



# Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade

## SESAU/Recife

2ª Edição  
Julho/2014



Prefeitura da Cidade do Recife  
Secretaria de Saúde  
Secretaria Executiva de Regulação em Saúde

# Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação por Prioridade

© 2014 Prefeitura da Cidade do Recife – Secretaria de Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos desta obra é da área técnica da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde/ SESAU / Prefeitura da Cidade do Recife.

**Geraldo Julio de Mello Filho**  
Prefeito da Cidade do Recife

**Luciano Roberto Rosas de Siqueira**  
Vice-prefeito da Cidade do Recife

**Jailson de Barros Correia**  
Secretário de Saúde do Recife

**Fernanda Casado**  
Secretária Executiva de Regulação em Saúde

## Área técnica responsável pela construção:

### Coordenação:

**Ana Paula Braz de Almeida**  
Coordenadora Pedagógica de Inovação e Desenvolvimento

### Participantes:

**Romero Nogueira**  
Gerente de Monitoramento da Assistência à Saúde

**André Luiz Manoel Pessoa dos Santos e Silva**  
Gerente de Redes Assistenciais

**Tatieleme Natacha Lima**  
Gerente Geral de Regulação

**Antônio Rodrigues de Brito Neto**  
Coordenador de Sistemas

**Érika Conceição**  
Coordenadora de Fluxos Assistenciais

**Michelle Araújo**  
Consultora Técnica de Fluxos Assistenciais

**Eugênio Seve de Melo Barbosa**  
Médico Regulador

**Fábio Machado de Andrade**  
Médico Regulador

**Isis Campos**  
Médica Reguladora

**Ednaura Sobral**  
Médica Reguladora

**Colaboradores:**

**Izabel Correia**

Coordenadora da Telessaúde / SESAU / RECIFE

**Kleber Araújo**

Telerregulador da Telessaúde / SESAU / RECIFE

**Rodrigo Lima**

Presidente da Associação Pernambucana de Medicina de Família e Comunidade / SESAU / RECIFE

**Rodrigo Arruda Pinho**

Diretor da Associação Pernambucana de Medicina de Família e Comunidade / SESAU / RECIFE

**Gustavo Godoy**

Coordenador do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade / SESAU / RECIFE

**Índice**

<b>Prefácio</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1 – Introdução</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo 2– Panorama Atual</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 3– Objetivos</b>	<b>8</b>
Objetivo Geral.	8
Objetivos Operacionais.	8
<b>Capítulo 4– Instruções do Protocolo</b>	<b>9</b>
Quem solicita?	9
Quem analisa?	9
A quem se destina?	9
Como se aplica?	9
Conduta a ser tomada?	9
<b>Capítulo 5– Critérios de Classificação de Risco por Prioridade</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 6– Indicadores</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 7– Responsabilidades</b>	<b>12</b>
Responsabilidades gerais da equipe de operadores em saúde.	12
Responsabilidades específicas dos médicos, enfermeiros e odontólogos.	12
<b>Capítulo 8– Resultados esperados</b>	<b>13</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>14</b>
<b>Apêndice A – Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade.</b>	<b>19</b>
<b>Anotações</b>	<b>20</b>

## Prefácio

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF 88) estabelece no artigo 197 que cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde, funções estas ligadas ao ato de regular. A regulação em saúde, entretanto, aparece ainda com maior ênfase na publicação da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/1996) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002).

A NOAS 01/2002 define que regulação da assistência deve ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. A norma traz, ainda, elementos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) que funcionam como ferramentas de gestão na regulação do acesso, importantes para o planejamento e a programação em saúde do SUS.

A Política Nacional de Humanização (PHN) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2003 e reconhecida no Pacto pela Saúde, conforme Portaria Nº 399 de 22/02/2006. A portaria apresenta as diretrizes do Pacto pela Saúde e contempla o Pacto Tripartite com as dimensões Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto de Gestão estabelece o papel do estado e do município no processo regulatório da referência intermunicipal, na operação dos complexos reguladores e na regulação dos prestadores de serviços pautada na contratualização e trazendo conceitos que são reafirmados com a Política Nacional de Regulação (PNR).

A PNR, por meio da portaria ministerial número 1.559 de 01/08/2008, fomentou a formação de complexos reguladores da assistência em nível nacional e orientou sua implantação em todas as unidades federadas, respeitando as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como um instrumento viabilizador da plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

A Secretaria Municipal de Saúde do Recife vem buscando integrar gestores, trabalhadores e usuários na Humanização de atenção e gestão à Saúde, como política transversal às demais ações em saúde. Em parceria com o PNH/MS, intensificou a implantação de arranjos e dispositivos que favorecem o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde e a atuação em rede.

A Classificação de Risco é um dos dispositivos desta política, ou seja, um dos modos de fazer Humanização. Considerando a sua importância, lançamos a proposta de implantação desta ferramenta para qualificação da regulação dos serviços ambulatoriais do Município de Recife e, acima de tudo, qualificação do acesso dos usuários aos procedimentos especializados.

É importante salientar que esta classificação pretende ajudar na organização da relação da demanda de usuários e oferta da rede de serviços, a partir da análise da gravidade da queixa ou vulnerabilidade do caso, através da aplicação de um protocolo específico.

O Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade da Secretaria de Saúde (SESAU) do Recife (Apêndice A) objetiva ser um instrumento de orientação para que as equipes de saúde possam realizar os encaminhamentos dos pacientes centralizados no nível de complexidade do caso e não mais na simples ordem cronológica.

Esta publicação é mais que o resultado do trabalho de equipe multiprofissional, é acima de tudo um ganho para os usuários do SUS, tendo em vista os princípios da universalidade ao acesso, integralidade e igualdade da assistência além da equidade da atenção aos usuários.

**Dra. Fernanda Casado**  
**Gerente Geral de Regulação**

## Capítulo 1 – Introdução

Por questões históricas e também por encontrar dificuldades no acesso ao sistema público de saúde, a população brasileira procura a urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas.

Vários trabalhos confirmam este cenário caracterizado por um sistema com custeio elevado, grande demanda de casos, saturação de serviços, insatisfação dos usuários e violência contra os trabalhadores. A rede de saúde é frequentemente criticada pela população levando à desmotivação de seus trabalhadores diante da pressão por atendimento rápido e acessível.

Protocolos que regulamentam o acesso de pacientes para a rede de saúde vêm sendo utilizados, nos últimos anos, no Brasil e no mundo e se diferenciam quando o foco são as unidades de urgência e emergência ou o ambulatório.

Os protocolos relativos às unidades de urgência e emergência vêm sendo elaborados a partir de sinais e sintomas gerais e seguem a escala norte-americana – Emergency Severity Index (ESI), a escala australiana – Australasian Triage Scale (ATS), o protocolo canadense – Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) ou o protocolo inglês Manchester Triage System – protocolo de Manchester, que é utilizado em muitos países, inclusive no Brasil para classificar o risco de pacientes que procuram os serviços de saúde.

Diferentemente dos protocolos de urgência e emergência, os protocolos de acesso ambulatorial publicados nos últimos anos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde brasileiras vêm sendo produzidos de acordo com peculiaridades específicas de cada especialidade médica.

Na tentativa de facilitar e ordenar os encaminhamentos da atenção básica para a rede ambulatorial, a Central de Regulação de Recife, publicou, em 2007 a Primeira edição dos Protocolos de Acesso às Consultas Especializadas. Os protocolos contemplaram 14 especialidades, apresentando, de forma simplificada, orientações para o encaminhamento aos especialistas. Baseou-se em experiências de outras centrais pelo Brasil, sendo adaptados à realidade da nossa região, com a colaboração de profissionais médicos da rede especializada e do nível central da Secretaria de Saúde do Recife.

Em 2010, com a implantação do Sistema de Regulação Nacional do Ministério da Saúde (SISREG) na Secretaria Municipal de Saúde de Recife, as solicitações informatizadas, encaminhadas para a Central de Regulação local passaram a ser “online” e a ter um espaço específico para a classificação de risco.

Os encaminhamentos passaram a ser enviados diretamente pelas unidades de saúde, através do novo sistema, sem a necessidade da realização de encaminhamentos “via fax” pelos distritos de saúde, que atrasava o processo regulatório, propiciava perdas de solicitações e envolvia um grande número de recursos humanos, responsáveis por esse fluxo.

Em 2012, foi iniciada uma parceria com a Telessaúde / SESAU / Recife na tentativa de qualificar os encaminhamentos para os procedimentos que apresentavam as maiores demandas reprimidas. Elaborou-se um protocolo de acesso por especialidade que permitia que a regulação médica analisasse a adequação do encaminhamento e que estratificasse o risco baseando-se numa pontuação previamente estabelecida.

Para as solicitações estratificadas, então como vermelhas seria garantida a vaga ao atendimento especializado. Para as demais solicitações, seria oferecido um matriciamento, por telefone ou pela internet, realizado por um especialista de referência da rede, que tentaria orientar o profissional médico da atenção básica a realizar a assistência ao paciente, na unidade da porta de entrada do sistema de saúde, sem a necessidade do encaminhamento à rede especializada.

Em 2013, na tentativa de organização da fila de espera de algumas especialidades com demanda reprimida, foi iniciada a análise das justificativas provenientes das solicitações encaminhadas ao médico regulador pelo SISREG, independente da presença momentânea de vagas, objetivando a captação dos casos com maior gravidade ou vulnerabilidade.

## Capítulo 2 – Panorama Atual

Em Recife, desde o início do processo de regulação ambulatorial, as solicitações destinadas ao médico regulador vêm apresentando histórias clínicas incompletas, com encaminhamentos incorretos. Com a implantação do SISREG, as solicitações passaram a apresentar, ainda, erros no cadastro do paciente e classificações de risco aleatórias. Além disso, algumas especialidades vêm apresentando grandes listas de espera por marcações.

Algumas perguntas permanecem sem repostas, com relação ao encaminhamento dos pacientes que precisam de atenção especializada: Quando encaminhar? Quem encaminhar primeiro? Para onde encaminhar? Como encaminhar? Por que encaminhar?

Observa-se, então, a real necessidade de elaboração de uma ferramenta que ajude a responder essas perguntas e padronize os encaminhamentos da atenção básica para a rede de serviços ambulatoriais. Torna-se claro, ainda, diante das experiências anteriores, que o instrumento utilizado precisa ser prático e de simples manuseio para que tenha o apoio, colaboração e protagonismo dos profissionais de saúde, envolvidos no processo regulatório.

Estamos disponibilizando, portanto, o Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade da Secretaria de Saúde do Recife (Apêndice), que pretende inovar por ter um questionário único com sinais de alerta ambulatoriais gerais, que deverá ser usado para todas as especialidades, facilitando e desburocratizando o processo regulatório vigente.

A versão preliminar do protocolo de acesso foi apresentada e aprovada com algumas colaborações da equipe do Telessaúde / SESAU / Recife e de membros da Associação Pernambucana de Medicina de Família e Comunidade (APEMFC) / SESAU / Recife. Poderá ser aperfeiçoada com o tempo, já que se trata de um processo dinâmico.

A construção do protocolo é a primeira parte de uma série de ações que serão desenvolvidas nos próximos meses no sentido de qualificação do processo de regulação médica. Protocolos clínicos em conjunto com protocolos de acesso por especialidade também serão discutidos e elaborados em conjunto com a Gerência Geral de Atenção Integral à Saúde (GGAIS) da SESAU / Recife para facilitar e padronizar as atividades dos trabalhadores em saúde da atenção básica.

Realização de sensibilizações, capacitações, reciclagens, preceptorias, monitoramentos, propostas de educação permanente com a criação de rede de multiplicadores, bem como da elaboração de boletins informativos, folderes e cartazes educativos, além da divulgação da rede de atenção à saúde do Recife e da parceria com a mídia e os órgãos de controle do SUS fazem parte de um planejamento sustentável de qualificação da regulação ambulatorial que será realizado continuamente no futuro próximo.

A proposta deste protocolo é orientar e qualificar os encaminhamentos dos usuários da atenção básica para a rede de serviços ambulatoriais especializados no município do Recife colaborando para operacionalização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

## Capítulo 3 – Objetivos

### Objetivo Geral:

- Qualificar os encaminhamentos da atenção básica para a rede de serviços ambulatoriais, priorizando os pacientes mais graves e ou vulneráveis.

### Objetivos Operacionais:

- Colaborar com a capacidade de análise da adequação do encaminhamento do paciente, levando em conta a compatibilidade da hipótese diagnóstica, quadro clínico e exames realizados, com a especialidade desejada.
- Permitir a classificação de risco do perfil e das queixas dos usuários de saúde que precisam ser encaminhados para a rede de serviços ambulatoriais, de acordo com os sinais de alerta ambulatoriais gerais preestabelecidos.
- Hierarquizar, por grau de prioridade, os encaminhamentos à rede de serviços ambulatoriais, de acordo com a classificação de risco proposta.
- Ajudar a organização da demanda de usuários que precisam de acesso à rede de serviços ambulatoriais, com aplicação da classificação de risco proposta e de acordo com a oferta.



## Capítulo 4 – Instruções do Protocolo

### Quem solicita?

Equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro e odontólogo, de acordo com as atribuições estabelecidas em legislações específicas de cada categoria.

### Quem analisa?

Equipe de médicos reguladores da Gerência Geral de Regulação da Secretaria de Saúde de Recife.

### A quem destina?

Usuários que necessitam de acesso à rede de serviços ambulatoriais no município do Recife.

### Como se aplica?

É um processo dinâmico de organização da demanda dos usuários que necessitam de intervenção médica especializada ou exame, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de vulnerabilidade.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada na utilização do Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais (Apêndice A), aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do profissional solicitante.

O protocolo deve ser utilizado apenas para os casos julgados como ambulatoriais pelo profissional solicitante.

O profissional solicitante deverá marcar no “Quadro de Classificação de Risco por Prioridade” (presente no capítulo 5) os “Sinais de Alerta Positivos” dos casos ambulatoriais, de acordo com as prioridades: muito alta (vermelho), alta (amarelo), média (verde) e baixa (azul).

Depois deverá inserir no campo “Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento” (do SISREG) as seguintes informações: hipótese diagnóstica, o quadro clínico contendo todos “Sinais de Alerta Positivos” presentes no caso, o exame físico e os exames complementares realizados.

Deve escolher então a cor correspondente ao sinal de alerta com prioridade mais alta apresentada pelo paciente e marcar no campo “Classificação de Risco” (do SISREG).

### Conduta a ser tomada?

As solicitações que apresentarem prioridade muito alta (vermelho) devem ser encaminhadas para a regulação médica e as que apresentarem prioridade alta (amarelo), média (verde) ou baixa (azul) devem ser encaminhadas para a fila de espera.

Caso o profissional solicitante julgue necessário encaminhar para a regulação médica os casos com prioridade alta (amarelo), média (verde) ou baixa (azul), deverá justificar no campo “Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento”.

O profissional solicitante poderá entrar em contato com a regulação médica, das 07:00h às 17:00h, através do telefone (81) 3355-7427, do fax (81) 3355-7433 ou do e-mail “regulasus@recife.pe.gov.br”, nas situações em que julgar que o paciente precisa de atendimento ambulatorial com a maior brevidade possível ou quando tiver dúvidas na aplicação do protocolo.

## Capítulo 5 – Critérios de Classificação de Risco por Prioridade

Os critérios de classificação são os “Sinais de Alerta de Casos Ambulatoriais”, encontrados no “Quadro de Classificação de Risco por Prioridade” (Apêndice A), abaixo:

SINAIS DE ALERTA DE CASOS AMBULATORIAIS		SIM	PRIORIDADE
Grupo de paciente	Idoso com mais de 60 anos?		AMARELO
	Criança com menos de 1 ano?		AMARELO
	Especial (exemplos: deficiente físico ou mental, acamado, dificuldade de locomoção, morador de rua, usuário de droga)?		AMARELO
	Gestante?		AMARELO
Presença de comorbidade	3 ou +?		AMARELO
	1 ou 2?		VERDE
Descompensação de doença crônica?			VERMELHO
Dor	Com dificuldade para realização das tarefas básicas?		AMARELO
	Sem dificuldade para realização das tarefas básicas?		VERDE
Suspeita de neoplasia?			VERMELHO
Infecção?			AMARELO
Risco de perda funcional do órgão?	Exemplos: disfagia, suspeita de angina ou acidente isquêmico transitório; risco de insuficiência renal, respiratória, hepática, vascular, ou cardíaca; sinais de compressão medular, fratura ou desorientação.		VERMELHO
Risco de sangramento?	Exemplos: risco de enterorragia, melena, hematêmese, hematúria, hemoptise, epistaxe, otorragia e metrorragia.		VERMELHO
Presença de três ou mais sinais de alerta amarelos?			VERMELHO
Ausência de sinais de alerta?			AZUL

## Capítulo 6 – Indicadores

Com a implantação deste protocolo, propõe-se que sejam avaliados, sazonalmente, entre outros, os seguintes indicadores:

- Número de solicitações, segundo o procedimento, a classificação de risco, no geral, por distrito sanitário e por unidade de saúde;
- Tempo médio de espera do encaminhamento ao atendimento, de acordo com o procedimento, a classificação de risco, no geral, por distrito sanitário e por unidade de saúde;
- Número de absenteísmo, de acordo com o procedimento, a classificação de risco, no geral, por distrito sanitário e por unidade de saúde;
- Número de solicitações devolvidas, segundo o procedimento, no geral, por distrito sanitário e por unidade de saúde;
- Número de solicitações negadas, segundo o procedimento, no geral, por distrito sanitário e por unidade de saúde;
- Número de solicitações canceladas, segundo o procedimento, no geral, por distrito sanitário e por unidade de saúde;
- Proporção de solicitações pendentes, devolvidas, autorizadas e negadas, segundo o procedimento, a classificação de risco, no geral, por distrito sanitário e por unidade de saúde;

## Capítulo 7 – Responsabilidades

### Responsabilidades gerais da equipe de operadores em saúde.

- Receber paciente e família com cordialidade;
- Orientar sobre a importância da classificação de risco para o melhor agendamento das consultas e exames;
- Realizar o encaminhamento do usuário de forma ágil, adequada e responsável;
- Comunicar a expectativa de tempo para o atendimento especializado aos usuários.

### Responsabilidades específicas dos médicos, enfermeiros e odontólogos.

- Aplicar o Protocolo de Acesso à Rede de Serviços Ambulatoriais com Classificação de Risco por Prioridade, inserindo as informações necessárias ao encaminhamento dos pacientes da atenção básica, através do sistema informatizado SISREG.
- Encaminhar para a regulação médica os casos com prioridade muito alta (vermelho) e/ou os retornos e/ou as solicitações de especialidades exclusivas do médico regulador e/ou aquelas provenientes de unidades sem referência para determinado procedimento e/ou os casos que o profissional solicitante julgue necessário.
- Os demais casos que apresentarem prioridade alta (amarelo), média (verde) ou baixa (azul) deverão ser encaminhados para a fila de espera.
- Entrar em contato com a regulação médica nos casos de dúvida ou quando avaliar que o paciente precisa de atendimento com a maior brevidade possível.

## Capítulo 8 – Resultados Esperados

- Melhorar a adequação do encaminhamento do paciente, levando em conta a compatibilidade da hipótese diagnóstica, quadro clínico e exames realizados, com a especialidade desejada.
- Organizar o acesso universal e atendimento integral do usuário de saúde à rede de serviços ambulatoriais, por ordem hierárquica de prioridade, aplicando-se a classificação de risco proposta.
- Identificar a demanda de usuários que precisam de acesso à rede de serviços ambulatoriais, de acordo com o grau de prioridade da classificação de risco proposta e com a especialidade ou procedimento desejados.
- Diminuir o tempo de espera de atendimento na rede de serviços ambulatoriais dos pacientes considerados mais graves ou vulneráveis, garantindo o princípio da equidade.
- Padronizar o processo regulatório, garantindo o princípio da igualdade.
- Melhorar as relações interpessoais e aumentar o nível de satisfação dos usuários e profissionais de saúde.
- Servir como instrumento de estudo para melhor planejamento de ações e aprimoramento das políticas públicas em saúde.
- Ajudar os órgãos de controle (Auditoria, Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, Tribunal de Contas e Ministério Público) no entendimento da rede de serviços ambulatoriais do município de Recife.
- Ajudar as equipes de profissionais de saúde da atenção básica do Recife a assumir o protagonismo no processo regulatório em saúde.
- Servir de modelo para ser utilizado por outras centrais de regulação do Brasil.
- Ampliar a resolutividade da atenção primária à saúde;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Campinas: Hospital Municipal Mário Gatti, [2008?].
- ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. A. S. **Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves**. 2. ed. Brasília: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, Ministério da Saúde, 2000. 147 p.
- AMERICAN ACADEMY OF ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY. **Primary Care Summary**. Milwaukee, c2013. Disponível em: <<http://www.aaaai.org/practice-resources/consultation-and-referral-guidelines/primary-care-summary.aspx>>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. Melbourne: Australasian College Emergency Medicine, 2000. Disponível em: <<http://www.acem.org.au/open/documents/triageguide.htm>>.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. **Protocolos de Regulação**. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/protocolos\\_regulacao.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/protocolos_regulacao.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- BALES A. Hypertensive crisis: how to tell if it's an emergency or an urgency. **Postgraduate Medicine**, New York, v. 105, n. 5, p. 119-26, 1999.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo técnico para classificação de risco nas UPA's**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
- BENNER, M. et al. Reumatologia. In: STEFANI, S. D.; BARROS, E. **Clínica médica: consulta rápida**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 373.
- BEVERIDGE, R. The Canadian triage and acuity scale: a new and critical element in health care reform. **Journal of emergency medicine**, New York, v. 16, n. 3, p. 507-11, 1998.
- BEVERIDGE, R. et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 1, n. 3 suppl., p. S2-28, 1999.
- BEVERIDGE, R. et al. Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 34, n. 2, p. 155-9, 1999.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 5 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 589, 27 dez. 2001. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26586](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26586)>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.309, 19 de dezembro de 2001. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26586](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26586)>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 258, 13 mar 2001. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26586](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26586)>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 244 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571, 29 de junho de 2007. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26586](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26586)>. Acesso em: 3 mar. 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, 1 de agosto de 2008. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26586](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26586)>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos clínicos e de regulação**. Brasília, DF. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26598](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26598)>. Acesso em: 5 nov. 2013.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1-13, 1997.
- CLINICAL COLLABORATIVE GROUP OF THE SOUTH EAST WALES CARDIAC NETWORK. **Angina referral guidelines, v.2l.** [S.l.], July 2007. Disponível em: <<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/986/AnginaPrimaryCareReferralGuidelinesV2July20071.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- CHOBANIAN, A. V. et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 19, p. 2560-72, 2003.
- CONSIDINE, J.; UNG, L.; THOMAS, S. Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. **Accident and Emergency Nursing**, Oxford, v. 8, n. 4, p. 201-9, 2000.
- CONSIDINE, J.; LE VASSEUR, S. A.; CHARLES, A. Development of physiological discriminators for Australasian Triage Scale. **Accident and Emergency Nursing**, Oxford, v. 10, n. 4, p. 221-34, 2002.
- CONSIDINE, J.; LE VASSEUR, S. A.; VILLANUEVA, E. The Australasian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 44, n. 5, p. 516-23, 2004.
- COOKE, M. W.; JINKS, S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? **Journal of Accident and Emergency Medicine**, London, v. 16, n. 3, p. 179-81, 1999.
- CRONIN, J. G. The introduction of the Manchester triage scale to the emergency department in the Republic of Ireland. **Accident and Emergency Nursing**, Oxford, v. 11, n. 2, p. 121-5, 2003.
- ESUS: Sistema Integrado de Gestão da Saúde: protocolos. Disponível em: <<http://www.rgesus.com.br/index.php/protocolos.html?q=&filter%5B%5D=43&filter%5B%5D=42&f=1>>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- FATOVICH, D. M.; JACOBS, I. G. NTS versus waiting time: an indicator without definition. **Emergency Medicine**, Fremantle, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2001.
- GERDTZ, M. F.; BUCKNALL, T. K. Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 35, n. 4, p. 550-61, 2001.
- GILL, J. M.; RILEY A. W. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 42, n. 5, p.490-6, 1996.
- GRAFSTEIN, E. et al. Inter-rater reliability of a computerized presenting-complaint-linked triage system in an urban emergency department. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 5, n. 5, p. 323-9, 2003.
- GRAFSTEIN E, UNGER B, BULLARD M, INNES G. Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0). **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 5, n. 1, p. 27-34, 2003.
- FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Protocolo de Acesso ao Cuidado Ambulatorial**. Marília, SP, 2012. Disponível em: <[http://www.famema.br/institucional/documentos/ProtocoloAcessoAmbulatorialGeral2012\\_2013.pdf](http://www.famema.br/institucional/documentos/ProtocoloAcessoAmbulatorialGeral2012_2013.pdf)> . Acesso em: 5 nov. 2013.
- FAUCI, AS. et al. (Orgs.). **Harrison Medicina Interna**. 14.ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.

- GRUMBACH, K.; KEANE, D.; BINDMAN, A. Primary care and public emergency department overcrowding. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 83, n. 3, p. 372-8, 1993.
- HOUAISS A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Grande Queimado**. São Paulo, 2004. 5p. Disponível em: <[http://www.einstein.br/diretrizes/png/png\\_01.pdf](http://www.einstein.br/diretrizes/png/png_01.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- JACQUEMOT, A. C. **A percepção cultural da urgência e da emergência em saúde**. 2000. Tese (Pós-doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2000.
- JIMINEZ, J. G. et al. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale in the Principality of Andorra: can triage parameters serve as emergency department quality indicators? **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 5, n. 5, p. 315-22, 2003.
- LAW, C. K.; YIP, P. S. Acute care service utilization and the possible impacts of a user-fee policy in Hong Kong. **Hong Kong Medical Journal**, Hong Kong, v. 8, p. 348-53, 2002.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de atenção regulada da urgência e emergência. In: MELO, M. C. B.; VASCONCELLOS, M. C. (Orgs.) **Manual de atenção às urgências e emergências em pediatria**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005. Cap.30, p.375-85.
- MACHADO, H. **Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes**. 2008. Dissertação (Mestrado de Gestão em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2010.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, apr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- MANOS, D. et al. Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 4, n. 1, p. 16-22, 2002.
- MARTIN, J. F. V. et al. Hypertensive crisis profile: prevalence and clinical presentation. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 2, p. 131-6, 2004.
- McCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. (Orgs.). **Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004. 1089p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da unidade de urgência: uma experiência do Hospital São Rafael-Monte Tabor**. 10.ed. Brasília, 2002. 204p.
- MURRAY, M. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. **Emergency Medicine**, Fremantle, v. 15, n. 1, p. 6-10, 2003.
- MURRAY, M.; BULLARD, M.; GRAFSTEIN, E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 6, n. 6, p. 421-7, 2004.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (GREAT BRITAIN). **Referral guidelines for suspected cancer**. London, apr. 2011. Disponível em: <<http://publications.nice.org.uk/referral-guidelines-for-suspected-cancer-cg27/guidance>>. Acesso em: 9 jun. 2013.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. REFERRAL ADVICE (GREAT BRITAIN). **A guide to appropriate referral from general to specialist services**. London, dec. 2001. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/media/94d/be/referraladvice.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2013.



- NORONHA, R. M. **Projeto de sistematização**: atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste (Relatório). Belo Horizonte: Unidade de Pronto Atendimento Oeste, Prefeitura de Belo Horizonte, 2003. 107 p.
- NÚÑEZ-ROCHA, G. M. et al. Tiempos de espera? El triage. Una alternativa en el Departamento de Emergencias. **Revista de Investigación Clínica**, México, v. 56, n. 3, p. 314-20, 2004.
- OIGMAN, W. Crise hipertensiva: quando e como abordá-la. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 52-9, 2003.
- PROJECT ACCESS NOW. **Medical Sub-Specialty Referral Guidelines**. Disponível em: <<http://www.projectaccessnow.org/medical-referral-guidelines.html>>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- PIRES, O. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência**: "Canadian Triage and Acuity Scale" (CTAS). 2003. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ROBERTSON, M. A.; MOLYNEUX, E. M. Triage in the developing world: can it be done? **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 85, p. 208-13, 2001.
- RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolos de Acesso às Consultas Especializadas**: manual Recife, 2007. Vol. 1
- SANTELLLO, J. L.; PRAXEDES, J. N. Emergências hipertensivas. **Revista da SOCESP**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 176-88, 2003.
- SANTOS, J. S. et al. **Protocolos clínicos e de regulação**: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Disponível em: <http://blogelseviersaude.elsevier.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Santos-ESAMPLE.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acesso**. São Paulo. Disponível em: <<http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/informatica/manuais-de-sistemas/siga/grc-mananciais/PROCOLO-G31-RESSONANCIA.doc/view>>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- SILVA, L. C. M. **Implantação de complexos reguladores no estado de Pernambuco**: uma avaliação a partir dos gestores da saúde. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, 2010.
- SOUZA, C. C. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2013.
- THE ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE. **Primary Care Liaison**: pre-referral guidelines. Disponível em: [http://www.rch.org.au/kidsconnect/prereferral\\_guidelines/#tabs-E](http://www.rch.org.au/kidsconnect/prereferral_guidelines/#tabs-E)>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- THE ROYAL VICTORIAN EYE & EAR HOSPITAL. **Primary care management guidelines**. Disponível em: <[http://www.eyear.org.au/page/Health\\_Professionals/Referring\\_to\\_the\\_Eye\\_and\\_Ear/Pre-referral\\_guidelines/](http://www.eyear.org.au/page/Health_Professionals/Referring_to_the_Eye_and_Ear/Pre-referral_guidelines/)>. Acesso em: 15 ago. 2013.
- VALE, E. C. S. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 9-19, 2005.
- VAN GERVEN, R.; DELOOZ, H.; SERMEUS, W. Systematic triage in the emergency department using the Australian National Triage Scale: a pilot project. **European Journal of Emergency Medicine**, London, v. 8, n. 1, p. 3-7, 2001.
- WEST VIRGINIA. OFFICE OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES. **State Advanced Life Support (ALS) Protocols**. Virginia: West Virginia Department of Health and Human Resources, 2002. Version 1.a.

WORSTER, A. et al. Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 6, n. 4, p. 240-5, 2004.

ZAMPAGLIONE, B. et al. Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical presentation. **Hypertension**, Dallas, v. 27, p. 144-7, 1996.

## APÊNDICE A

### PROTOCOLO DE ACESSO À REDE DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO POR PRIORIDADE

1. Esse protocolo aplica-se apenas aos casos julgados como AMBULATORIAIS pelo profissional solicitante.
2. Marcar, no “Quadro de Classificação de Risco por Prioridade” abaixo, os sinais de alerta positivos dos casos ambulatoriais de acordo com as prioridades: muito alta (vermelho), alta (amarelo), média (verde) e baixa (azul).

SINAIS DE ALERTA DE CASOS AMBULATORIAIS		SIM	PRIORIDADE
Grupo de paciente	Idoso com mais de 60 anos?		AMARELO
	Criança com menos de 1 ano?		AMARELO
	Especial (exemplos: deficiente físico ou mental, acamado, dificuldade de locomoção, morador de rua, usuário de droga)?		AMARELO
	Gestante?		AMARELO
Presença de comorbidade	3 ou +?		AMARELO
	1 ou 2?		VERDE
Descompensação de doença crônica?			VERMELHO
Dor	Com dificuldade para realização das tarefas básicas?		AMARELO
	Sem dificuldade para realização das tarefas básicas?		VERDE
Suspeita de neoplasia?			VERMELHO
Infecção?			AMARELO
Risco de perda funcional do órgão?	Exemplos: disfagia, suspeita de angina ou acidente isquêmico transitório; risco de insuficiência renal, respiratória, hepática, vascular, ou cardíaca; sinais de compressão medular, fratura ou desorientação.		VERMELHO
Risco de sangramento?	Exemplos: risco de enterorragia, melena, hematêmese, hematúria, hemoptise, epistaxe, otorragia e metrorragia.		VERMELHO
Presença de três ou mais sinais de alerta amarelos?			VERMELHO
Ausência de sinais de alerta?			AZUL

3. Inserir no campo “Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento” (do SISREG) as seguintes informações: hipótese diagnóstica, quadro clínico contendo todos os “sinais de alerta positivos” presentes no caso, exame físico e exames complementares realizados.
4. Escolher a cor correspondente ao sinal de alerta com prioridade mais alta apresentada pelo paciente e marcar no campo “Classificação de Risco” (do SISREG).
5. Encaminhar para a regulação médica as solicitações que apresentarem prioridade muito alta (vermelho).
6. As solicitações para as especialidades exclusivas do médico regulador e/ou aquelas provenientes de unidades sem referência para determinado procedimento e/ou aquelas em que o profissional solicitante julgar necessário deverão ser encaminhadas para a regulação médica com justificativa inserida no campo “Laudo Técnico e Justificativa do Procedimento”, independente da classificação de risco apresentada.
7. As solicitações de retorno também deverão ser encaminhadas para a regulação médica com nome da unidade executante e médico desejado, independente da classificação de risco apresentada.
8. As demais solicitações com prioridade alta (amarelo), média (verde) ou baixa (azul) deverão ser encaminhadas para a fila de espera.
9. O profissional solicitante poderá entrar em contato com a regulação médica, das 07:00h às 17:00h, através do telefone (81) 3355-7427, do fax (81) 3355-7433 ou do e-mail “regulasus@recife.pe.gov.br”, nas situações em que julgar que o paciente precisa de atendimento ambulatorial com a maior brevidade possível ou quando tiver dúvidas na aplicação do protocolo.





Secretaria Executiva de Regulação em Saúde

[regulasus@recife.pe.gov.br](mailto:regulasus@recife.pe.gov.br)

Tel.: (81) 3355-7427  
Fax: (81) 3355-7433

Recife, 06 de Dezembro de 2013

---

**Prefeito do Recife**

---

**Secretário Municipal de Saúde**

---

**Secretária Executiva de Regulação em Saúde**