



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência - Adulto

Área(s): Diretoria de Urgências e Emergências/CATES/SAIS/SES, Diretoria de Enfermagem/CORIS/SAIS/SES, Diretoria de Organização de Serviços de Atenção Primária/COAPS/SAIS/SES, Assessoria Técnica da PNH/SAIS/SES

Portaria SES-DF Nº 418 de 04.05.2018, publicada no DODF Nº 94 de 17.05.2018 .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa a partir de artigos, livros e publicações do Ministério da Saúde do Brasil, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das entidades representativas de categorias profissionais médica e de enfermagem, além de projetos, planos de ação e protocolos elaborados ao longo dos últimos dez anos no âmbito da Rede SES/DF.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Acolhimento, Classificação de Risco, Urgência, Emergência, Pronto-Socorro.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, tomaram-se por base as publicações dos últimos anos e foram utilizados os seguintes documentos: artigos, publicações do Ministério da Saúde, publicações da SES-DF, publicações de outras Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e livros-texto, totalizando 19 publicações.

2- Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde do Brasil (MS) foi criada em 2003 e busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças nos modos de agir, gerir e cuidar, e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, caracterizando-se como uma política transversal e com indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004).

O MS, pela Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, pois entende-se que acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde assim se constituindo em uma postura ética, política e estética. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho, o

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um dispositivo potente com resultados de maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das RAS e a valorização do trabalho em saúde.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (Brasil, 2004)

Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que: “No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é **privativa** do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”. Além disso Resolução prevê que o Enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as disposições da Resolução Cofen 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aos princípios da PNH (BRASIL, 2004).

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. Conforme essa Portaria, o processo “deve ser realizado 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 dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

A Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 da Rede de Atenção à Saúde (RAS) define todos os pontos de atenção como igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Os Pontos de atenção são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular. (BRASIL, 2010).

A Resolução CFM nº 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes

nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados à outras unidades por profissional não-médico.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Vale ressaltar que não se trata de fazer diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, mas a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

A implantação sistemática do ACCR possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a ressignificar os modos de fazer e construir novos modelos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, ampliando a resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo oportuno diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), através da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) vem desenvolvendo ações para viabilizar a reestruturação da PNH no âmbito do SUS/DF em conformidade com a RAS e, especificamente, a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Para tanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho, definiu-se este Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência – Adulto, que contribuirá diretamente para a efetivação da Diretriz da PNH Acolhimento, no âmbito do SUS/DF.

3- Justificativa

A elaboração desse protocolo visa nortear os profissionais de saúde no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços de urgência/emergência, mediante a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica.

A classificação de risco requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Deste modo, como parte de sua aptidão profissional é preciso que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar.

O protocolo é uma ferramenta de apoio a tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências clínicas e traumáticas, tem por finalidade a pronta identificação do usuário mais grave, permitindo um atendimento rápido, seguro e oportuno, de acordo com o potencial de risco.

Nesse sentido, este protocolo justifica-se pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas aos profissionais que atuam na rede de urgência e emergência do SUS/DF no que se refere ao acolhimento e classificação de risco.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Não se aplica

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta utilizada para organização dos fluxos, baseada em critérios visando priorizar os atendimentos aos usuários conforme o grau de prioridade, atentando para a criticidade do quadro de saúde doença.

O acolhimento tem início com chegada do usuário à unidade de saúde com a identificação do quadro, situação, queixa ou episódio apresentado pelo doente.

A rede SES/DF conta com 19 portas de urgência e emergência sendo 13 Hospitais Regionais e 6 Unidade de Pronto Atendimento 24h. A média de Atendimento mensal nos últimos 10 (dez) meses nos hospitais foi de 262.871,50 e nas UPA 24h 8.913,25. Este quantitativo de atendimentos, justifica a necessidade de um protocolo próprio para a redução do gasto público em relação a manutenção de protocolos contratados pela Rede SES/DF.

6- Critérios de Inclusão

Todos os usuários que procurarem atendimento nas portas de urgência/emergência

da Rede SES/DF.

7- Critérios de Exclusão

Mulheres no ciclo gravídico puerperal, crianças e adolescentes até 14 anos incompletos.

8- Conduta

Sistematização do ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR):

COMO ACONTECE O ACCR: ETAPAS:

1º ETAPA: Usuários chegam a Emergência por demanda espontânea OU trazidos pelo SAMU 192 e Corpo de Bombeiro Militar OU referenciados de outros serviços como UPAS, UBS/ESF/NASF, CAPS e atenção domiciliar.

2º ETAPA: Acolhimento por profissional treinado neste protocolo (Técnico de Enfermagem, Técnico Administrativo ou Estagiário do 1º atendimento, “Posso Ajudar?”) que acolherá a livre demanda através de escuta ativa qualificada e encaminhará para abertura de ficha de atendimento. Caso sejam identificados sinais de alerta, o usuário será encaminhado diretamente à sala de classificação de risco.

3º ETAPA: Abertura de Ficha de Atendimento - Guia de Atendimento de Emergência (GAE).

4º ETAPA: Classificação de Risco seguindo protocolo institucional pelo enfermeiro que avalia o usuário buscando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato (diminuindo assim sofrimento prolongado, risco de complicações, sequelas e morte evitável), utilizando de informações da escuta qualificada e da avaliação das queixas.

5º ETAPA: Encaminhamento para atendimento médico conforme classificação da gravidade com base na utilização de protocolo institucional que indica a classificação do usuário pelas cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.

Sinais vitais de mensuração obrigatória na Classificação de Risco (CR):

1. Pressão arterial: idosos, hipertensos, diabéticos, obesos e nas queixas de cefaleia, vertigem e desmaios;
2. Glicemia capilar: história de diabetes, queixas de vertigem ou desmaio;

3. Frequência cardíaca: cardiopatas, queixas de dor torácica, intoxicações exógenas e convulsões
4. Temperatura

Seguindo o Acolhimento, o usuário deverá ser avaliado pela equipe a partir dos seguintes passos:

Avaliação Inicial: tem como objetivo afastar o risco iminente de morte ou agravo

1º Passo: Identificar o motivo da procura a unidade/serviço (**queixa principal**)

Fator a ser considerado: Tempo de início da queixa ou evento, definido em:

- Início abrupto: início do evento em segundos ou minutos;
- Agudo: período de tempo entre 12 e 24 horas.
- Recente: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

2º Passo: A partir da queixa principal identificar o fluxograma correspondente e realizar a Classificação de Risco conforme a seguir: Observar e avaliar:

1. Alterações do nível de consciência/estado mental pela Escala de Coma de Glasgow: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a Sala Vermelha

2. Comprometimento das vias aéreas: A incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

3. Respiração ineficaz: Quando o paciente apresenta sinais de esforço respiratório como batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

4. Circulação:

- ✓ Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR
- ✓ Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).
- ✓ Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
- ✓ Alterações na temperatura corporal: adultos muito quentes ou quentes devem ser classificados como muito urgente ou urgente. Hipotermia deve ser sempre muito urgente.

5. Avaliação da dor: Esta avaliação é realizada através Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.

3º Passo: Avaliação secundária: refere-se aos demais sinais e sintomas que não representam risco iminente de morte ou agravo

4º Passo: Avaliar a presença de fatores de risco clínicos ou de trauma.

5º Passo: Encaminhar a área de atendimento de acordo com a classificação e fluxograma pré-estabelecido pelo serviço/unidade.

I – Classificação Vermelho:

- ✓ Atendimento nas Salas de Emergência
- ✓ São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato.
- ✓ As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pelo Suporte Avançado do SAMU-192.
- ✓ Tempo de atendimento alvo: imediato

II – Classificação Laranja:

- ✓ Atendimento em consultório médico se condições e/ou Salas de Emergência, se necessário.
- ✓ São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico mediato e assistência de enfermagem contínua.
- ✓ As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e o paciente deverá ser transportado/atendido pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192
- ✓ Tempo de atendimento alvo: 10 minutos

III – Classificação Amarelo:

- ✓ São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto atendimento.
- ✓ O transporte/atendimento será feito pela Ambulância de Suporte Básico do SAMU-192
- ✓ Tempo de atendimento alvo: 60 minutos

IV – Classificação Verde:

- ✓ Por definição são pacientes sem risco iminente de morte ou de agravo. Serão atendidos nos prontos atendimentos por ordem de chegada ou referenciados para

as Unidades Básicas de Saúde para atendimento ou agendamento.

- ✓ Tempo de atendimento alvo: Seis (06) horas nos casos de atendimento no Hospital ou UPA

V – Classificação Azul:

- ✓ São as demandas por procedimentos médicos e não médicos como: curativos, troca de sondas, administração de medicamentos, atendimento a casos crônicos/agendamentos, trocas de receitas. Serão referenciados para as Unidades Básicas de Saúde para atendimento ou agendamento, exceto em condições que demandem atendimento mediato em horários de não funcionamento da UBS.
- ✓ Tempo de atendimento alvo: Doze (12) horas nos casos de atendimento no Hospital ou UPA

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9- Benefícios Esperados

Espera-se que as medidas recomendadas proporcionem aos usuários do sistema público de saúde do DF os meios necessários para melhorar o acesso aos serviços de urgência e emergência. Assim, será adotado o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência – Adulto, que favorecerá o aprimoramento da atenção à saúde ao usuário e a articulação entre todos os níveis de atenção, ordenada pela APS, que permite a corresponsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência nos diferentes níveis de atenção.

10- Monitorização

Os resultados serão monitorados mensalmente pelas Gerências de Emergência por meio de indicadores de monitoramento, processo e resultados. Os indicadores sugeridos para o monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação do Protocolo de ACCR devem ser coletados por meio dos Sistemas Oficiais de Informações da SES/DF, e são:

- Relação entre usuários cadastrados, classificados (CR) e atendidos (pelo profissional médico)
- Percentual de usuários segundo classificação de gravidade por especialidade (VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE e AZUL);
- Tempos de espera (chegada do paciente até a classificação, classificação até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação;
- Percentual de encaminhamentos para outras regiões ou RIDE-DF;
- Percentual de atendimentos de pacientes oriundos da RIDE-DF.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Os dados coletados anualmente pelas Regiões de Saúde, através dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis. Sendo, a Diretoria de Urgência e Emergências responsável pelo monitoramento e avaliação.

14- Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. 4 reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.72p. : Il. Color. (Serie B. Textos Básicos de Saúde);

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS na atenção básica. 1. Ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed; 6.reimp.Brásilia: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011.56 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Formação e Intervenção/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. -Brasília: editora Ministério da Saúde, 2011. Série B. Textos básicos de saúde - Cadernos HumanizaSUS; v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção Hospitalar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2011. Série B. Textos básicos de saúde - Cadernos HumanizaSUS; v. 3.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013: Institui a Política Nacional de Contratualização dos Hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Acesso em

Diário Oficial da União 26 de mai. de 2014.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 22 de mai. de 2014.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 342, de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Alterado pela portaria nº 104/GM/MS de 15.01.2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.

FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

MAFRA, AA; MARTINS P, BELEZIA B, SHIMAZAKI ME, BARBOSA YR, RATES SMM, et al. Acolhimento com classificação de risco no pronto-socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2006.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, June 2011.

SILVA, Michele de Freitas Neves et al. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200218&lng=en&nrm=iso.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. Cartilha do protocolo de acolhimento com classificação de risco. Proposta de Metodologia para implantação nas Redes Regionais de Atenção do Estado da Bahia. Salvador, 2013.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco, p. 89-111, 2003.

ANEXO

AValiação DA SEVERIDADE DA DOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor, atividades normais, leve desconforto	Dor leve, não atrapalha as atividades normais. Pouca limitação			Dor moderada, causa dificuldades. Não realiza algumas atividades			Dor forte ou incapacitantes, não realiza atividades habituais, causa descontrole			

ESCALA VISUAL DA DOR

	Azul				Verde				Amarelo				Laranja		
0				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Sem Dor				Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa					

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
 - Como você classifica sua dor? (Deixe a paciente falar livremente, faça observações na ficha de CR sobre o que ela falar)
- Observação:**
- a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
 - b) Se a dor for leve, seu nível de referência é de 1 a 3.
 - c) Se a dor for moderada seu nível de referência é de 4 a 6
 - d) Se for intensa, seu nível de referência é de 7 a 10 (dor máxima=10 será considerada laranja na CR pois não representa risco de morte imediato)

13

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

AVALIAÇÃO DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA

Cabeça	$\left\{ \begin{array}{l} \text{crânio} - 4,5\% \\ \text{face} - 4,5\% \end{array} \right.$	Total = 9% da superfície corpórea.
Tórax	$\left\{ \begin{array}{l} \text{porção anterior} - 9\% \\ \text{porção posterior} - 9\% \end{array} \right.$	Total = 18% da superfície corpórea.
Abdomem	$\left\{ \begin{array}{l} \text{porção anterior} - 9\% \\ \text{porção posterior} - 9\% \end{array} \right.$	Total = 18% da superfície corpórea.
Membros superiores	$\left\{ \begin{array}{l} \text{D} - 9\% \\ \text{E} - 9\% \end{array} \right.$	Total = 18% da extensão corpórea.
Membros inferiores	$\left\{ \begin{array}{l} \text{D} - 18\% \\ \text{E} - 18\% \end{array} \right.$	Total = 36% da extensão corpórea.
Pescoço	_____	1%