. 10ª ed. Barueri: Manole; 2015. p 88-103.
47. Cestari VRF, Sampaio LRL, Barbosa IV, Studart RMB, Moura BBF, Araujo ARC. Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2015; out/dez, 20(4) 701–710.
48. Norman EM, Scott F, Salomone JP. PHTLS - Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado. Tradução da 6ª ed. São Paulo: Elsevier; 2007. 596 p.
49. Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. 2013 abr/jun; 15(2): 564-73. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>. Acesso em: 01 de maio de 2017.
50. Castelo LCS. Abordagem ao paciente com dor abdominal no serviço de urgência no Hospital Geral de Santo Antônio em 2008. Um estudo descritivo envolvendo 2004 doentes. Dissertação de Mestrado-edição do autor. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2009. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21155/2/Dissertao%20Luis%20Castelo>

%20%20Abordagem%20ao%20doente%20com%20dor%20Abdom.pdf. Acesso em: 01 de maio de 2017.

51. Brasil, Ministério da Saúde. Dengue diagnóstico e manejo clínico adulto e criança. Brasília-DF; 2016, 60p.
52. American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015- Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-GuidelinesHighlights-Portuguese.pdf>. Acesso em: 01 de abril de 2016.
53. Tannure MC, Pinheiro AMF. Semiologia Bases Clínicas Para o Processo de Enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan. 2017; 282p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta Convite para o Painel de Especialistas-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA.

Carta Convite para o Painel de Especialistas-Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA.

Olá _____,

Estamos convidando você para participar de pesquisa para validação do Protocolo Estadual de Acolhimento e Classificação de Risco para o atendimento de adultos, o seu nome foi indicado por outros profissionais que reconhecem o seu conhecimento e experiência na área.

Esta pesquisa está relacionada à linha de pesquisa em Classificação de Risco da Pós-graduação de Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e da dissertação de mestrado de Mariane Dantas.

A sua participação é muito importante, solicitamos que leia atentamente o TCLE anexo e, se de acordo, preencha este questionário. A sua resposta a este questionário comprova a sua concordância em participar deste estudo.

Por se tratar de um questionário longo, o mesmo foi dividido em 3 partes, para facilitar a avaliação. Os links para acesso estão disponíveis abaixo, para acessar o questionário basta clicar no link correspondente a cada etapa.

https://pt.surveymonkey.com/r/ACR_painel_parte1

https://pt.surveymonkey.com/r/ACR_painel_parte2

https://pt.surveymonkey.com/r/acr_painel_parte3

Seguem além do TCLE, os anexos do Protocolo, também alvos de avaliação.

Solicitamos que conclua esta avaliação, no máximo, até o dia __/__/2016.

Agradecemos a sua colaboração nesta pesquisa.

Mariane Dantas e Marta Menezes

APÊNDICE B – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA**”, que esta sendo realizada dentro da linha de pesquisa de Tecnologias em Saúde, do grupo de pesquisa no CNPq, Pró-ensino da Saúde. Os dados serão também utilizados na dissertação de Mariane Teixeira Dantas Farias, aluna do Mestrado de Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). **O objetivo da pesquisa é:** avaliar o conteúdo do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA em adultos e desenvolver estratégias para a efetiva utilização deste protocolo nas Unidades de Urgência e Emergência do estado da Bahia. A sua participação é muito importante, na primeira etapa do estudo precisamos conhecer o seu perfil, a sua opinião sobre a proposta de Classificação de Risco em seguida você vai participar de como especialista de painel onde se pretende testar o protocolo em estudo com aplicação em casos simulados especialmente construídos para esta finalidade.

Caso aceite fazer parte do estudo, o senhor (a), será solicitado a responder um questionário on-line. A 1ª parte do questionário inicial consta de questões objetivas sobre dados pessoais: sexo; instituição, departamento, curso e semestre no qual leciona, ano de formatura, especialidade, formação acadêmica e unidade onde atua. Como o questionário prevê respostas objetivas, estima-se que o preenchimento seja realizado em, no máximo, 5 minutos. Na 2ª parte será destinada será utilizada a técnica painel de especialistas, para avaliação do protocolo em estudo e construção de consenso, com questionário eletrônico. Nenhum dos participantes será identificado para outro membro do painel, todas as informações serão gerenciadas pela equipe de pesquisa.

O programa para aplicação dos questionários eletrônicos é administrado pela pesquisadora principal, que garante o total sigilo das respostas. Embora considerado de risco mínimo, existe a possibilidade constrangimento e identificação de suas respostas. Para minimizar este risco o material resultante da pesquisa será analisado exclusivamente pelos pesquisadores e arquivado em espaço específico do programa da IES propositora, por 5 anos. Quando por registro online serão arquivadas em HD externo do programa, sob responsabilidade do pesquisador principal. Os dados serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Mesmo à distância, você deve ler o TCLE, que seguirá anexo ao questionário, e em caso de dúvida, entrar em contato com os pesquisadores e, se de acordo, preencher o questionário.

Sua participação é voluntária e mesmo tendo assinado o termo de consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo, se assim o desejar, não havendo descontinuidade de sua participação no programa de capacitação.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode entrar em contato com a pesquisadora principal do programa: Marta Silva Menezes (EBMSP), tel.(71) 3276-8265 ou 32372973, Av. Dom João VI, nº 275, Brotas. CEP: 40290-000; ou Mariane Teixeira Dantas Farias, Tel 91578369, ou procurar o Comitê de Ética e Pesquisa- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica Av. Don João VI Brotas, n 275. CEP: 40290-000.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Salvador, ____ de _____ de 2016.

Marta Silva Menezes Mariane Teixeira Dantas Farias

DECLARAÇÃO _____ (nome por extenso do **sujeito de pesquisa**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C – Instrumento de Pesquisa inserido na plataforma on line Survey Monkey

- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA-Parte 1

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco - 1º rodízio (parte 1) Surv...Page 1 of 23

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco - 1º rodízio (parte 1)

Será utilizada a técnica Delphi para construção de consenso. Nenhum dos participantes será identificado para outro membro do painel, todas as informações serão gerenciadas pela equipe de pesquisa. Após análise e incorporação das sugestões e correções os itens modificados serão novamente repassados aos painelistas. Espera-se realizar entre 2 a 3 rodízios ou até que seja estabelecido o consenso. Por se tratar de um questionário longo o mesmo será dividido em 3 partes, para facilitar a avaliação. Anexo ao link do questionário estarão disponíveis os anexos do Protocolo e TCLE, que devem ser lido com atenção. A sua resposta a este questionário comprova a sua concordância em participar deste estudo.

1. Identificação

Nome	<input type="text"/>
Idade	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Profissão	<input type="text"/>
Instituição formadora	<input type="text"/>
Tempo de formado em anos	<input type="text"/>
Tempo atuação emergência	<input type="text"/>

2. Na unidade em que você atua é utilizado algum protocolo/instrumento para classificação de risco na porta de entrada de urgência e emergência?

- Sim
- Não

Se resposta positiva, qual protocolo/instrumento?

3. Com relação ao Protocolo Estadual de Classificação de Risco (SESAB)

Você já teve oportunidade de trabalhar com o Protocolo Estadual

—

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco - 1º rodízio (parte 1) Surv... Page 2 of 23

- Você conhece, porém nunca trabalhou com o Protocolo Estadual
- Não conhece
- Já trabalhou com outros protocolos

Se resposta positiva, qual protocolo?

4. No momento onde você atua profissionalmente? (pode assinalar mais de uma opção)

- Emergência de hospital privado de grande porte em Salvador
- Emergência de hospital privado de grande porte no interior
- Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel em Salvador
- Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel no interior
- Unidade de pronto atendimento em Salvador
- Unidade de pronto atendimento no interior
- Gestão pública de urgência e emergência
- Academia médica/enfermagem com atuação na emergência

Outro, especifique:

5. Há quanto tempo atua como docente?

- Menos de 5 anos
- Entre 5 e 10
- De 10 a 20
- de 20 a 30
- Mais de 30 anos

6. Qual a sua titulação (pode assinalar mais de 1 opção)?

- Especialização (título sociedade de especialistas)
- Residência médica
- Mestrado
- Doutorado

Pós-doutorado

Livre docência

Outro(s), especifique

7. Solicitamos sua opinião sobre o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR)

	Concordo muito	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo muito
O ACR facilita o atendimento no setor de emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
A aplicação do ACR torna o atendimento mais rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ACR reduz a subjetividade do quadro clínico apresentado pelos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
O ACR é fácil de ser implementada no setor de emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ACR funciona se a equipe for adequadamente capacitada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
A atuação interdisciplinar é fundamental para a efetividade do ACR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ACR é capaz de gerar dados que permitem a auditoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Agora solicitamos que opine sobre os descritores e itens da escala do Protocolo Estadual de Acolhimento e Classificação de Risco de acordo com a categorização.

8. DESCRITOR 02-A:QUEIMADURAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASSOCIADAS A POLITRAUMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE FRATURA ÓSSEA EM QUALQUER LOCALIZAÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESCARRO CARBONATO, ESTRIDOR LARÍNGEO OU FALA ENTRECORTADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCÊNDIO EM LOCAL CONFINADO/ LESÃO INALATÓRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS POR CORRENTE ELÉTRICA (INCLUSIVE RAIOS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS CIRCUNFERENCIAIS (Verificar Anexo -1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS DE 3º GRAU >10% DE SCQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS DE 3º GRAU EM MÃOS OU PÉS OU FACE OU PESCOÇO OU AXILA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS DE 2º GRAU COM SCQ > 20%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS DE 2º OU 3º GRAU EM PERÍNEO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	<input type="text"/>		

9. DESCRITOR 02-A:QUEIMADURAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS DE 2º GRAU COM SCQ ENTRE 10% e 20 % (Verificar Anexo -1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUALQUER QUEIMADURA DE 2º GRAU EM MÃOS/ PÉS/ FACE/ PESCOÇO OU ARTICULAÇÕES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS QUE NÃO ENVOLVAM MÃOS/ PÉS/ FACE/ PERÍNEO DE 3º GRAU COM ATÉ 10% SCQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

10. DESCRITOR 02-A:QUEIMADURAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS DE 1º GRAU EM QUALQUER EXTENSÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIMADURAS DE 2º GRAU COM SCQ TM 10%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

11. DESCRITOR 02-A:QUEIMADURAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS É SITUAÇÕES CONSIDERADA **AZUL**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
TROCA DE CURATIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

12. DESCRITOR 03- A: TRAUMA DE CRÂNIO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFALÉIA OU CERVICALGIA INTENSA (8-10/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV DESCRITA ACIMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIMENTO PERFURANTE/ AFUNDAMENTO DE CRÂNIO/ EXPOSIÇÃO DE MASSA ENCEFÁLICA OU LÍQUOR CÉFALORRAQUIDIANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
INCONSCIENTE/ GLASGOW (8/9-12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGITAÇÃO PSICOMOTORA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
APRESENTANDO NÁUSEAS /VÔMITOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTORRAGIA / RINORRÉIARRAGIA OU HEMATOMA PERIORBITAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRATURA DE CRÂNIO COM PERDA DE LÍQUOR/ SANGUE OU MASSA ENCEFÁLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMATOMA RETROAURICULAR (SINAL DE BATLLE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE CRISE CONVULSIVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

13. DESCRITOR 03- A: TRAUMA DE CRÂNIO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
CEFALÉIA MODERADA SEM CERVICALGIA (4-7/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIMENTO COM HEMORRAGIA CONTROLÁVEL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA PRESERVADO - GLASGOW (14-15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

14. DESCRITOR 03- A: TRAUMA DE CRÂNIO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS VERDES, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA PRESERVADO-GLASGOW (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFALÉIA LEVE (1-3/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OCORRÊNCIA HÁ MAIS DE 06 h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRAUMA DE BAIXO IMPACTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

15. DESCRITOR 05- A: TRAUMA GERAL

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS VERMELHAS, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DADOS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco - 1º rodízio (parte 1) Surv... Page 9 of 23

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AMPUTAÇÃO E/OU AVULSÃO (EXCETO DENTÁRIA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR INTENSA (8-10/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INSTABILIDADE PÉLVICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE RIGIDEZ DO ABDOME (Verificar Anexo -7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIMENTO EXTENSO COM SANGRAMENTO NÃO COMPRESSÍVEL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRATURAS EXPOSTAS (TIPO II, III-A, III-B, III-C Classificação de Gustilo) (Verificar Anexo -8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PERDA DE CONSCIÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINAIS DE CHOQUE (HIPOTENSÃO, TAQUICARDIA, PALIDEZ, SUDORESE, TREMORES)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRAUMA TORÁCICO OU ABDOMINAL COM PERFURAÇÃO POR ARMA BRANCA OU PAF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

16. DESCRITOR 05- A: TRAUMA GERAL

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR MODERADA (4-7/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV			
FERIMENTOS MENORES COM/SEM SANGRAMENTO ATIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRATURA EXPOSTA (TIPO I Classificação de Gustillo) (Verificar Anexo -8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE TATUAGEM TRAUMÁTICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRAUMA TORÁCICO SEM DISPNEIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

17. DESCRITOR 05- A: TRAUMA GERAL

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONTUSÕES, ESCORIAÇÕES OU TORÇÕES COM EDEMA LOCAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR LEVE (1-3/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EVENO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 06 h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRATURA DENTAL/AVULSÃO DENTÁRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

18. DESCRITOR 05- A: TRAUMA GERAL

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIMENTOS QUE NÃO REQUEREM INTERVENÇÕES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MIALGIA, ESCORIAÇÕES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OCORRÊNCIA HÁ MAIS DE 7 DIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

19. DESCRITOR 06- A: MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR INTENSA NO LOCAL DA PICADA ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FERIMENTOS PROFUNDOS, MÚLTIPLOS OU EXTENSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIALORREIA/PARALISIA FACIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIALGIA GENERALIZADA E/OU VISÃO TURVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMORRAGIA ATIVA NÃO COMPRESSÍVEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONVULSÃO/ AGITAÇÃO/ DELÍRIO/COMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTRIDOR LARÍNGEO E/OU FALA ENTRECORTADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	<input type="text"/>		

20. DESCRITOR 06- A: MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOR MODERADA COM EDEMA / HIPEREMIA NO LOCAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERITEMA NO LOCAL DA LESÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORDEDURA/ARRANHADURA EM FACE, MÃOS E PÉS (HUMANA OU ANIMAL DESCONHECIDO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAMBEDURA DE MUCOSAS POR ANIMAL DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTATO COM ANIMAL ALERGÊNICO (ABELHA, ÁGUA VIVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÁUSEAS, VÔMITOS OU DIARRÉIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONCORDO OU
DISCORDO
PARCIALMENTE

CONCORDO DISCORDO

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

21. DESCRITOR 06- A: MORDEDURA DE ANIMAL / ACIDENTE COM ANIMAL PEÇONHENTO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

CONCORDO OU
DISCORDO
PARCIALMENTE

CONCORDO DISCORDO

SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MORDEDURA/ ARRANHADURA DE PEQUENA EXTENSÃO POR ANIMAL DOMÉSTICO DOMICILIADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

22. DESCRITOR 07- A: INTOXICAÇÃO AGUDA / ENVENENAMENTO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

CONCORDO OU
DISCORDO
PARCIALMENTE

CONCORDO DISCORDO

SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
TEMP AXILAR ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤ 10 ou ≥ 25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 $\leq 92\%$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS IDENTIFICADAS: SODA CÁUSTICA, ÁGUA SANITÁRIA, CHUMBINHO, COMPRIMIDOS, COM OU SEM PRODUÇÃO DE SINTOMAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COM ESTRIDOR LARÍNGEO OU FALA ENTRECORTADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONVULSÃO/AGITAÇÃO/COMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIANO (TCE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INGESTÃO HÁ MENOS DE 6H COM OU SEM SINTOMAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIALORREIA/ RELAXAMENTO ESFINCTERIANO ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE INALAÇÃO COM DISPNEIA E/OU OUTROS SINTOMAS ASSOCIADOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TIPO E QUANTIDADE DE DROGAS DESCONHECIDO ASSOCIADA A PELO MENOS 01 ALTERAÇÃO DE SSV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	<input type="text"/>		

23. DESCRITOR 07- A: INTOXICAÇÃO AGUDA / ENVENENAMENTO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CÂIMBRAS/FRAQUEZA MUSCULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFALEIA/TONTURAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NAUSEAS/VOMITOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRURIDO OU IRRITAÇÃO INTENSA APÓS CONTATO DÉRMICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE INGESTÃO HÁ MAIS DE 6h ASSINTOMÁTICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

24. DESCRITOR 07- A: INTOXICAÇÃO AGUDA / ENVENENAMENTO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA PRESERVADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÕES DÉRMICAS APENAS LOCAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

25. DESCRITOR 07- A: INTOXICAÇÃO AGUDA / ENVENENAMENTO

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONTATO COM SUBSTÂNCIA QUÍMICA > 4 h, ASSINTOMÁTICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

26. DESCRITOR 09- A: SANGRAMENTOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPROMETIMENTO DAS VIAS AEREAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EPISTAXE FRANCA ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMATÊMESE VOLUMOSA/HEMOPTISE FRANCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MELENA / HEMATOQUEZIA COM INSTABILIDADE HEMODINÂMICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

27. DESCRITOR 09- A: SANGRAMENTOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
EPISTAXE COM PA < 180/110 mmHg USUÁRIO DE ANTICOAGULANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMATÊMESE/MELENA COM SSNV NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMATOQUEZIA OU HEMOPTISE COM SSNV NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PORTADOR DE CIRROSE HEPÁTICA OU COAGULOPATIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PORTADOR DE DIABETES E/OU FAZ USO DE ANTICOAGULANTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SANGRAMENTO DE MUCOSAS (GENGIVAS, LÁBIOS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SANGRAMENTO HEMORROIDÁRIO COM DOR INTENSA (8-10/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

28. DESCRITOR 09- A: SANGRAMENTOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento

social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE HEMATÊMESE, HEMATOQUESIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE HEMOPTISE LEVE (RAIAS DE SANGUE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE MELENA (NORMAL NO MOMENTO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SANGRAMENTO HEMORROIDÁRIO DISCRETO E DOR LEVE/MODERADA (1-7/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

29. DESCRITOR 09- A: SANGRAMENTOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
ATRASSO MENSTRUAL SEM OUTROS SINTOMAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NENHUM DOS DETERMINANTES ANTERIORES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE EPISTAXE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE SANGRAMENTO HEMORROIDÁRIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

30. DESCRITOR 18- A: QUEIXAS OCULARES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONTATO DIRETO COM SUBSTÂNCIA QUÍMICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR INTENSA (8-10/10) E PRESENÇA DE SINTOMAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EXTRAÇÃO TRAUMÁTICA/ OBJETO CRAVADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PERDA VISUAL OU DIPLOPIA SÚBITA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

31. DESCRITOR 18- A: QUEIXAS OCULARES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR MODERADA (4-7/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CELULITE PERIORBITÁRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
OLHO AVERMELHADO APÓS CONTATO COM SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS E/ OU TRAUMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

32. DESCRITOR 18- A: QUEIXAS OCULARES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR LEVE (1-3/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OLHO AVERMELHADO SEM HISTÓRIA DE TRAUMA OU CONTATO COM SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE SECREÇÃO PURULENTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRURIDO OCULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

33. DESCRITOR 18- A: QUEIXAS OCULARES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
MANCHAS HEMORRÁGICAS SEM HISTÓRIA DE TRAUMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TERÇOL SEM CELULITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

34. DESCRITOR 19- A: AFECÇÕES CUTÂNEAS/ ANAFILAXIA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤ 50 ou ≥ 120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤ 10 ou ≥ 25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 $\leq 92\%$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIFICULDADE DE FALAR OU ESTRIDOR LARÍNGEO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

35. DESCRITOR 19- A: AFECÇÕES CUTÂNEAS/ ANAFILAXIA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30

min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEBRIL, TOXEMIADO OU PROSTRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRURIDO OU HIPEREMIA GENERALIZADO INTENSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUADRO INFECCIOSO SECUNDÁRIO COM SINAIS SISTÊMICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

36. DESCRITOR 19- A: AFECÇÕES CUTÂNEAS/ ANAFILAXIA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
PRESENÇA DE EXANTEMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRURIDO OU HIPEREMIA DISCRETA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUADRO INFECCIOSO SECUNDÁRIO SEM SINAIS SISTÊMICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MANCHAS ERITEMATOSAS COM VESÍCULAS E/OU PÚSTULAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEM TOXEMIA, PROSTRAÇÃO OU FEBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

37. DESCRITOR 19- A: AFECÇÕES CUTÂNEAS/ ANAFILAXIA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
LESÕES TÍPICAS DE ESCABIOSE (SARNA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MANCHAS INDOLORES E/OU ESBRANQUIÇADAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PASSADO DE HANSENÍASE OU ABANDONO DE TRATAMENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUADRO CRÔNICO SEM SINAIS SISTÊMICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Concluído

Desenvolvido pela



Veja como é fácil [criar um questionário](#).

APÊNDICE D – Instrumento de Pesquisa inserido na plataforma on line Survey Monkey - Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA-Parte 2

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco - 1º rodízio (parte 2) Surv...Page 1 of 17

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco - 1º rodízio (parte 2)

Parte 2

1. Identificação

Nome

Agora solicitamos que opine sobre os descritores e itens da escala do Protocolo Estadual de Acolhimento e Classificação de Risco de acordo com a categorização.

2. DESCRITOR 01-A :PARADA CÁRDIORESPIRATÓRIA (PCR)

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
AUSÊNCIA DE PULSO EM GRANDES ARTÉRIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CIANOSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LETARGIA OU INCONSCIÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

3. DESCRITOR 04- A: QUEIXAS ABDOMINAIS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR MODERADA (4-7/10) COM ALTERAÇÃO DE PELO MENOS 01 SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR IRRADIA PARA O OMBRO, PESCOÇO, BRAÇOS OU MANDÍBULA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE TEMP AXILAR $\geq 38,5^{\circ}$ C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO COM SANGUE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ABDOME ASCÍTICO ACOMPANHADO DE FEBRE OU DISPNEIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
APRESENTA FEZES DE ASPECTO ENEGRECIDAS OU GROSELHA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VÔMITOS PERSISTENTES COM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

4. DESCRITOR 04- A: QUEIXAS ABDOMINAIS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR LEVE (1-3/10) GENERALIZADA OU LOCALIZADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VÔMITOS ESPARÇOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR $\leq 38,5^{\circ}$ C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

5. DESCRITOR 04- A: QUEIXAS ABDOMINAIS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSTIPAÇÃO INTESTINAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR ABDOMINAL HÁ MAIS DE 05 DIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TROCA DE SNE (ROTINA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NENHUM DOS DETERMINANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

6. DESCRITOR 08- A: DOR TORÁCICA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR INTENSA EM PESO, OPRESSÃO, QUEIMAÇÃO, DESCONFORTO/ ANSIEDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRRADIA: PESCOÇO, OMBROS, MANDÍBULA, BRAÇO, DORSO OU EPIGÁSTRIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NAUSEAS / VÔMITOS/ DISPNEIA / SUDORESE FRIA / PALIDEZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

7. DESCRITOR 08- A: DOR TORÁCICA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR MODERADA (3-7/10) QUE PIORA COM RESPIRAÇÃO PROFUNDA / TOSSE / DISPNEIA / PALPAÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CARDIOPATIA PRÉVIA E/OU DIABETES E/OU HIPERTENSÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

8. DESCRITOR 08- A: DOR TORÁCICA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR À PALPAÇÃO DE CARACTERÍSTICA MUSCULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR AGUDA LEVE SEM HISTÓRIA DE CARDIOPATIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

9. DESCRITOR 08- A: DOR TORÁCICA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR TORÁCICA HÁ MAIS DE 07 DIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

10. DESCRITOR 10- A: QUEIXAS URINÁRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ASSOCIADO A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

11. DESCRITOR 10- A: QUEIXAS URINÁRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DISÚRIA INTENSA COM POLACIÚRIA E/OU HEMATÚRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DISÚRIA COM PRESENÇA DE SECREÇÃO URETRAL E DOR SUPRAPÚBICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR, EDEMA E HIPEREMIA DE ESCROTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE PRIAPRISMO EM PORTADORES DE FALCEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS RECENTES EM PRÓSTATA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROSTRAÇÃO E/OU FEBRE T > 38° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA COM BEXIGOMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

12. DESCRITOR 10- A: QUEIXAS URINÁRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DISÚRIA COM OU SEM RELATO DE FEBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIFICULDADE DE INICIAR A MICÇÃO COM DISÚRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRAUMA SUPERFICIAL EM GENITÁLIA EXTERNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SVD OBSTRUÍDA E/OU ASSOCIADA A QUEIXA DE DOR PÉLVICA/ABDOMINAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

13. DESCRITOR 10- A: QUEIXAS URINÁRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADA **AZUL**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
TROCA DE SONDA VESICAL DE DEMORA (ROTINA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

14. DESCRITOR 14- A: QUEIXAS RESPIRATÓRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤ 50 ou ≥ 120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤ 90 ou ≥ 220 / PAD ≤ 80 ou ≥ 130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤ 10 ou ≥ 25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 $\leq 92\%$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENCHIMENTO CAPILAR > 2s / CIANOSE DE EXTREMIDADES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LETARGIA E/OU CONFUSÃO MENTAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESTRIDOR LARÍNGEO OU DIFICULDADE PARA FALAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINAIS DE CHOQUE/ DISFUNÇÃO HEMODINÂMICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
APRESENTANDO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO E CIANOSE POR OVACE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

15. DESCRITOR 14- A: QUEIXAS RESPIRATÓRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SPO2 ≥95%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤28 ou ≥35 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESFORÇO RESPIRATÓRIO MODERADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE SIBILÂNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EXPCTORAÇÃO ESVERDEADA OU HEMOPTISE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE FEBRE (TAX ≥38,5°/ <40,9° C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

16. DESCRITOR 14- A: QUEIXAS RESPIRATÓRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESFORÇO RESPIRATÓRIO LEVE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR TORÁCICA VENTILATÓRIA OU AO TOSSIR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRIA DE CHIEIRA NOTURNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text" value="TOSSE E CORIZA SEM FEBRE"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

17. DESCRITOR 14- A: QUEIXAS RESPIRATÓRIAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
<input type="text" value="SINAIS VITAIS NORMAIS"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOSSE SECA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

18. DESCRITOR 15- A: DOR DE CABEÇA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
<input type="text" value="SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENCHIMENTO CAPILAR > 2s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACOMPANHADA DE RIGIDEZ DE NUCA, NÁUSEAS E VÔMITOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR INTENSA (8-10/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACOMPANHADA DE DOR TORÁCICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACOMPANHADA DE ALTERAÇÕES VISUAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INTENSA, SÚBITA OU RAPIDAMENTE PROGRESSIVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASSOCIADA A DÉFICIT NEUROLÓGICOS (PARESIA, PARESTESIA, DISFASIA, AFASIA, ATAXIA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

19. DESCRITOR 15- A: DOR DE CABEÇA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR EM REGIÃO TEMPORAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR RETRORBITÁRIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR MODERADA (4-7/10) ACOMPANHADA NÁUSEAS E VÔMITOS OU STATUS ENXAQUECOSO DE DOR COM DURAÇÃO ≥ 72 h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

20. DESCRITOR 15- A: DOR DE CABEÇA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR FACIAL COM RINORRÉIA PURULENTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR LEVE (1-3/10) / CEFALÉIA DE ESFORÇO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE FEBRE E/OU VÔMITOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONSIDERADA SITUAÇÃO VERDE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

21. DESCRITOR 15- A: DOR DE CABEÇA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR CRÔNICA OU RECORRENTE SEM PIORA RECENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NENHUM DOS DETERMINANTES ANTERIORES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

22. DESCRITOR 22- A: DOR DE OUVIDO E GARGANTA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELA**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DIFICULDADE PARA DEGLUTIR E PRESENÇA DE EDEMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR DE GARGANTA COM FEBRE T > 38 C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR DE GARGANTA COM PRESENÇA DE PLACAS E/OU TOXEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR DE OUVIDO ACOMPANHADO DE FEBRE T > 38 C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR DE OUVIDO COM PRESENÇA DE SECREÇÃO E ODOR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO E/OU ZUMBIDOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

23. DESCRITOR 22- A: DOR DE OUVIDO E GARGANTA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
ARDÊNCIA EM GARGANTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR DE OUVIDO SEM FEBRE > 24HS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR DE GARGANTA SEM FEBRE < 24HS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUEIXA DE DOR LEVE (1-3/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

24. DESCRITOR 22- A: DOR DE OUVIDO E GARGANTA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR DE GARGANTA SEM FEBRE > 24HS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR DE OUVIDO SEM FEBRE > 24HS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

25. DESCRITOR 23- A: SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AGITAÇÃO PSICOMOTORA EXTREMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO (CONVULSÃO, LETARGIA, COMA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVE ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIPERTONICIDADE E RIGIDEZ MUSCULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INTOXICAÇÃO POR ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUADRO DEPRESSIVO GRAVE / RISCO DE SUICÍDIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUADROS DE SÍNDROMES DE ABSTINÊNCIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RISCO IMEDIATO PARA SI OU OUTREM/ AUTO E/OU HETEROAGRESSIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

26. DESCRITOR 23- A: SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
AGITAÇÃO PSICOMOTORA DE MENOR INTENSIDADE ASSOCIADO A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALUCINAÇÃO, DESORIENTAÇÃO ASSOCIADO A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESTADO DE PÂNICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IDEIA SUICIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

27. DESCRITOR 23- A: SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANSIEDADE MODERADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRIA DE TRANSTORNO MENTAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HUMOR DEPRIMIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INQUIETAÇÃO, MAS NÃO AGITADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEM MANIFESTAÇÃO APARENTE DE RISCO PARA SI OU OUTREM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

28. DESCRITOR 23- A: SITUAÇÕES DE CRISES PSÍQUICAS / ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**. VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANSIEDADE LEVE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRISE OU PROBLEMAS SOCIAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEPRESSÃO CRÔNICA OU RECORRENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRICO DE DISTÚRBO PSIQUIÁTRICO PRECISANDO DE RECEITA MÉDICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INSÔNIA OU IMPULSIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Concluído

Desenvolvido pela



Veja como é fácil [criar um questionário](#).

APÊNDICE E – Instrumento de Pesquisa inserido na plataforma on line Survey Monkey

- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA-Parte 3

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco (parte 3) Survey

Page 1 of 16

Painel de especialistas - Protocolo de Classificação de Risco (parte 3)

Terceira e última etapa

1. Identificação

Nome

Agora solicitamos que opine sobre os descritores e itens da escala do Protocolo Estadual de Acolhimento e Classificação de Risco de acordo com a categorização.

2. DESCRITOR 11- A: DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR INTENSA (8-10/10) AGUDA COM SINAIS DE ISQUEMIA OU ASSOCIADO A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PACIENTE PORTADOR DE FALCEMIA EM CRISE ALGICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

3. DESCRITOR 11- A: DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
DOR MODERADA (4-7/10) ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV			
FEBRE E PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS LOCAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR EM MMII PERSISTENTE COM EDEMA E RIGIDEZ EM PANTURRILHA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS/FUNÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LOMBALGIA QUE IMPEDE DEAMBULAÇÃO OU IRRADIA PARA MMII	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	<input type="text"/>		

4. DESCRITOR 11- A: DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ATRALGIA COM LIMITAÇÕES SEM SINAIS FLOGÍSTICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS/ SEM PERDA DE FUNÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR LEVE (1-3/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES	<input type="text"/>		

5. DESCRITOR 11- A: DOR CERVICAL/ DORSAL/ LOMBAR OU EXTREMIDADES

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR CRÔNICA OU RECORRENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LOMBALGIA CRÔNICA NÃO TRAUMÁTICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
NENHUM DOS DETERMINANTES ANTERIORES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEM EDEMA OU SINAIS FLOGÍSTICOS LOCAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

6. DESCRITOR 12- A: FERIDAS E ABSCESSOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CIANOSE/ENCHIMENTO CAPILAR > 2s	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIDA COM EVISCERAÇÃO DE ÓRGÃOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIDA DE SANGRAMENTO NÃO COMPRESSÍVEL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

7. DESCRITOR 12- A: FERIDAS E ABSCESSOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
PRESENÇA DE TEMP AXILAR ≥ 38,5° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
ABSCESO COM FLUTUAÇÃO E/OU DOR INTENSA (8-10/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ABSCESO EM FACE E/OU ACOMPANHADO DE ALTERAÇÃO DE TEMPERATURA $\geq 38,5^{\circ}C$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MÍASE COM INFESTAÇÃO INTENSA EM FACE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACIDENTE PÉRFURO CORTANTE COM MATERIAL BIOLÓGICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIDA DE SANGRAMENTO COMPRESSÍVEL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INFECÇÃO DE PARTES MOLES COM SINAIS FLOGÍSTICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

8. DESCRITOR 12- A: FERIDAS E ABSCESSOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
ABSCESO SEM FLUTUAÇÃO COM DOR LEVE-MODERADA (1-7/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIDA INFECTADA SEM SINAIS SISTÊMICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ABSCESO/ÚLCERAS EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIDA PEQUENA, SUPERFICIAL, SEM SANGRAMENTO OU HEMATOMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MÍASE COM INFESTAÇÃO INTENSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINAIS FLOGÍSTICOS EM REGIÃO GENITAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

9. DESCRITOR 12- A: FERIDAS E ABSCESSOS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
CONTROLE DE ÚLCERAS CRÔNICAS EM NÃO DIABÉTICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FERIDA COM NECROSE/MUMIFICADA EM DIABÉTICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LIMPA SEM SINAIS SISTÊMICOS DE INFECÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TROCA DE CURATIVO OU RETIRADA DE PONTOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

10. DESCRITOR 13- A: CRISE CONVULSIVA/ ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESCALA COMA DE GLASGOW (3 a 8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÃO SÚBITA DO EQUILÍBRIO COM NÁUSEAS E VÔMITOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONVULSÃO EM ATIVIDADE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DÉFICIT AGUDO (PARESIA, PLEGIA, DISFASIA, AFASIA, PARALISIA FACIAL)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EM PÓS COMICIAL, TORPOROSO E/OU COMATOSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

11. DESCRITOR 13- A: CRISE CONVULSIVA/ ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EPILEPSIA PRÉVIA COM CRISE NAS ÚLTIMAS 24 h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESTADO PÓS COMICIAL E ALERTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRIMEIRO EPISÓDIO DE CRISE CONVULSIVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE DESMAIO OU SÍNCOPE COM TCE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TONTEIRA ROTATÓRIA EM REPOUSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

12. DESCRITOR 13- A: CRISE CONVULSIVA/ ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
CRISE CONVULSIVA > 12 h E ALERTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RELATO DE DESMAIO OU SÍNCOPE SEM TCE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PARESTESIAS BILATERAIS OU MIGRATÓRIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TONTURAS NÃO ROTATÓRIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

13. DESCRITOR 13- A: CRISE CONVULSIVA/ ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
HISTÓRIA DE CRISE CONVULSIVA/ EPILEPSIA PRECISANDO DE RECEITA MÉDICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

14. DESCRITOR 16- A: ALTERAÇÕES GLICÉMICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GLICEMIA CAPILAR < 50 (LO) OU > 500 mg/dL (HI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (LETARGIA, AGITAÇÃO, CONFUSÃO, COMA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DISPNÉIA (RÁPIDA E PROFUNDA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUDORESE PROFUSA ASSOCIADA A PELO MENOS 1 ALTERAÇÃO DE SSVV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

15. DESCRITOR 16- A: ALTERAÇÕES GLICÉMICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GLICEMIA CAPILAR > 320 ou < 50 mg/dL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINAIS DE DESIDRATAÇÃO LEVE/MODERADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ENTRE 93 e 95%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

16. DESCRITOR 16- A: ALTERAÇÕES GLICÉMICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GLICEMIA CAPILAR > 250 mg/dL ASSINTOMÁTICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

17. DESCRITOR 16- A: ALTERAÇÕES GLICÉMICAS

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
GLICEMIA CAPILAR < 250 mg/dl ASSINTOMÁTICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRIA DE DIABETES PRECISANDO DE RECEITA MÉDICA E/OU SOLICITAÇÃO DE EXAMES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

18. DESCRITOR 17- A: PRESSÃO ALTA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
PAS > 220 ou PAD > 130 mmHg COM QUALQUER SINTOMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÕES VISUAIS (VISÃO TURVA E/OU ESCOTOMAS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR TORÁCICA CARACTERÍSTICA DE ISQUEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EPISTAXE FRANCA ASSOCIADA A PAS > 220 ou PAD > 130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ALTERADO (HIPOATIVO/AGITADO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINTOMAS NEUROLÓGICOS (PARESIA, PLEGIA, AFASIA, DISFASIA, ATAXIA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

19. DESCRITOR 17- A: PRESSÃO ALTA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
PAS >220 ou PAD >130 mmHg SEM SINTOMAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ENTRE 190-220 ou PAD ENTRE 120-130 mmHg COM QUALQUER SINTOMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

20. DESCRITOR 17- A: PRESSÃO ALTA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo,

04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
PAS ENTRE 190-220 mmHg SEM SINTOMAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAD ENTRE 110-130 mmHg SEM SINTOMAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

21. DESCRITOR 17- A: PRESSÃO ALTA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
PAS < 180 E PAD < 110 mmHg ASSINTOMÁTICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HISTÓRIA DE HAS PRECISANDO DE RECEITA MÉDICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

22. DESCRITOR 20- A: ALTERAÇÕES DE TEMPERATURA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP AXILAR ≤35 ou ≥40° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤10 ou ≥25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 ≤92%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEBRE (T. AXILAR > 38,5° C) EM IMUNO COMPROMETIDOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
CEFALÉIA INTENSA OU RIGIDEZ DE NUCA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEBRE ACOMPANHADA DE VÔMITOS EM JATO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE CRISE CONVULSIVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TEMP < 35° C EM VITIMAS DE AFOGAMENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

23. DESCRITOR 20- A: ALTERAÇÕES DE TEMPERATURA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELA**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
ACOMPANHADA DE CEFALÉIA MODERADA (4-7/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACOMPANHADA DE SANGRAMENTO EM MUCOSAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CORRIMENTO GENITAL ASSOCIADO A DOR E FEBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEBRE (T. AXILAR > 38,5° C) EM IMUNOCOMPETENTES E COM TOXEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEBRE COM DURAÇÃO MÁXIMA DE 07 DIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEBRE VESPERTINA COM RELATO DE PERDA PONDERAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIPOTENSÃO POSTURAL OU LIPOTÍMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE DOR ABDOMINAL INTENSA E CONTÍNUA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROSTRADO OU TOXEMIADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

24. DESCRITOR 20- A: ALTERAÇÕES DE TEMPERATURA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
ARTRALGIA E/OU MIALGIA MODERADA (4-7/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFALÉIA E/OU DOR RETRORBITÁRIA MODERADA (4-7/10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENJÓO E/OU RELATO DE VÔMITO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEBRE (T. AXILAR > 38,5° C) EM IMUNOCOMPETENTES E SEM TOXEMIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÃO APRESENTA SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÃO SE APRESENTA PROSTRADO OU TOXEMIADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA DE EXANTEMA COM PRURIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESENÇA FEBRE (T > 38,5° C) HÁ MAIS DE 03 DIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

25. DESCRITOR 20- A: ALTERAÇÕES DE TEMPERATURA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
REPETIÇÃO, CONTROLE E MONITORAMENTO DE EXAMES LABORATORIAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T. AXILAR < 37,5° C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

26. DESCRITOR 21- A: EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂMBRA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERMELHAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FC ≤50 ou ≥120 bpm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAS ≤90 ou ≥ 220 / PAD ≤80 ou ≥130 mmHg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
TEMP AXILAR ≤ 35 ou $\geq 40^\circ$ C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FR ≤ 10 ou ≥ 25 ipm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPO2 $\leq 92\%$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EDEMA GENERALIZADO (ANASARCA) ASSOCIADO À DOR E/OU DISPNEIA INTENSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

27. DESCRITOR 21- A: EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂMBRA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AMARELAS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
EDEMA GENERALIZADO (ANASARCA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EDEMA LOCALIZADO COM PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROSTRADO, FEBRIL OU TOXEMIADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PERDA PONDERAL IMPORTANTE HÁ MENOS DE 15 DIAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

28. DESCRITOR 21- A: EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂMBRA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **VERDES**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
SINAIS VITAIS NORMAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EDEMA LOCALIZADO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FRAQUEZA OU CÂMBRAS SEM OUTROS SINTOMAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NÃO ESTÁ PROSTRADO OU TOXEMIADO

CONCORDO DISCORDO CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

29. DESCRITOR 21- A: EDEMA/ ICTERÍCIA/ FRAQUEZA/ CÂMBRA

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÃO CONSIDERADA **AZUL**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

NENHUM DOS DETERMINANTES ANTERIORES

CONCORDO DISCORDO CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

30. DESCRITOR 24- A: SITUAÇÕES DE BAIXA COMPLEXIDADE

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

ESSAS SÃO SITUAÇÕES CONSIDERADAS **AZUIS**, VOCÊ ESTÁ DE ACORDO?

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
IMUNIZAÇÕES OU ATUALIZAÇÃO DO CARTÃO DE VACINA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
QUESTÕES SOCIAIS SEM ACOMETIMENTO CLÍNICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM REGIÃO PERINEAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RETIRADA DE PONTOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
REALIZAÇÃO OU AVALIAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES NÃO URGENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SOLICITAÇÕES DE ATESTADOS MÉDICOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SOLICITAÇÃO DE TESTE DE GRAVIDEZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IRREGULARIDADE MENSTRUAL SEM ALTERAÇÃO DE DADOS VITAIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROBLEMAS OU DÚVIDAS RELACIONADOS AO USO DE CONTRACEPTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TROCA DE CURATIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
TROCAS OU REQUISIÇÕES DE RECEITA MÉDICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR PÉLVICA CRÔNICA OU RECORRENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

31. Avalie a escala proposta abaixo e o tempo correspondente para atendimento de cada uma delas.

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
IMUNIZAÇÕES OU ATUALIZAÇÃO DO CARTÃO DE VACINA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

Vermelho: Situação de risco de morte iminente, o paciente deve ser encaminhado diretamente para a sala vermelha/reanimação, equipe médica acionada.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Amarela: Elevado risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 30 min.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

Verde: Sem risco de morte, encaminhar paciente para a avaliação médica no consultório até 60 min.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Azul: Sem risco de morte. Não caracteriza urgência. Encaminhar para a consulta médica ou atendimento social, em no máximo, 04 horas ou encaminhar para unidade de referência garantindo atendimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			

O ACR com 4 cores atende a todos os níveis de gravidade

	CONCORDO	DISCORDO	CONCORDO OU DISCORDO PARCIALMENTE
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			
As escalas anexas ao Protocolo Estadual da ACR são claros e auxiliam a classificação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMENTÁRIOS E SUGESTÕES			
<input type="text"/>			

Concluído

Desenvolvido pela



Veja como é fácil [criar um questionário](#).

**APÊNDICE E – Instrumento de Pesquisa inserido na plataforma on line Survey Monkey
- Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA-Anexos**

ANEXO 01 – Área de extensão das queimaduras.

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS	<p>1º Grau: caracterizada por eritema, dor e ausência de bolhas (não são contabilizadas para estimar a SCQ).</p> <p>2º Grau: Pele vermelha rota, presença de bolhas, perda da solução de continuidade da pele, edema, extremamente dolorosas.</p> <p>3º Grau: Pele pálida, esbranquiçada, pode apresentar transparência de vasos, perda da solução de continuidade da pele com exposição do tecido subcutâneo, ausência de dor.</p>																
REGRA DOS NOVE (WALLACE) PARA CÁLCULO DA SUPERFÍCIE QUEIMADA (SCQ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Segmento Corporal</th> <th>Porcentagem (SC)*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cabeça e pescoço</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>Cada membro superior</td> <td>9% (x2)</td> </tr> <tr> <td>Cada face do tronco</td> <td>18% (x2)</td> </tr> <tr> <td>Cada coxa</td> <td>9% (x2)</td> </tr> <tr> <td>Cada perna e pé</td> <td>9% (x2)</td> </tr> <tr> <td>Genitais e períneo</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*SCQ: superfície corporal queimada</p>	Segmento Corporal	Porcentagem (SC)*	Cabeça e pescoço	9%	Cada membro superior	9% (x2)	Cada face do tronco	18% (x2)	Cada coxa	9% (x2)	Cada perna e pé	9% (x2)	Genitais e períneo	1%	Total	100%
Segmento Corporal	Porcentagem (SC)*																
Cabeça e pescoço	9%																
Cada membro superior	9% (x2)																
Cada face do tronco	18% (x2)																
Cada coxa	9% (x2)																
Cada perna e pé	9% (x2)																
Genitais e períneo	1%																
Total	100%																

Figura Ilustrativa 1- Área Corporal Queimada

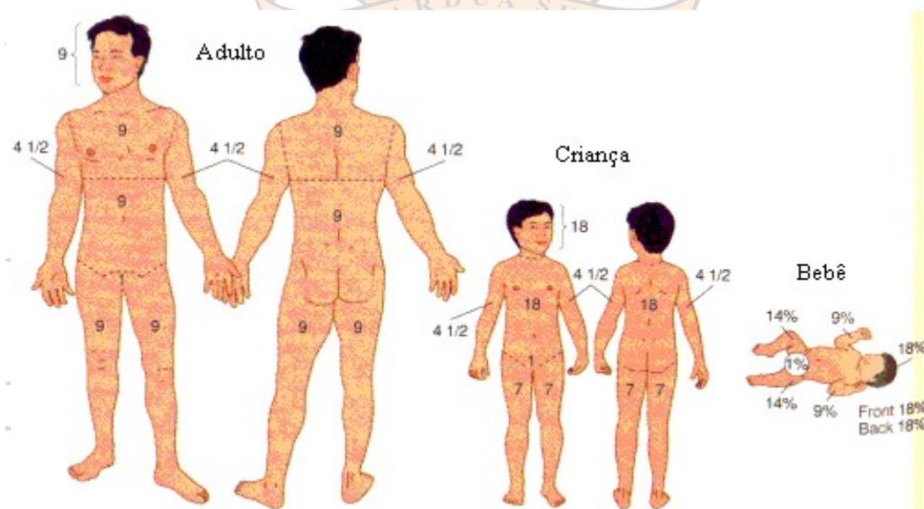


Figura 1- Área corporal queimada no paciente adulto e pediátrico.
Disponível em: <http://www.ufrj.br/institutos/it/de/acidentes/queima.html>

ANEXO 02 – Escala de Coma de Glasgow e Conceitos de Neurologia Adulto

Quadro 1- Escala de Coma de Glasgow (ECG)

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	Ordem Verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Nenhum	1
RESPOSTA VERBAL	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
RESPOSTA MOTORA	Nenhuma	1
	Obedece comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Pontuação Máxima: 15

Pontuação Mínima: 03

Quadro Neurológico grave: de 03 a 08

Quadro Neurológico moderado: 09 a 13

Quadro Neurológico aceitável: 14 a 15

Conceitos Neurologia

Parestesias: são sensações cutâneas subjetivas (ex., frio, calor, formigamento, pressão, etc.) que são vivenciadas espontaneamente na ausência de estimulação.

Plegia/paralisia: perda total da força muscular.

Hemiplegia: paralisia dos membros superior e inferior do mesmo lado.

Paraplegia: paralisia dos dois membros inferiores.

Tetraplegia: paralisia dos quatro membros.

Disartria: distúrbio neurológico caracterizado pela incapacidade de articular as palavras de maneira correta.

Dislalia: distúrbio da fala que consiste na má pronúncia das palavras, seja omitindo ou acrescentando fonemas, trocando um fonema por outro ou ainda distorcendo-os ordenadamente, por ex: a troca da letra R pela L.

Afasia: Perda total ou parcial da fala

Diplopia: Visão dupla.

Ptose palpebral: queda da pálpebra que pode ser parcial ou total.

Paciente Torporoso: só responde a estímulos dolorosos.

Paciente Vigil: o *paciente* está atento, alerta, orientado.

Paciente comatoso: estado parecido a um sono profundo e não responde aos estímulos dolorosos nem aos comandos verbais. Este poderá ser encontrado em duas posições: Posição de **Decorticação** e **Descerebração**.

ANEXO 03 – Escala de Coma de Glasgow Pediatria

Quadro 2- Escala de coma de Glasgow para lactentes:

AVALIAR	RESPOSTA	ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	ESTÍMULO VOCAL	3
	ESTÍMULO DOLOROSO	2
	SEM RESPOSTA	1
RESPOSTA VERBAL	BALBUCIA	5
	IRRITADO	4
	CHORA À DOR	3
	GEME À DOR	2
	SEM RESPOSTA	1
RESPOSTA MOTORA	ESPONTÂNEA NORMAL	6
	REAGE AO TOQUE	5
	REAGE Á DOR	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	SEM RESPOSTA	1

A soma dos diversos
qualificadores define o
escore:

Se menor ou igual a
8 o paciente deverá
ser intubado.

Go do
Estado da Bahia

ANEXO 04 – Escala de dor (Quadro)

Secretaria da Saúde

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



Dor leve = 1 a 3 / 10
 Dor moderada = 4 a 7 / 10
 Dor intensa = 8 a 10 / 10

Figura Ilustrativa 2- Escala de Intensidade da Dor



Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – SESAB
 ANEXO 05 – Parâmetros / Sinais Vitais Adultos

PRESSÃO ARTERIAL	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
NORMOTENSO	≥ 110 ou ≤ 139 mmHg	≥ 60 ou ≤ 89 mmHg
HIPERTENSO	≥ 140 mmHg	≤ 90 mmHg
HIPOTENSO	≥ 100 mmHg	≤ 60 mmHg

VALORES DA TEMPERATURA AXILAR			
HIPOTERMIA	NORMOTERMIA	HIPERTERMIA	HIPERPIREXIA
Abaixo de 36°C.	Entre 36°C e 36,8°C.	Entre 38,1°C e 40°C.	(Risco de convulsão) acima de 40°C
FEBRÍCULA	ESTADO FEBRIL	FEBRE	
Entre 36,9°C e 37,4°C.	Entre 37,5°C e 37,7°C	Entre 37,8°C e 38°C.	

PADRÃO RESPIRATÓRIO				
DISPNEIA	TAQUIPNEIA	BRADIPNEIA	EUPNEIA	APNEIA
Respiração difícil, trabalhosa ou curta	Respiração rápida, acima dos valores da normalidade, pouco profunda	Respiração lenta, abaixo da normalidade	Respiração normal	Ausência da respiração
≥ 20 ipm	≥ 20 ipm	≤ 12 ipm	entre 12 a 20 ipm	---

PULSO/ FREQUÊNCIA CARDÍACA		
NORMAL	TAQUICARDIA	BRADICARDIA
De 60 a 80 Bpm	≥ de 100 bpm	≤ de 60 bpm.



VALORES DA SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO			
NORMAL	ACEITÁVEL	BAIXO	CRÍTICO
100%	Até 95%	Menor que 95%	Abaixo de 90%

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco - SESAB
ANEXO 07 – Mecanismo do Trauma (Adulto e Pediátrico)

MECANISMOS DE TRAUMA DE ALTO RISCO

(Qualquer dessas situações configura risco Vermelho)

MECANISMOS DE TRAUMA – ALTO RISCO	<ul style="list-style-type: none"> -Acidente automobilístico com ejeção do veículo -Acidente automobilístico com capotamento -Acidente automobilístico com tempo de resgate >20min -Acidente automobilístico com intrusão significativa do compartimento do motorista / passageiro -Acidente automobilístico com óbito no mesmo compartimento do motorista / passageiro -Mecanismos de Acidente automobilístico com impacto frontal em Trauma de Alto velocidade > 40Km/h (sem cinto de segurança) ou em Risco. Velocidade > 60Km/h (com cinto de segurança) -Acidente com motocicleta com impacto de carro em velocidade maior que 30Km/h, especialmente quando o
--	--



	<p>motociclista é separado da motocicleta.</p> <p>-Atropelamento de pedestre ou ciclista por carro em velocidade > 10Km/h.</p> <p>-Queda de altura de > 3 vezes a altura do paciente</p> <p>-Explosão</p>
--	---

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco - SESAB
ANEXO 08 – Classificação para fraturas de Gustillo

FRATURAS EXPOSTAS

TIPO	FERIDA	NÍVEL DE CONTAMINAÇÃO	LESÃO DE PARTES MOLES	LESÃO ÓSSEA
I	< 1cm	Limpa	Mínima	Simples, mínima cominuição
II	> 1cm	Moderada	Moderada, alguma lesão muscular	Moderada cominuição
III-A	Usualmente > 10 cm	Alta	Grave com esmagamento	Normalmente cominuta, possível cobertura do osso com partes moles
III-B	Usualmente > 10 cm	Alta	Perda muito grave da cobertura	Pobre cobertura óssea, normalmente requer cirurgia reconstrutiva de partes moles.
III-C	Usualmente > 10 cm	Alta	Perda muito grave da cobertura e lesão vascular que exige reparação	Pobre cobertura óssea, normalmente requer cirurgia reconstrutiva de partes moles.

Fonte: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Disponível em: <http://www.famerp.br/projts/grp11/niveis.html>, acessado em 09/10/2014.

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco - SESAB

ANEXO 09 – Arcabouço Legal (Legislações que referem a diretriz do acolhimento)

PORTARIA GM/MS Nº 2.048 (05/11/2002).
<i>Estabelece o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.</i>
2.4.7 (...) A Classificação de risco deve ser realizada por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas de dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.
PORTARIA GM/MS Nº 4.279 (30/12/2010).
<i>Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</i>
I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção Estratégias: Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento; Ampliar o financiamento e os investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.
PORTARIA GM/MS Nº 1.459 (24/06/2011) Publicada no DOU nº, de 27 de junho de 2011, Seção 1, página 109. CORREÇÃO PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 (publicada no DOU nº 125, de 01 de julho de 2011, Seção 1, página 61). PORTARIA N.º 2351, de 05 de outubro de 2011 (publicada no DOU n.º 193, de 06 de outubro de 2011, Seção 1, página 58).
<i>Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS a Rede Cegonha.</i>
Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério , bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos: II - Componente PARTO E NASCIMENTO: g) Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de

cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.
DECRETO GM/MS Nº 7508 (28/06/2011)
<i>Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.</i>
Art. 38º. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.
PORTARIA GM/MS Nº 1.600 (07/07/2011)
<i>Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).</i>
Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.
Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. § 3º O acolhimento com classificação do risco , a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.
Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
PORTARIA GM/MS Nº 1.601 (07/07/2011)
<i>Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências</i>
Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. § 2º As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de

<p>acolhimento e de classificação de risco.</p> <p>Art. 2º A UPA 24 h tem as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:</p> <p>II - Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24 h;</p> <p>III - Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;</p> <p>IV - Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário.</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 2.338 (03/10/2011).</p>
<p><i>Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.</i></p>
<p>Art. 6º Constituem-se responsabilidades do gestor responsável pela SE:</p> <p>III - Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em concordância e articulação com outras unidades de urgência e de acordo com o Plano de Ação Regional.</p> <p>Art. 9º Os Estados e Municípios que desejem receber o incentivo financeiro de que trata o art. 7º desta Portaria, deverão submeter ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), proposta de implantação de SE.</p> <p>§ 2º A proposta deverá conter:</p> <p>VI - Garantia de retaguarda hospitalar, mediante a apresentação de termo de compromisso formalmente estabelecido pelas unidades de referência, em que estas aceitam ser referência e comprometem-se com o adequado acolhimento e atendimento dos casos encaminhados pelas Centrais de Regulação das Urgências de cada localidade;</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 2.395 (11/10/2011).</p>
<p><i>Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</i></p>
<p>Art. 4º Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:</p> <p>II - Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;</p> <p>III - Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;</p> <p>§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das Portas de Entrada Hospitalares de</p>

Urgência será a **adequação da ambiência**, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados os pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

PORTARIA MS/GM N° 2.488 (21/10/2011).

ANEXO I

DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

(...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, **da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social**. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio cultural, buscando produzir a atenção integral.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

VI – Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (**classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos**) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando **atendimento humanizado**, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica.

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

VI – Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, **proporcionando atendimento humanizado**, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VIII – Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos **processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde**, o compromisso com a **ambiência** e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras.

PORTARIA GM/MS N° 3.088 (23/12/2011)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS);

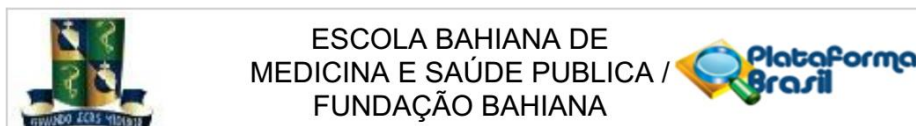
Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
PORTARIA GM/MS Nº121 (25/01/2012)
<i>Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial;</i>
Parágrafo único. O Projeto Terapêutico Singular será formulado no âmbito da Unidade de Acolhimento com a participação do Centro de Atenção Psicossocial, devendo-se observar as seguintes orientações: I - Acolhimento humanizado, com posterior processo de grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;
RESOLUÇÃO CIB BA Nº 044 (28/02/2012)
<i>Aprova as diretrizes, critérios e requisitos para a construção dos Planos Estadual, Regionais e Municipais da Rede de Atenção às Urgências.</i>
Art. 4º- Estabelecer como Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia: 4. Ampliação do acesso com implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em todos os pontos de atenção, utilizando protocolos pactuados.


**Governo do
Estado da Bahia**

Secretaria da Saúde

ANEXO

ANEXO A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética – Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Classificação de risco e Tecnologia da Informação e Comunicação como estratégia para ordenamento da rede de urgência e emergência.

Pesquisador: Marta Silva Menezes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48509315.2.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.251.757

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, as portas dos serviços de urgência, se tornaram o principal acesso dos usuários ao sistema de saúde. A sobrecarga destes serviços reflete um baixo desempenho do sistema de saúde(1), submetendo milhares de usuários e seus familiares ao sofrimento, às filas, à hospitalização nos corredores, ao atraso das respostas de suas necessidades, à violação dos seus direitos constitucionais e geração de desgaste aos profissionais de saúde, bem como insatisfação e frustração a todos os envolvidos. Para qualificar as portas de entrada de urgência o Ministério da Saúde introduziu algumas estratégias para melhoria dos serviços de emergência do Sistema Único de Saúde, tais como a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (2003), que apresentou a diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco na tentativa de organizar o fluxo de atendimento dos pacientes que procuram os serviços de emergência no país e o QualiSUS – Programa de qualificação do atendimento às urgências e emergências hospitalares (3-4) (2004). A classificação de Risco permite a identificação de pacientes que necessitam de atendimento imediato através de utilização de critérios clínicos, sendo seu objetivo, estabelecer prioridades de atendimento a pacientes conforme a gravidade do caso no momento em que ele tem o primeiro contato com o serviço de saúde(3). Existem vários sistemas de classificação de risco em uso no mundo, sendo o Protocolo Internacional de Manchester considerado o mais comumente utilizado

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

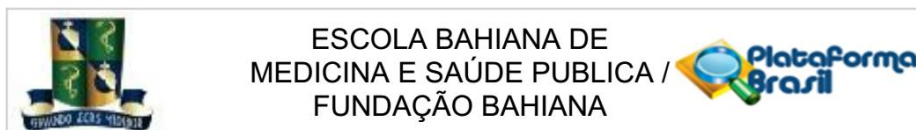
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.251.757

no Brasil. No estado da Bahia, a Secretaria de Saúde, na sua Política de organização da Rede de Atenção às Urgências publicou, em dezembro de 2014, o Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA. O desenvolvimento de novo protocolo levou em conta a necessidade de adequação para as condições clínicas mais prevalentes em nosso meio, e simplificação, visando a sua mais ampla utilização pelas unidades de urgência e emergência do Estado. Apesar da importância da Classificação de Risco, como estratégia para melhoria do fluxo de atendimento aos pacientes nas Unidades de Urgência e Emergência, existem dificuldades para a sua aplicação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar o conteúdo do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA para o atendimento em adultos e desenvolver estratégias para a efetiva utilização deste protocolo nas Unidades de Urgência e Emergência do estado da Bahia.

Objetivo Secundário:

1-Verificar a confiabilidade do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA;2-Verificar o grau de concordância do Protocolo Estadual de Classificação de Risco-BA em relação ao Protocolo de Manchester; 3-Identificar as Unidades de Urgência e Emergência que utilizam e descrever as dificuldades apontadas por essas Unidades para a sua aplicação;4-Analisar e comparar retrospectivamente a classificação proposta pelo protocolo em estudo e a evolução dos pacientes atendidos em uma Unidade de Urgência e Emergência;5-Desenvolver estratégias para sensibilização e educação continuada sobre a classificação de risco, para equipe de saúde e profissionais em formação;6-Desenvolver estratégias que facilitem a utilização do protocolo com soluções tecnológicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

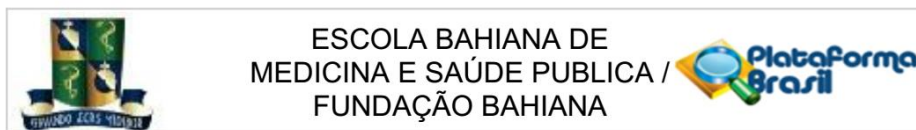
Riscos:

Mesmo sendo uma pesquisa que utilizará banco de dados de uma instituição de saúde e de opinião de especialistas, trata-se de envolvimento com seres humanos de forma indireta, e deve-se estar de acordo com a Resolução Nº 466/1219 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Os riscos associados à pesquisa serão mínimos, sempre vinculados ao uso das informações contidas nos prontuários dos pacientes atendidos e das informações fornecidas pelos especialistas. A pesquisadora se compromete a minimizar qualquer risco, mantendo o sigilo e a confidencialidade dos dados estudados.

Benefícios:

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.251.757

Os benefícios diretos e indiretos estão relacionados a uma possível melhor assistência aos pacientes em serviços de urgência ou do próprio usuário, pela utilização de um Protocolo institucional de uso gratuito, e aos especialistas, pela possibilidade de contribuir com a construção e conhecimento do protocolo e o resultado gerado pela pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia

1ª Etapa:

Para avaliação do Protocolo, inicialmente serão construídos casos clínicos simulados para aplicação do protocolo por painel de especialistas, compostos por enfermeiras e médicos, que atuam em emergências de hospitais públicos e privados do estado da Bahia, quando serão avaliados os graus de concordância entre os avaliadores.

A escolha do painel de avaliadores será realizada a partir de docentes do curso de medicina e enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-EBMSP, que atuam ou ensinam em emergência. O grupo de professores, inicialmente identificados, indicarão novos profissionais, de reconhecido saber sobre este tema e que atuem em emergência, utilizando-se técnica metodológica snowball, também divulgada como snowball sampling ("Bola de Neve"). Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o "ponto de saturação"). A estimativa é de que o protocolo seja avaliado por 30 enfermeiros e 30 médicos.

Os casos serão construídos pela equipe de pesquisa, de acordo com padrão previamente estabelecido, que incluirá referencial teórico e será validado pelo grupo de pesquisadores.

Será ainda avaliada comparação entre o protocolo em estudo e o de Manchester, também com casos clínicos simulados.

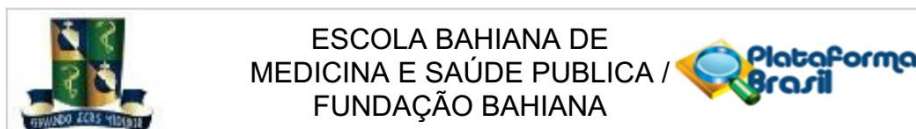
2ª Etapa:

Análise de banco de dados da SESAB do mapeamento das Unidades de Urgências e Emergência da rede própria do estado da Bahia que utilizam o protocolo em estudo, a as dificuldades apontadas em seu processo de implantação.

3ª Etapa:

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, que será realizado na Unidade de Pronto Atendimento de Roma, localizada em Salvador-BA e que pertence à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.251.757

A coleta dos dados será realizada entre os meses de outubro a novembro de 2015. Serão selecionados o total de 200 prontuários de pacientes que tenham sido atendidos e classificados, de forma retrospectiva, no período de janeiro a junho de 2015, aleatoriamente. Como critérios de inclusão, se fará uso de dados dos prontuários de pacientes adultos, maiores de 18 anos, que tenham necessariamente, passado pela classificação de risco e, posteriormente sido atendidos pelo profissional médico.

Para a verificação da confiabilidade será utilizado o método de concordância ou equivalência, no qual a autora da pesquisa fará a classificação dos prontuários coletados, seguindo o preenchimento da ficha de classificação de risco, do Protocolo Estadual e a do Protocolo de Manchester.

4ª Etapa (a ser desenvolvida):

Aplicação e teste de programa de educação continuada com uso de metodologias ativas de aprendizagem para capacitação de equipes de saúde e estudantes em protocolo de risco.

Desenvolvimento e teste programa para aplicativo móvel para aplicação e monitoramento. O aplicativo encontra-se em desenvolvimento, porém ainda serão realizadas etapas de validação do protocolo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: totalmente preenchida e assinada pelo responsável institucional;

Cronograma: discrimina as fases da pesquisa com início da coleta previsto para:01 de outubro com previsão de entrega de relatórios parcial e final ao CEP;

Orçamento: adequado informando que a pesquisadora arcará com as despesas;

TCLE: adequado;

Declaração de concordância da instituição: anexada e assinada pelo responsável.

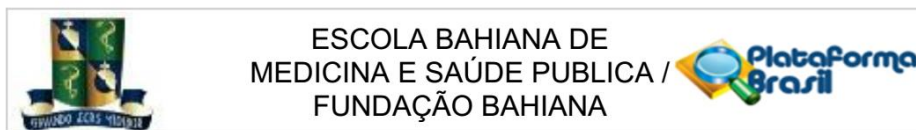
Recomendações:

Sugerimos retirar os objetivos secundários de números 5 e 6 por não serem relativos à pesquisa com seres humanos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A partir da análise bioética embasada na Resolução 466/12 do CNS e outros documentos afins, este projeto foi julgado exequível podendo ser realizado de acordo com cronograma proposto.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.251.757

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

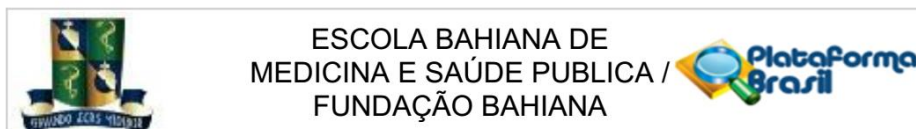
XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_533981.pdf	23/08/2015 21:38:07		Aceito
Outros	ACOMPANHAMENTO_DE_MENSURACAO_EVOLUCAO_PREDIDITVA.pdf	23/08/2015 20:34:09	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_MAPEAMENTO.pdf	23/08/2015 20:33:43	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	Protocolo_Estadual.pdf	23/08/2015 20:32:11	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	TERMO_anuencia_dados_mapeamento.pdf	23/08/2015 20:31:06	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	Concordancia_institucional_SESAB.pdf	23/08/2015 20:30:17	Marta Silva Menezes	Aceito
Outros	CARTA_anuencia_UPA_Roma.pdf	23/08/2015 20:29:27	Marta Silva Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_especialistas_convidados.pdf	23/08/2015 20:28:56	Marta Silva Menezes	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.251.757

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	23/08/2015 20:28:36	Marta Silva Menezes	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto de mariane (assinada).pdf	17/08/2015 13:01:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 30 de Setembro de 2015

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br