

FÓRUM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

“Classificação de Risco”

Brasília, 24 de junho de 2010



OBJETIVOS DA APRESENTAÇÃO:

- **Apresentar o histórico da classificação de risco x triagem no mundo e no Brasil;**
- **Apresentar três dos principais protocolos utilizados para classificação de risco;**
- **Apresentar alguns estudos de caso com aplicação dos protocolos;**
- **Ressaltar alguns avanços e desafios envolvendo a temática.**



TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

No mundo:

- O termo triar vem do verbo francês *trier*= tipar, escolher;
- Triagem existe desde que o primeiro serviço de urgência foi criado;
- Nos Estados Unidos: inicialmente utilizada pelos militares para estabelecer prioridades de tratamento;



TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

No mundo:

Nos Estados Unidos:

- Final da década de 50: mudança na prática médica e aumento da procura por PS;
- Necessidade de um método para classificar pacientes e identificar aqueles com necessidade imediata de cuidados;



TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

No mundo:

Três sistemas mais comuns de triagem nos EEUU:

- *Traffic director* (fluxista) - funcionário administrativo conduz o paciente;
- *Spot-check* - útil para Emergências de pequena demanda. Registro do paciente e encaminhamento para a enfermeira da triagem;
- *Comprehensive triage*: endossado pela *Emergency Nurses Association (ENA)*. *Triagem* baseada nas necessidades físicas, de desenvolvimento e demandas psicossociais e fatores que influenciam o acesso. Deve ser feita por enfermeira experiente (ENA, 1999, p. 23). Tempo: 2 a 5 minutos.



TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

No mundo:

Austrália, fim dos anos 60:

- Aqueles que chegavam de ambulância eram priorizados;
- Os que caminhavam eram avaliados por ordem de chegada;
- Meados dos 1970: criada escala de 05 prioridades baseada em tempo, com identificação por adesivos na ficha de atendimento médico:



TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

No mundo:

Austrália, meados de 1970: escala de 05 prioridades

1. Pacientes com risco de vida imediato
2. Risco de vida iminente
3. Potencial risco de vida
4. Pacientes potencialmente graves
5. Menos urgentes



TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

No Brasil:

- Crescente demanda e procura dos serviços de Urgência-Emergência; (FREITAS *et al*, 2002)
- Fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas dos Pronto-Socorros; (FREITAS *et al*, 2002)
- Fez-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde para que a priorização dos atendimentos levasse em conta os diferentes graus de necessidades ou sofrimento; (ABBÉS e MASSARO, 2004)



TRIAGEM X CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Breve Histórico

No Brasil:

- Ministério da Saúde – MS, 2004: Cartilha da Política Nacional de Humanização – PNH;
- Acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde;

(ABBÊS e MASSARO, 2004)



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No Brasil:

- Conceito de acolhimento:

"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 dar 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 continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos."

(ABBÊS e MASSARO, 2004)



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No Brasil:

- Acolhimento:
 - Não é um espaço ou um local.
 - Requer postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana.
 - Ação que deve ocorrer em todas os locais e momentos da Unidade.
 - Pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

(ABBÊS e MASSARO, 2004)



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No Brasil:

- Acolhimento com classificação de risco:

"determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos."

(ABBÊS e MASSARO, 2004)



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Em Minas Gerais:

- Início das discussões em 2005 no Hospital Municipal Odilon Behrens - HOB, Belo Horizonte;
- Ambiente para construção do Protocolo de Classificação de Risco do HOB e implementação do Acolhimento no Pronto Socorro;
- Experiência do HOB: levada para outras cidades do estado e do Brasil, com divulgação pela PNH.
- Equipe envolvida: médicos, equipe de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e administrativos.



O ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Atividades desenvolvidas:

- Atribuição da prioridade exata dos doentes.
- Avaliação e tomada rápida de decisões;
- Delegação de tarefas apropriadas;
- Evitar conversas longas com os doentes, bem como o registro exaustivo de histórias.

(Protocolo de Manchester, 1994)



O ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Amparo legal:

"O acolhimento com classificação de risco deverá ser implantado e realizado por profissionais de nível superior, devidamente treinados mediante a existência de protocolos técnicos e administrativos da Unidade. Os membros da equipe de enfermagem podem participar do acolhimento mediante definição clara de atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo."



PRINCIPAIS PROTOCOLOS UTILIZADOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Protocolo Canadense:

Classificação dos acidentes:

Nível I	Ressuscitação	Intervenção médica imediata	Cuidados Contínuos
Nível II	Emergência	Aval. Médica < 15 min.	A cada 15 min.
Nível III	Urgência	Aval. Médica < 30 min.	A cada 60 min.
Nível IV	Semi-urgência	Aval. Médica < 1 hora	A cada 60 min.
Nível V	Não urgência	Aval. Médica < 2 horas	A cada 2 horas



(Canadian ED Triage & Acuity Scale, 1998)

PROTOCOLO CANADENSE:

AVALIAÇÃO DA TRIAGEM:

A- Avaliação subjetiva da queixa: início / curso / duração

- Quando começou? O que você estava fazendo quando começou?
- Quanto tempo dura?
- Ela vai e volta?
- Ainda está presente no momento?
- Onde é o problema?

Se for dor:

- Descreva as características e intensidade.
- Ela irradia?
- Há algo que agrava ou alivia os sintomas?
- Se a dor está ou esteve presente: características e intensidade.
- Há alguma história prévia semelhante? Qual foi o diagnóstico?



(Canadian ED Triage & Acuity Scale, 1998)

PROTOCOLO CANADENSE:

AVALIAÇÃO DA TRIAGEM:

B- Avaliação objetiva: pode distinguir a área de tratamento e se o paciente requer cuidado/intervenções rápidas

- Aparência física – cor, pele, atividades.
- Grau de angústia: angústia severa ou não angustiado.
- Resposta emocional: ansiedade ou indiferença.
- Sinais vitais completos se o tempo for suficiente ou se são necessários para distinguir o nível de triagem.
- Avaliação física.

C- Informações adicionais

- Alergias
- Medicações



(Canadian ED Triage & Acuity Scale, 1998)

PROTOCOLO DE MANCHESTER

Classificação dos pacientes:

Número	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240



(Protocolo de Manchester, 1994)

PROTOCOLO DE MANCHESTER

Método de Classificação:

- **Identificação do problema: queixa principal.**
- **Colheita e análise das informações relacionadas com a solução: escolha do fluxograma, ditado pela queixa principal.**
- **O fluxograma estrutura este processo mostrando discriminadores (sinais e sintomas) chaves em cada nível de prioridade. Os discriminadores são apresentados na forma de perguntas para facilitar o processo.**



PROTOCOLO DE MANCHESTER

Método de Classificação:

- Avaliação das alternativas e seleção de uma delas: seleção dos discriminadores presentes e qual deles reflete a maior prioridade clínica.
- Implementação da alternativa selecionada: atribuição de uma das prioridades.
- Monitorização da implementação e avaliação dos resultados: observação secundária. Quaisquer alterações na prioridade clínica podem ser rapidamente notificadas e retificadas.



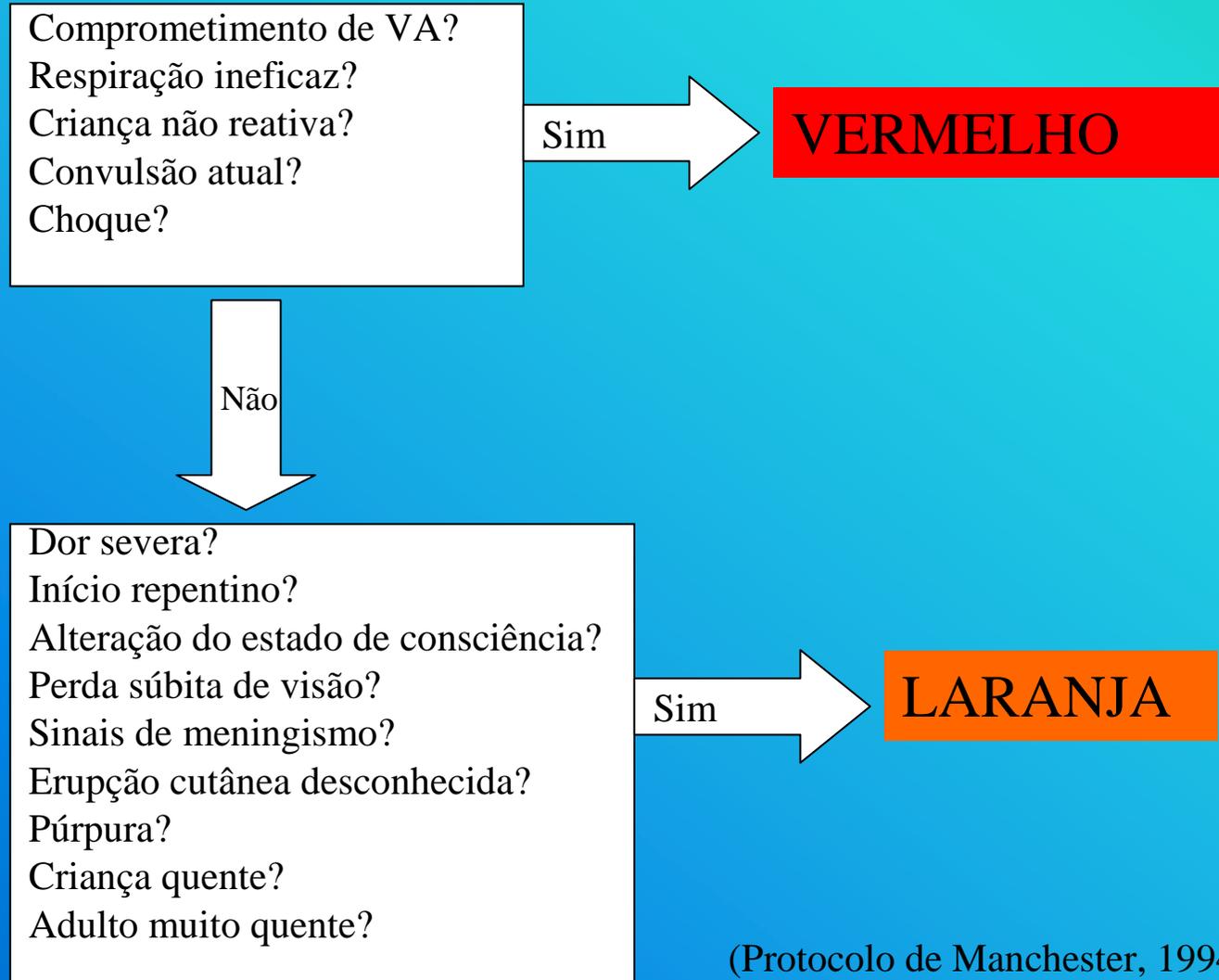
INFORMATIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER

- Iniciada discussão com Portugal no ano de 2007;
- Compra do software ALERT;
- Implantação no Hospital João XXIII;
- Será implantado nos demais hospitais de Pronto Socorro do Estado.



PROTOCOLO DE MANCHESTER

QUEIXA: Cefaléia



(Protocolo de Manchester, 1994)

PROTOCOLO DE MANCHESTER

QUEIXA: Cefaléia

Dor moderada?
História inapropriada?
História de perda de consciência?
Sinais neurológicos focais?
Novos sintomas e/ou sinais neurológicos?
Acuidade visual reduzida?
Couro cabeludo doloroso?
Quente?

Sim

AMARELO

Não

Dor?
Sub-febril?

Sim

VERDE

Sim

Não

Problema recente?

Não

AZUL

(Protocolo de Manchester, 1994)



PROTOCOLO DE MANCHESTER

Queixa dor de garganta

Comprometimento de VA?
Respiração ineficaz?
Baba-se?
Estridor?
Choque?

Sim

VERMELHO

Não

Dor severa?
Alteração do estado de consciência?
Criança quente?
Adulto muito quente?

Sim

LARANJA

Não

Dor moderada?
Adulto quente?
Instalação súbita?

Não

Dor?
Sub-febril?

Sim

VERDE

Não

Problema recente?

Sim

AMARELO

AZUL



PROTOCOLO DE MANCHESTER

QUEIXA: Dispnéia na criança

Comprometimento de VA?
Respiração ineficaz?
Criança não reativa?
Baba-se?
Estridor?
Choque?

Sim

VERMELHO

Não

Início agudo pós traumático?
Trabalho respiratório aumentado?
Incapacidade de articular frases completas?
Só responde à voz ou à dor?
Saturação de O₂ muito baixa?
Exaustão?

Sim

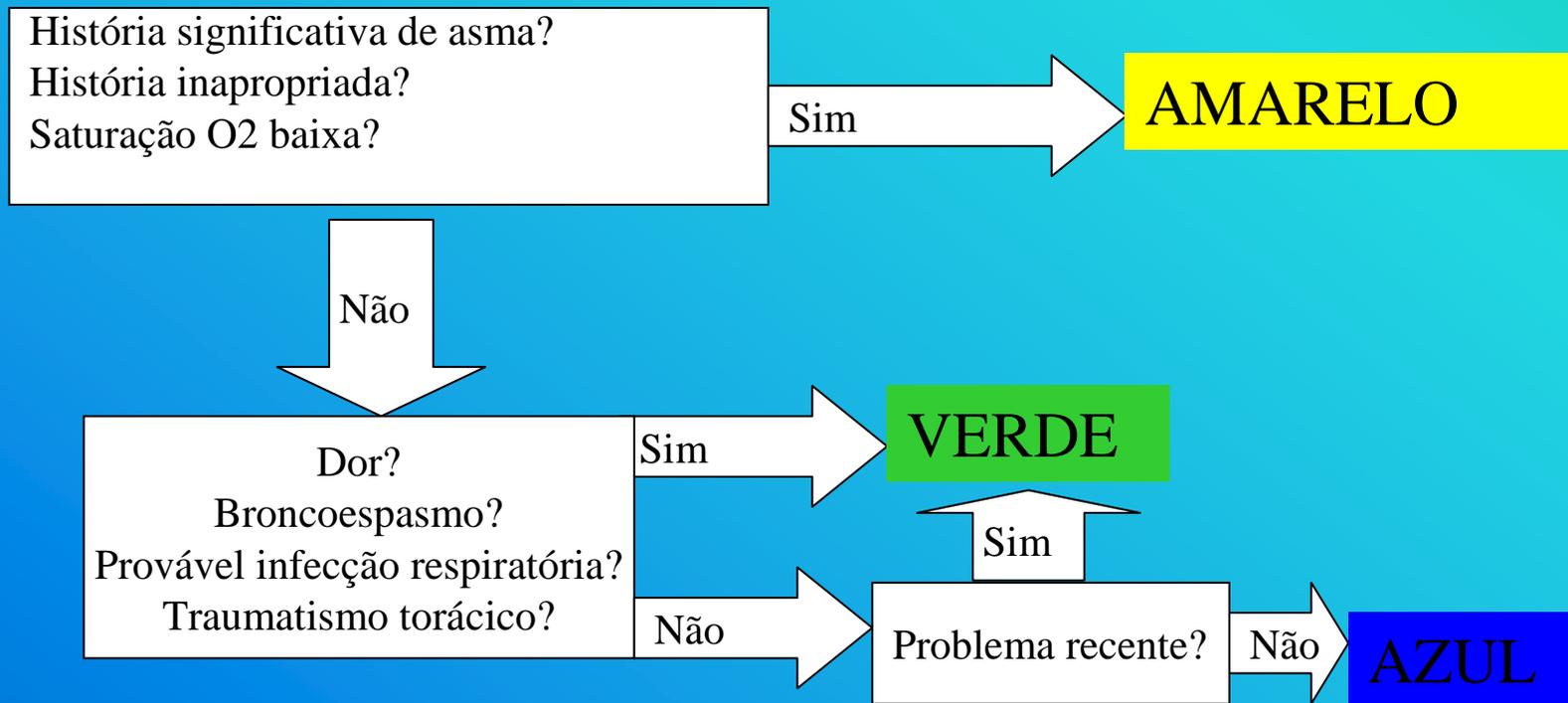
LARANJA

(Protocolo de Manchester, 1994)



PROTOCOLO DE MANCHESTER

QUEIXA: Dispnéia na criança

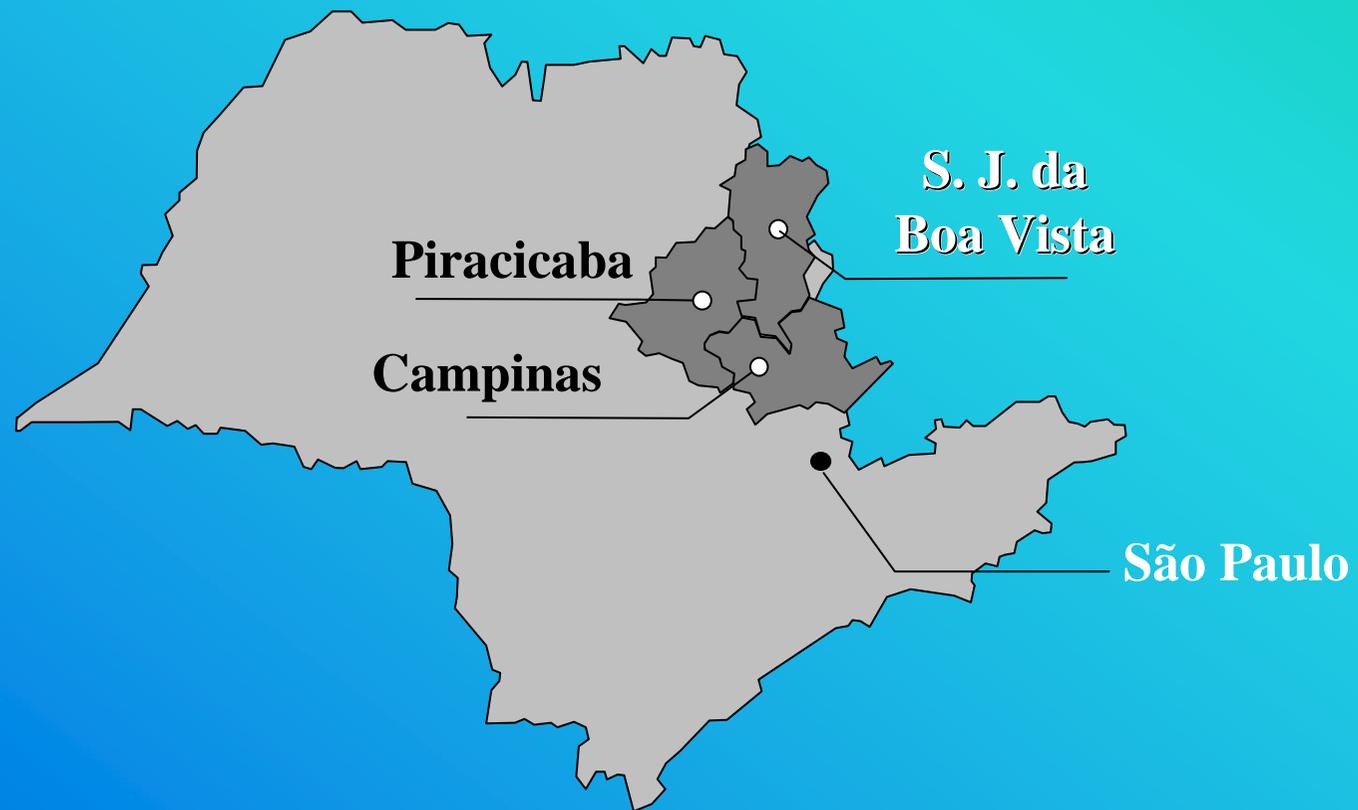


AVANÇOS E METAS

- Melhor satisfação do usuário e profissionais;
- Melhor controle de fluxo de clientes;
- Prioridade pela gravidade e não pela ordem de chegada;
- Redução do tempo de espera pelo atendimento;
- Implantação da política de acolhimento com classificação de risco é recente e há poucos estudos brasileiros sobre o tema.
- DESAFIO: integração do serviço de referência e contra-referência
- Estudos em andamento na UFMG: Dissertações de Mestrado dos Enfermeiros Alexandre Duarte e Cristiane Chaves.



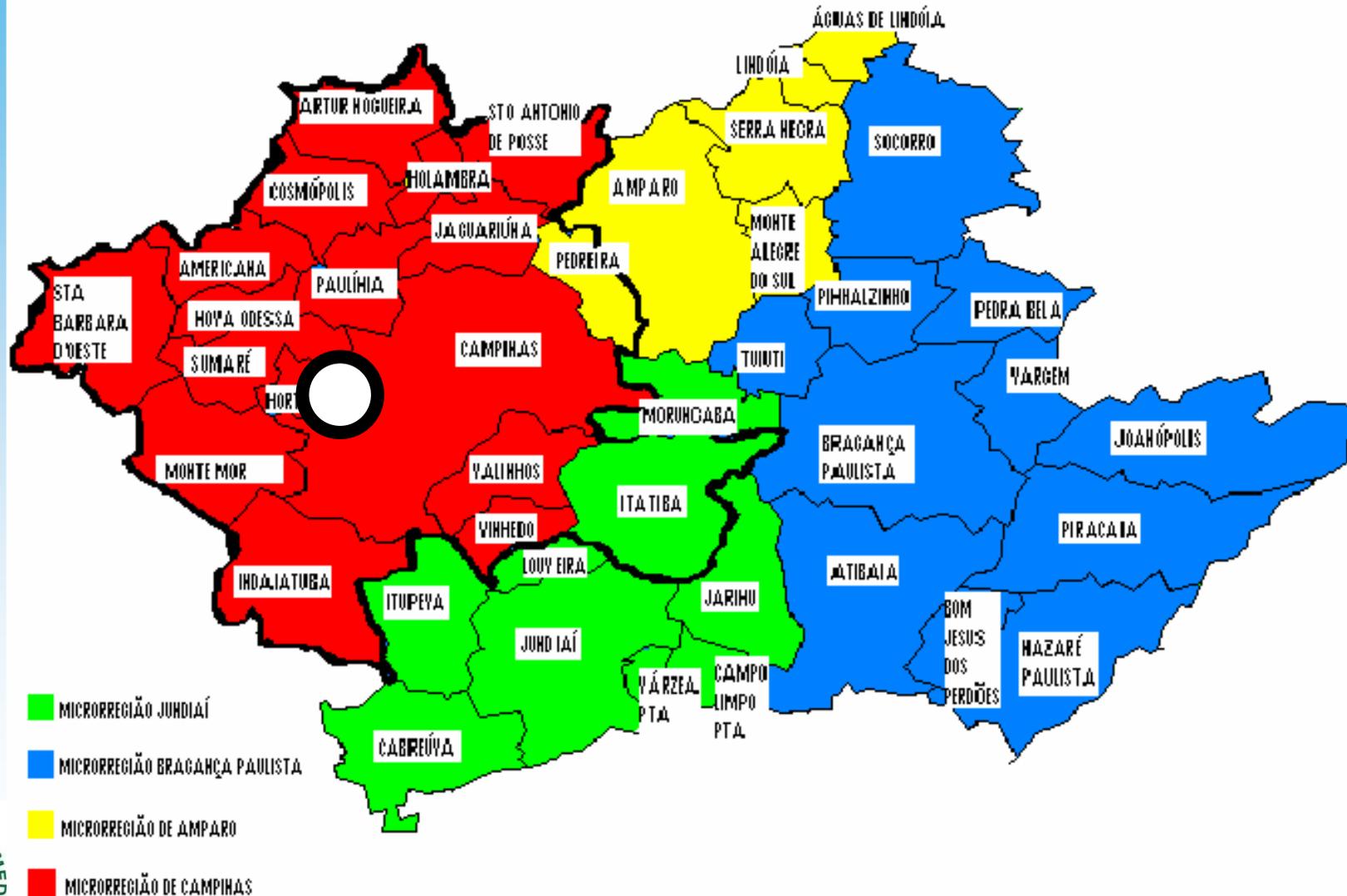
Macrorregião de Campinas: Regiões de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista



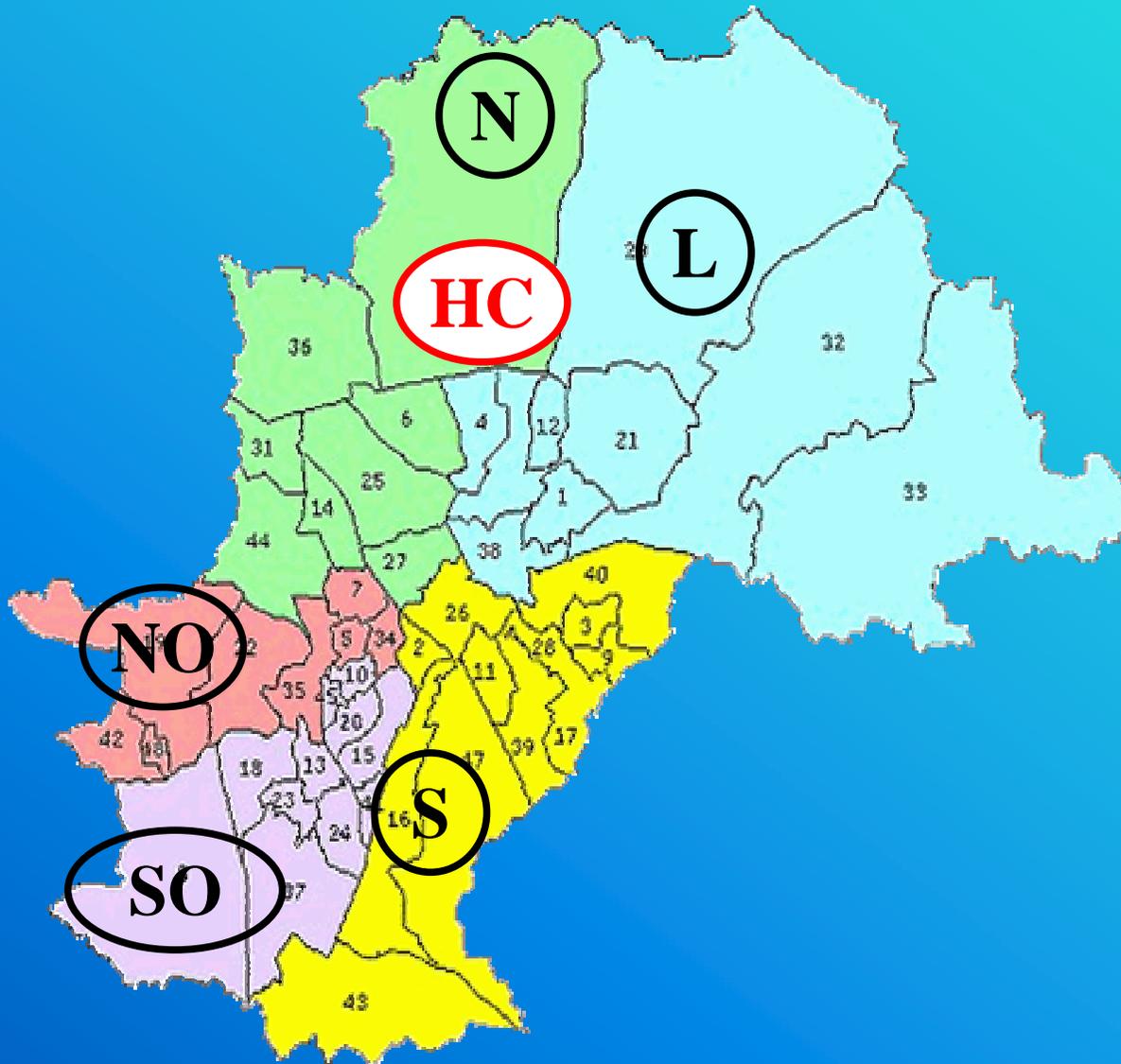
- As 3 regiões somam cerca de 6 milhões de habitantes
- A região de Campinas tem cerca de 3 milhões de habitantes
- Aproximadamente 40% desta população é usuária do SUS

DRS - Campinas

Microregiões



Cenário SUS Campinas



04 PAs

PA Campo Grande

PA São José

PA Centro

PA Anchieta

PA Anchieta

04 PSs

PS Ouro Verde

PS PUCC

PS Mario Gatti

PS Unicamp

2004

Reformulação no atendimento do Pronto Socorro



Origem à Unidade de Emergência Referenciada

Priorização no
atendimento de urgência e emergência
de alta complexidade.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA REFERENCIADA (UER)/ HC/ UNICAMP

- ✓ Realizada pelos enfermeiros 24 h desde abril de 2004;
- ✓ Baseada no Acolhimento e Classificação de Risco do MS;
- ✓ Pacientes classificados por cores **Vermelho**, **Amarelo**, **Verde** e **Azul**;
- ✓ SSVV, queixa principal, fatores de risco e breve exame físico direcionado

Atendimento UER - 2008

Atendimento	Total anual	99.004
	Média mensal	8.250
Internações de Urgência destino enfermaria	Total anual	5.909
	Média mensal	492
Internações na UER (> 24h)	Total anual	4.412
	Média mensal	368
Pacientes em Macas	Média Mensal	56
	Pico de Macas	94

Distribuição percentual dos atendimentos da UER de acordo com a origem e risco – julho-dezembro de 2006

Origem	Distribuição percentual por risco				Total de casos
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	
Procura espontânea	2,0	13,1	74,3	10,6	18696
SUS - região	57,1	12,2	26,6	4,2	312
SAMU e PA	88,9	5,3	5,3	0,4	243
SUS - Campinas	10,2	24,0	62,3	3,6	167
HC - transferência	7,5	41,5	49,1	1,9	159
Concessionárias	98,5	0,7	0,7	0,0	137
Outros encaminhamentos	13,9	27,0	51,6	7,4	122
Retorno a UER	3,4	6,7	88,8	1,1	89
Hospitais de Campinas	31,8	31,8	31,8	4,5	22
CECOM	0,0	16,7	83,3	0,0	12
Internação eletiva	50,0	33,3	16,7	0,0	6
Enfermaria	0,0	0,0	100,0	0,0	2
Total	4,8	13,3	71,8	10,1	19967

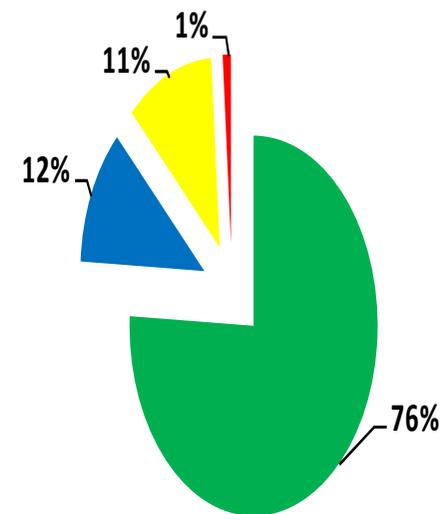
Distribuição dos atendimentos da UER de acordo com o Distrito de origem e risco Julho-dezembro de 2006

Distritos de Campinas e outras cidades	Avaliação de Risco				Total Avaliados n (%)
	Vermelho	Amarelo	Verde	Azul	
Leste	204	780	4868	529	6381 (32,4)
Norte	222	600	3857	494	5173 (26,3)
Sul	53	216	1020	125	1414 (7,2)
Sudoeste	23	102	502	91	718 (3,6)
Noroeste	31	84	495	74	684 (3,5)
Sem distrito e outras cidades	315	858	3477	683	5333 (27,1)
Total	848	2640	14219	1996	19703 (100)

PERFIL DO ATENDIMENTO UER/UNICAMP:

Avaliações de Riscos

<i>Tipo</i>	<i>Prioridades</i>	<i>Percentual</i>
Verde		76%
Azul		12%
Amarelo		11%
Vermelho		1%
Total		100%



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ✓ **Necessidade de estabelecer protocolos de atendimento;**
- ✓ **Protocolos específicos para a realidade do Brasil/SUS.**

Como Classificar - UNICAMP

Ficha Vermelha: atendimento imediato dos pacientes graves visando afastar o risco imediato de morte, ...Pacientes com quadro de enfarte, dores no peito, politraumatizados etc.

Ficha Amarela: atendimento semi-imediato ...no máximo em trinta minutos de espera ...paciente crítico que necessita de cuidados intensivos...

Ficha Verde: ... pacientes não críticos, para observação ou internação...

Ficha Azul: ...quadro simples ...com tempo de espera indefinido,



Como Classificar - Hospital M. Gatti (Campinas - SP)

- **Vermelho:** prioridade zero - emergência, necessitam de atendimento imediato. Nível I, atendimento médico imediato
- **Amarelo:** prioridade 1 - urgência , atendimento em no máximo 15 minutos. Nível 2, atendimento em 15 minutos
- **Verde:** prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos
- **Azul:** prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.



Como Classificar - InCor

- **VERDE** - Não é pertinente ao PS
- **AMARELO** - Urgência não prioritária
- **LARANJA** - Urgência prioritária
- **VERMELHO** - Emergência, alta prioridade



ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 - Bela Vista
01318-901 - São Paulo, SP
Tels.: (11) 3188 4200 - (11) 3188 4300
www.apm.org.br