



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 - Pediatria**

**Área(s):** Referência Técnica Distrital de Pediatria/COASIS/SAIS, 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, Gerência de Ciclos de Vida/DAEAP/COAPS/SAIS, Assessoria Técnica Distrital da Política Nacional de Humanização (PNH)/SAIS/SE, Assessoria Técnica Secretaria de Atenção Integral à Saúde/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 807 de 01.10.2019, publicada no DODF Nº 222 de 22.11.2019.

**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)**

Pediatria, Política Nacional de Humanização, Acolhimento, Classificação de Risco, Urgência, Emergência, Pronto Atendimento.

## **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: 10 artigos, 18 publicações do Ministério da Saúde, 3 consensos e diretrizes, 4 publicações de outras Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, 1 dissertação e 4 livros-texto, totalizando 40 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 Risco (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, esta resolução prevê que o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento, que 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 do acolhimento e da “triagem classificatória de risco” nas unidades de atendimento às urgências. Tal 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, diferenciando-se apenas pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. Os pontos de atenção são os lugares institucionais que oferecem serviços por meio 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.

“A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem 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.”

“Não é menos importante esta relação para fora do hospital. Desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatorios de especialidade, serviços de atenção e internação domiciliar, etc. Promove uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização”. (BRASIL, 2016)

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 – Pediatria, que contribuirá diretamente para a efetivação da Diretriz da PNH Acolhimento, no âmbito do SUS/DF.

### **3- Justificativa**

A elaboração deste 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 quanto habilidade, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais.

Nesse sentido, este protocolo se justifica pela necessidade de oferecer orientação e padronização da prioridade de atendimento para os profissionais que atuam na rede de urgência e emergência do SUS/DF.

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

Não se aplica.

## **1- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

A enorme demanda por atendimento nos serviços de urgência e emergência pediátricas é uma realidade presente em todo o país. A rede SES/DF conta com 19 portas de urgência e emergência, com atendimento pediátrico em 9 Hospitais Regionais. O atendimento médio tem sido de aproximadamente 6.000/mês na rede de urgência e emergência pediátrica no Distrito Federal, observando-se aumento deste número na sazonalidade de vírus respiratórios.

Este cenário demanda da gestão que ofereça ao seu usuário uma forma adequada de acolhimento e classificação de risco para seu atendimento na rede.

## **6- Critérios de Inclusão**

- Crianças e adolescentes até 13 anos, 11 meses e 29 dias; e
- pacientes com doença hematológica crônica até 17 anos, 11 meses e 29 dias, e
- pacientes com transtornos mentais com ou sem dependência química até 11 anos, 11 meses e 29 dias (conforme Portaria 536/2018);e

que procurarem atendimento nas portas de urgência/emergência pediátrica da Rede SES/DF.

## **7- Critérios de Exclusão**

Adultos e adolescentes a partir de 12 anos com transtornos mentais com ou sem dependência química, adolescentes a partir de 14 anos, exceto pacientes com doença hematológica crônica até 17 anos, 11 meses e 29 dias.

## **8- Conduta**

Implantar um “Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria”.  
Anexo I.

Este protocolo foi construído por equipe multiprofissional, baseado em evidências da literatura, que estratifica a classificação de risco por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), de acordo com a complexidade (anexo I), tendo sido validado pela equipe assistencial de uma unidade de urgência e emergência de pediatria de um hospital da SES/DF.

Este protocolo foi revisado pelo GT específico, Ordem de Serviço nº200 de 27 de novembro de 2018, a partir de discussão do grupo e demandas trazidas das Unidades de emergência.

**Sistematização do ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR):**  
**ETAPAS DO ACCR Pediátrico:**

1º ETAPA: Usuário chega à porta fixa da Urgência/Emergência por demanda espontânea, transportado pelo SAMU ou Corpo de Bombeiro Militar, ou referenciado de outros serviços de atenção à saúde: UPA, UBS/ESF/NASF, CAPS e atenção domiciliar.

2º ETAPA: Passa pelo acolhimento por profissional capacitado que acolherá a livre demanda pela escuta ativa qualificada e encaminhará para abertura de ficha de atendimento. Caso sejam identificados sinais de alerta, a criança ou adolescente 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 pelo profissional classificador, médico ou enfermeiro, seguindo protocolo institucional, que identifica a necessidade de atendimento médico mediato ou imediato, por meio das informações da escuta qualificada e avaliação dos sintomas/queixas/evento.

5º ETAPA: Encaminhamento para atendimento médico conforme classificação de risco.

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

Frequência cardíaca, oximetria e temperatura corporal.  
\*Glicemia e Pressão Arterial - conforme o fluxo.

**II. Avaliação Inicial (objetivo: afastar maior agravo ou risco iminente de morte)**

**1º Passo:** Identificar o motivo da procura à unidade ou serviço (queixa principal), fator a ser considerado: Tempo de início da queixa ou evento, definido em:

- ↳ Início súbito: início do evento em segundos ou minutos;
- ↳ Agudo: período de tempo até 24 horas.
- ↳ Recente: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

**2º Passo:** Identificar o fluxograma correspondente e realizar a classificação de risco conforme protocolo (Anexos I, IV, V, VI, VII).

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

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

**5º Passo:** Encaminhar à área de atendimento de acordo com a classificação de risco.

**6º Passo:** o tempo decorrido entre a abertura da ficha de atendimento e a classificação de risco deverá ser de 15 minutos, exceto, os casos de maior agravo ou risco iminente de morte.

**7º Passo:** os pacientes, que não forem atendidos no tempo preconizado pela classificação, deverão ser reclassificados.

**IV. I – Classificação de risco por cores:**

<b>Classificação</b>	<b>Tempo previsto para início do atendimento</b>	<b>Local de atendimento</b>	<b>Observações</b>
<b>Vermelho</b> <b>Risco iminente de morte</b>	Emergência: necessidade de atendimento médico e equipe <b>imediato</b> .	Sala de Emergência, Bloco de Emergência, Sala vermelha.	As medidas de manutenção da vida devem ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede
<b>Laranja</b> <b>Potencial risco de agravo</b>	Necessidade de atendimento médico <b>mediato</b> e assistência de enfermagem contínua, início em <b>10 minutos</b> .	Consultório médico se condições e/ou salas de emergência, se necessário.	As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede
<b>Amarelo</b> <b>Urgente</b>	Necessidade de atendimento médico <b>mediato</b> , início em <b>60 minutos</b> .	Consultórios do pronto atendimento por ordem de chegada.	As medidas de promoção em saúde e prevenção de agravos deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede
<b>Verde</b> <b>Não urgente - sem risco iminente de morte ou agravo</b>	Necessidade de atendimento por profissional de saúde (médico) em até <b>seis (06) horas</b> nos casos de	Consultórios do pronto atendimento por ordem de chegada.	O classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços

	atendimento no hospital.		disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde.
<b>Azul</b> Demanda por atendimento a casos crônicos/agendamentos	Necessidade de atendimento por profissional de saúde em até <b>48 horas</b> , ou mediante agendamento na mesma semana em UBS de referência.	Consultórios do pronto atendimento por ordem de chegada.	O classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde.
<b>Branco</b> Demanda por atendimento a casos crônicos/ ou continuidade de tratamento, ou reavaliação.	<p>Pacientes para troca de sondas e/ou traqueostomias, administração de medicamentos injetáveis, de posse de receita para continuidade de tratamento.</p> <p>Pacientes para curativos, serão atendidos no hospital somente durante o dia nos horários em que a UBS não estiver funcionando.</p> <p>Pacientes para reavaliação, a pedido médico, sem prioridade de atendimento.</p>	Atendimento pela equipe de enfermagem, ou equipe cirúrgica, por ordem de chegada.	O classificador deverá orientar quanto a troca de curativos ser feita nas UBS no dias de semana.

**Situações Especiais:**

Pacientes referenciados (com encaminhamento e classificação de risco em VERMELHO) da APS, SAMU 192 ou Corpo de Bombeiro Militar deverão ser atendidos imediatamente.

Pacientes referenciados (com encaminhamento e demais classificações de risco) da APS, SAMU 192 ou Corpo de Bombeiro Militar deverão ser encaminhados para a sala de classificação de risco imediatamente.



### **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**

A implantação do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco Pediátrico proporcionará aos usuários do sistema público de saúde do DF os meios necessários para melhorar o acesso aos serviços de urgência e emergência. Este protocolo irá promover o aprimoramento da atenção à saúde ao usuário e a articulação entre todos os níveis de atenção, ordenada pela atenção primária à saúde (APS), além da 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:

- Relação entre usuários cadastrados, classificados (CR) e atendidos (pelo profissional médico);

- Percentual de usuários segundo classificação de gravidade na especialidade (VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE, AZUL, e BRANCO);
- Tempos de espera: chegada do paciente até a classificação, da classificação até o atendimento médico, e permanência por classificação;
- Percentual de internações;
- Percentual de encaminhamentos para outras regiões ou RIDE-DF;
- Percentual de atendimentos de pacientes oriundos da RIDE-DF.

A Auditoria local (conforme portaria nº564 de 14 de junho de 2018), e Central, pela Gerencia de Urgência e Emergência (GASFURE/CATES/SES/DF) deverá ser realizada mensalmente com base no “INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - Portas Fixas de Urgência e Emergência da Criança/Adolescente (zero a 13 anos, 11 meses e 29 dias) – I (aplicado ao classificador)” disponível no Anexo II deste protocolo.

A proposta da auditoria inclui ainda aferir a opinião dos usuários dos serviços utilizando o “INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - Portas Fixas de Urgência e Emergência da Criança/Adolescente (zero a 13 anos, 11 meses e 29 dias) – II (aplicado ao usuário)” disponível no Anexo III deste protocolo.

#### **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

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Edição em português: suporte avançado de vida em pediatria - Manual do profissional. Mauá: American Heart Association; 2012.

ARORA R, MAHAJAN P. Evaluation of child with fever without source: review of literature and update. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(5):1049-62.

BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.* Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Publicada no DOU de 16/07/1990, Seção 1, p. 13563.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Publicada no DOU de 09/04/2001, Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002: Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 4279, 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. Brasília 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 1600, 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. Brasília 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 2395, de 11 de outubro de 2011: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 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. Brasília 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 342, de 4 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. Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 3390, de 30 de dezembro de 2013: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. Portaria n.º 3410, de 30 de dezembro de 2013: Institui a Política Nacional de Contratualização dos Hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação MS/GM nº 03, de 28 de setembro de 2017.* Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Rede de Atenção Psicossocial (Anexo V). Publicada no DOU de 03/10/17, Seção 1, Suplemento, p.192.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Cadernos HumanizaSUS - Volume 1 - Formação e intervenção - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Cadernos HumanizaSUS - Volume 3 - Atenção Hospitalar - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Manual AIDPI Neonatal: quadro de procedimentos. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de Atenção Básica. N.28 Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica. Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Cadernos de Atenção Básica. N.33 Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção hospitalar às urgências. Protocolos de suporte avançado de vida. Protocolos de intervenção para o SAMU 192 - Serviço de atendimento móvel de urgência. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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. Serie B. Textos Básicos de Saúde. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUSTINDUY, A. L. et al. Predictors of fever-related admissions to a paediatric assessment unit, ward and reattendances in a South London emergency department: the CABIN 2 study. **Arch Dis Child**, n. 102, p. 22–8, 2017.

CARVALHO, W. B.; TROSTER, E. J.; BOUSSO, A. Algoritmos em terapia intensiva pediátrica, neonatologia e emergências pediátricas. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

CHUSID, M. J. Fever of Unknown Origin in Childhood. **Pediatr Clin North Am**, v. 64, n. 1, p. 205-230, 2017.

DA SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, 2011.

DE, S. et al. Accuracy of the "traffic light" clinical decision rule for serious bacterial infections in young children with fever: a retrospective cohort study. **BMJ**, v. 346, p. f866, 2013.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Portaria nº 536, de 08 de junho de 2018*. Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal. Publicada no DODF nº 115 de 19/06/2018.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018*. Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. Publicada no DODF nº 149 de 07/08/2018.

FERNANDES, F.R.;SETUBAL, J.L.;MARUJO,W.C.Manual de urgências e emergências em pediatria do Hospital Infantil Sabará. São Paulo: SARVIER, 2010.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-53, 1999.

GODOY, F. S. F. Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Londrina, Londrina.

LA TORRE, F. P. F. et al. Emergências em pediatria: protocolos da Santa Casa. 2 ed. São Paulo: Editora Manole, 2013.

MURAHOVSKI, J. Pediatria: diagnóstico e tratamento. 6 ed. São Paulo: Editora Sarvier, 2006.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Fever in under 5s: assessment and initial management. Clinical Guideline. Disponível em <nice.org.uk/guidance/cg160>. Manchester: NICE, 2013.

SANTOS FILHO, S. B. Avaliação e humanização em saúde. 2 ed. Ijuí: Editora Ijuí, 2010.

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: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA. Manual de Orientação para o acolhimento com avaliação e classificação de risco. Goiânia: FMS, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Protocolo de classificação de risco dos usuários na rede de urgências e emergências. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍS. Protocolo de acolhimento com classificação de risco dos hospitais municipais de São Luís, Maranhão. São Luís: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, 2009.

SILVA, M. F. N. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 218-25, 2014.

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, 2003.

VERAS, J. E. G. L. F. et al. Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 5, p. 913-22, 2015.

WING, R.; DOR, M. R.; MCQUILKIN, P. A. Fever in the pediatric patient. **Emerg Med Clin North Am**, v. 31, n. 4, p. 1073-96, 2013.

## **ANEXO I**

### **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS SES-DF.**

## ANEXO II

### INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO Portas Fixas de Urgência e Emergência da Criança/Adolescente (zero à 13 anos, 11 meses e 29 dias) – I (aplicado ao classificador)

QUANTO A ESTRUTURA
1. Existe uma sala adequada (espaço físico/acessibilidade/sinalização)?
2. Existem Recursos Humanos qualificados e suficientes (quantitativo) na equipe de Classificação de Risco?
3. Existem equipamentos e materiais necessários (previstos) para o Acolhimento e Classificação de Risco?  Mesa, cadeira: ( ) Sim ( ) Não - Motivo: Cópias impressas do protocolo de classificação de risco: ( ) Sim ( ) Não - Motivo: Termômetro digital/auricular ( ) Sim ( ) Não - Motivo: Esfigmomanômetro infantil ( ) Sim ( ) Não - Motivo: Estetoscópio infantil ( ) Sim ( ) Não - Motivo: Oxímetro de pulso ( ) Sim ( ) Não - Motivo:
4. A classificação é realizada 24 horas por dia  ( ) Sim ( ) Não. Motivo:

QUANTO À GESTÃO DA INFORMAÇÃO
1. Existe um sistema de informação/comunicação (computador, intranet, protocolo)?  (    ) Informatizado                      (    ) Manual
2. Existe dificuldade de preencher/alimentar o sistema? Se sim:  a) Quais as dificuldades: _____  b) Por quem: _____
3. Existe um setor/equipe responsável pela produção de informação sobre o Acolhimento e Classificação de Risco? Se sim, Qual? _____
QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO
1. Quem recebe o usuário quando este chega ao serviço?  (    ) Enfermagem    (    ) Padroleiro    (    ) Guarda/segurança/porteiro    (    ) Orientador de fluxo    (    ) outro
2. Existe planejamento integrado entre a equipe multiprofissional e a porta de entrada?
3. Existe Colegiado gestor? Se sim, as decisões estratégicas são feitas nesse espaço?
4. Existe comunicação desta unidade de saúde/serviço com os outros pontos de atenção da rede?
5. Existe alguma forma de acolhimento aos usuários e familiares? Se sim, qual?
6. Existe diálogo entre equipe e direção do serviço?
QUANTO AOS RESULTADOS FINALÍSTICOS
1. Quantos usuários passaram pelo Acolhimento e Classificação de Risco?
2. Qual o percentual de usuários segundo classificação de gravidade por especialidade (VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE e AZUL)?
3. Qual a média de espera entre o preenchimento da Guia de Atendimento e a Classificação de Risco?
4. Qual a média de espera entre a classificação de risco e o atendimento de acordo com a classificação de cores?
5. Quantos usuários classificados foram internados (AIH)?



6. Quantos usuários classificados foram orientados quanto à carteira/relação de serviços da Atenção Primária à Saúde (unidade básica de saúde)?

7. Quantos usuários atendidos são encaminhados pela UBS? Ou outro ponto de atenção à saúde?

8. Quantos usuários atendidos são procedentes da RIDE?

### ANEXO III

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO Portas Fixas de Urgência e Emergência da Criança/Adolescente (zero à 13 anos, 11 meses e 29 dias)  
– II (aplicado ao usuário)**

Identificação do Paciente		
Nome		
Idade		( ) Feminino ( ) Masculino
Nome do Responsável		Vínculo (pais, parentes, outros)
Endereço residencial		
Questionário		

1. Qual o motivo da procura pelo atendimento nesta unidade de saúde?
2. Chegou encaminhado, referenciado (por outro serviço de saúde)?
3. Transporte por conta própria, ambulância ou SAMU?
4. Ao chegar nesta unidade você foi acolhido/recebido por algum profissional?  
( ) Sim, quem ..... ( ) Não
5. Quanto tempo demorou para ser realizada a classificação de risco?
6. Qual foi a cor de sua classificação?  
( ) vermelho ( ) laranja ( ) amarelo ( ) verde ( ) azul
7. Quanto tempo demorou entre a classificação de risco até o atendimento?  
( ) imediatamente ( ) até 10 minutos ( ) até 60 minutos ( ) até 6 horas ( ) até 12 horas
8. Ao procurar os serviços desta Unidade de Saúde suas necessidades foram atendidas?  
( ) Sim ( ) Não
9. Cite as principais falhas no atendimento nesta Unidade?
10. Quais as sugestões para mudanças no sentido de melhor atendê-lo?
11. Tem conhecimento da Unidade Básica de Saúde de sua referência?

### ANEXO IV

Frequência respiratória normal, (OMS)	
IDADE	MOVIMENTOS/MIN
De 0 a 2 meses	Até 60mm
De 2 a 11 meses	Até 50mm
De 12 meses a 5 anos	Até 40mm
De 6 a 8 anos	Até 30mm
Acima de 8 anos	Até 20mm

## ANEXO V

### ESCALA DA DOR

#### 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

## ANEXO VI

### GLASGOW pediátrica

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	Forma	Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	Total	15

## ANEXO VII

### ESCALA DA SUPERFÍCIE QUEIMADA

#### AValiação da Superfície Corporal Queimada

Regra dos nove de WALLACE para adulto e crianças acima de 10 anos

Cabeça	{	crânio — 4,5%	Total = 9% da superfície corpórea.
	{	face — 4,5%	
Tórax	{	porção anterior — 9%	Total = 18% da superfície corpórea.
	{	porção posterior — 9%	
Abdomem	{	porção anterior — 9%	Total = 18% da superfície corpórea.
	{	porção posterior — 9%	
Membros superiores	{	D — 9%	Total = 18% da extensão corpórea.
	{	E — 9%	
Membros inferiores	{	D — 18%	Total = 36% da extensão corpórea.
	{	E — 18%	
Pescoço	—	1%	

## Regra dos nove de WALLACE para crianças até 10 anos

### ATÉ 1 ANO

Segmento corporal	Percentual da superfície queimada
Cabeça e pescoço	19%
Cada membro inferior	13%
Demais membros	= adulto

### DE 1-10 ANOS

Segmento corporal	Percentual da superfície queimada
Cabeça e pescoço	19-idade
Cada membro inferior	13+(idade÷2)
Demais membros	= adulto

## **TAQUICARDIA/BRADICARDIA**

É um importante indicador em estágios iniciais do choque, porém sem especificidade, uma vez que várias condições podem provocar, tais como, febre, dor, ansiedade, mesmo sem comprometimento circulatório.

Taquicardia (FC acima de dois desvios padrões para idade) ou bradicardia na criança menor de 1 ano (FC < 100bpm até 1 mês, FC < 90bpm de 1-12 meses).

- Neonatos e lactentes (0 – 1 ano): FC > 180 bpm.
- Crianças de 1 a 5 anos: FC > 140 bpm.
- Idade escolar (5-12 anos): FC > 130 bpm.
- Adolescente (12-18 anos): FC > 110 bpm.

## **HIPOTENSÃO**

Em crianças, hipotensão é definida como pressão arterial sistólica (PAS) menor que o percentil 5 para a idade:

- Neonatos (0-28 dias): PAS < 60mmHg.
- Lactentes (1-12 meses): PAS < 70mmHg.
- Crianças de 1-10 anos: PAS < 70 + (2x idade em anos) mmHg.
- Crianças acima de 10 anos: PAS < 90 mmHg.