

O papel dos protocolos na classificação de risco

Os Protocolos de Classificação de Risco são instrumentos que sistematizam a avaliação inicial do usuário – bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes, e adaptada para os serviços de urgência¹.

São instrumentos que avaliam gravidade, potencial de agravamento e sofrimento do usuário, permitindo o estabelecimento de uma prioridade clínica. Não ofertam diagnósticos, muito menos excluem pessoas (todos devem passar por avaliação clínica)^{1,2}, porém impactam na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas com brevidade, levam à morte, a uma crise anafilática, por exemplo³.

Mundialmente, os protocolos mais utilizados são:

- Australiano (Australian Triage Scale - ATS);
- Canadense (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale - CTAS);
- Norte-americano (Emergency Severity Index - ESI);
- Andorrano (Modelo de Andorrá del triatge - MAT);
- Britânico (Manchester Triage System - MTS).

Esses protocolos internacionais classificam o atendimento em: **emergente (vermelho)**, **muito urgente (laranja)**, **urgente (amarelo)**, **pouco urgente (verde)** e **não urgente (azul)**. Para cada categoria existe um tempo alvo de atendimento, respectivamente: 0, 10, 60, 120 e 240 minutos²

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde (SES – MG) optou por uniformizar, importar e implantar o Protocolo de Manchester nas portas de entrada dos seus serviços de saúde⁴, tendo os médicos e os enfermeiros passado por processo de certificação como classificadores, ofertado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco⁴.

Esses protocolos podem ser uma referência, mas precisam ser ressignificados e ajustados para a APS.

Algumas características da APS (vinculação, longitudinalidade, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado) pressupõem que estes protocolos combinem avaliação de riscos e vulnerabilidades, e oportunizem certa flexibilidade para intervenções³.

Na ESF, um único caso pode exigir mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia, ou mesmo a programação de intervenções subsequentes. Por exemplo, uma criança com febre, dispneia leve e dificuldade de acompanhar as aulas na escola: pode receber os primeiros cuidados pelo enfermeiro antes de ser avaliada pelo médico e ter a questão de aproveitamento escolar mais bem investigada em momento posterior³. Há, ainda, situações imprevistas. Em um dia de menor fluxo de usuários, por exemplo, os profissionais podem preferir já atender demandas que seriam agendadas para atendimento posterior. Assim, otimizam a agenda e respondem rapidamente às demandas do usuário³.

COMO CITAR ESTE MATERIAL

ROCHA, Suelen Alves. O papel dos protocolos na Classificação de Risco. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde. **Classificação de risco e vulnerabilidades na Atenção Primária à Saúde**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.



O papel dos protocolos na classificação de risco

Neste curso, utilizamos a classificação de risco e vulnerabilidades sugerida pelo Ministério da Saúde^{3, 5}. Este protocolo classifica as intervenções (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades) como: “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia).

Situação NÃO AGUDA – Condutas

- Orientação específica;
- Orientação sobre ofertas de cuidado disponíveis na ESF;
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez; testes rápidos; administração de antitérmico; entre outros);
- Resolução de demanda administrativa;
- Agendamento/programação de intervenções/consultas.

É importante destacar que cerca de 20% do total de consultas na APS brasileira são por demandas administrativas^{6, 7}, especialmente relacionadas à prescrição medicamentosa e à análise de exames clínicos.

Boa parte da demanda administrativa é resultado de trabalho inacabado (backlog negativo – trabalho que a equipe não conseguiu realizar no dia, em decorrência da baixa oferta de serviços ou da própria organização do processo de trabalho). Por exemplo: alguns profissionais de saúde se recusam a investigar melhor as queixas de usuários que acessam a ESF por meio da demanda espontânea, em uma tentativa incipiente de ‘tentar’ educar os usuários para o agendamento de consultas.

Por sua vez, o usuário, encontrando dificuldade para realizar o agendamento (áreas descobertas de médicos, modelo de agendamento tradicional, outras barreiras de acesso), procura soluções para seu problema: retorna à demanda espontânea da ESF; busca serviços de

urgência e emergência; paga consulta particular, mas não tendo como pagar os exames solicitados, retorna à demanda espontânea da ESF para troca de guias de exames.

Em outras palavras, o trabalho inacabado, além de gerar desconforto aos usuários e à equipe de acolhimento, na medida em que retroalimenta a demanda espontânea, contribui para o uso indevido de outros estabelecimentos de saúde na RAS; o que possibilita a ocorrência de iatrogenias, automedicação e hiperdiagnósticos.

Nesse sentido, uma melhor gestão da demanda administrativa possibilita a redução da pressão assistencial por consultas médicas, melhor satisfação dos usuários e menor sobrecarga da equipe de acolhimento.

Existem algumas maneiras de gerir a demanda administrativa:

1) Faça todo o trabalho no mesmo dia, sem deixar pendências;

2) Faça melhor uso da tecnologia da informação e comunicação (responder dúvidas e checar exames por e-mail ou Whatsapp institucional, por exemplo. Saiba mais assistindo a live ‘Teleassistência na APS’, em <https://www.youtube.com/watch?v=t3XuzdxYplc>);

3) Implemente processos de ampliação da capacidade clínica da equipe e fortaleça práticas de microrregulação (gestão de filas próprias da ESF; ampliação da clínica da enfermagem; melhorar a comunicação, com centrais de regulação e serviços especializados, por meio da pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e a distância, entre outros)⁸.

COMO CITAR ESTE MATERIAL

ROCHA, Suelen Alves. O papel dos protocolos na Classificação de Risco. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde. Classificação de risco e vulnerabilidades na Atenção Primária à Saúde. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.



O papel dos protocolos na classificação de risco

Situação AGUDA – Condutas possíveis:

Atendimento Imediato:

Usuário necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico.

- **Parada cardiorrespiratória;**
- **Tontura/vertigem com sinais vitais alterados;**
- **Dispneia** de início súbito e pós-trauma;
- **Cefaleia**, com alterações neurológicas;
- **Convulsão;**
- **Dor severa.**

Atendimento Prioritário:

Usuário necessita de intervenção breve da equipe. Pode ser ofertado como medida de conforto inicial pela equipe enfermagem, até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento.

- **Cefaleia**, sem alteração de sinais vitais ;
- **Diarreia**, com sinais de desidratação;
- **Vômitos;**
- **Sangramento genital anormal;**
- **Crise asmática** leve e moderada;
- **Febre sem complicação;**
- **Gestante com dor abdominal;**
- Usuários que necessitam de **isolamento;**
- Usuários com **ansiedade significativa.**

Atendimento no dia:

Usuário de risco baixo ou sem risco com vulnerabilidade importante: situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro, médico, odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais.

- **Disúria;**
- Tosse sem sinais de risco;
- **Rinossinusites/síndromes gripais;**
- Dor lombar leve;
- Renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou;
- Conflito familiar;
- **Doenças de pele;**
- **Usuários hiperutilizadores;**
- Usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

É oportuno lembrar que, em qualquer situação clínica, a vulnerabilidade deve ser considerada, tendo o cuidado de perceber se deve ser abordada imediatamente ou em momento posterior (se há alto risco clínico, a prioridade é a preservação da vida)⁵.

O quadro a seguir apresenta a **classificação de algumas condições/queixas comuns na demanda espontânea da ESF^{3, 5}**:

Referências:

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- [2] Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. **Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester:** avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. Rev Lat Am Enfermagem. 2012; 20(6) [8 telas].
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- [4] Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBACR). **Histórico da Classificação de Risco**. 2009. [Acesso em: 3 abr. 2020]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- [6] MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.
- [7] LANDSBERG, G. A. P.; SAVASSI, L. C. M.; SOUSA, A. B.; FREITAS, J. M. R.; NASCIMENTO, J. L. S.; AZAGRA, R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. **Cien Saude Colet**. 2012;17(11):3025-36.
- [8] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.