

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIANA CAVALCANTI SIMÕES

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: O PAPEL DO GESTOR NA EDUCAÇÃO  
CONTINUADA**

CURITIBA

2013

MARIANA CAVALCANTI SIMÕES

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO: O PAPEL DO GESTOR NA  
EDUCAÇÃO CONTINUADA**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientadora: Prof. Hellen Roehrs

CURITIBA

2013

## RESUMO

O aumento da violência urbana, a imprudência nas ruas e estradas, bem como o reflexo da má alimentação, de uma baixa qualidade de vida com diversos fatores estressores vêm aumentando a demanda de atendimento em todas as unidades de urgência e emergência do País. Em contrapartida, não houve, até o presente momento, um aumento proporcional das estruturas físicas, dos recursos humanos, nem dos materiais e equipamentos necessários para o atendimento correto de uma situação de urgência ou emergência. A proposta deste projeto técnico é auxiliar no processo de educação continuada dos envolvidos na estratificação de risco (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, entre outros), melhorando e aprimorando a triagem dos pacientes que procuram um serviço de atendimento de urgência e emergência, baseado no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Sistema Único de Saúde – SUS, minimizando, desta forma os atendimentos não-emergenciais, bem como a superlotação das instituições de nível terciário. Os objetivos são: capacitar os envolvidos na estratificação de risco de um hospital terciário da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) de acordo com o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Sistema Único de Saúde – SUS; e ministrar treinamentos, aos envolvidos na estratificação de risco, de acordo com protocolos; Os passos a serem seguidos serão: transcrição dos protocolos do Ministério da Saúde para a realizada verificada no município; Elaboração de um projeto técnico (em fase de análise); Aprovação do projeto técnico pela direção geral do hospital; Levantamento dos servidores envolvidos na estratificação de risco (equipe de enfermagem, médica, recepção, etc); Treinamento de forma multiprofissional de todos os envolvidos no acolhimento do paciente – Aplicação pré- e pós-teste; O gestor tem um importante papel quando o assunto é educação continuada, visto que, uma equipe bem treinada e conhecedora de protocolos, fortifica o elo saúde-usuário do sistema público, bem como, ajuda a melhorar o prognóstico do doente, antecipando-se aos acontecimentos e possíveis agravos à saúde.

**PALAVRAS-CHAVES:** Estratificação de Risco; Educação Continuada; Enfermagem;

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
1.1 Apresentação/Problemática .....	5
1.2 Objetivo Geral do trabalho .....	6
1.3 Justificativas do objetivo .....	6
<b>2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Protocolo e a Classificação de Risco.....	9
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>4. A ORGANIZAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
4.1 Descrição Geral .....	13
<b>5. PROPOSTA.....</b>	<b>16</b>
5.1 Desenvolvimento da proposta .....	16
5.2 Plano de Implantação .....	16
5.3 Recursos.....	17
5.4 Resultados esperados .....	18
5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas .....	19
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>24</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Apresentação/Problemática**

O aumento da violência urbana, a imprudência nas ruas e estradas, bem como o reflexo da má alimentação, de uma baixa qualidade de vida com diversos fatores estressores vêm aumentando a demanda de atendimento em todas as unidades de urgência e emergência do País. Em contrapartida, não houve, até o presente momento, um aumento proporcional das estruturas físicas, dos recursos humanos, nem dos materiais e equipamentos necessários para o atendimento correto de uma situação de urgência ou emergência. Muitos agravos de saúde não são emergenciais, como lombalgias, traumas sem fraturas associadas, dores crônicas, entre outras, porém o que se observa nos serviços destinados ao atendimento de urgências e emergências, é que além da demanda de alta gravidade, as portas de entrada desses serviços precisam lidar também com esta demanda de baixa complexidade, fato este que gera a superlotação das instituições terciárias, diminuindo desta forma a presteza e agilidade em atender demanda de alta complexidade.

Diante deste cenário, e das expectativas negativas de melhora (falta de investimento na área da saúde, falta de treinamento e incentivo a qualificação dos profissionais atuantes nestes serviços, e etc), a proposta deste projeto técnico é auxiliar no processo de educação continuada dos envolvidos na estratificação de risco (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, entre outros), melhorando e aprimorando a triagem dos pacientes que procuram um serviço de atendimento de urgência e emergência, baseado no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Sistema Único de Saúde – SUS, minimizando desta forma os atendimentos não-emergenciais, bem como a superlotação das instituições de nível terciário. Baseado no Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Sistema Único de Saúde – SUS. O gestor deve estar envolvido em todos os processos da educação continuada, bem como, conhecer a realidade para saber onde deve atuar.

A população pode ser visualizada de duas formas diferentes, temos aquelas pessoas que procuram diretamente o serviço terciário por desconhecerem os serviços de atenção básica a saúde – prevenção dos

agravos á saúde, e aquelas que sabem deste fato, porém ignoram o serviço de atenção básica, por julgarem que os mesmos não são ágeis e pouco eficientes. Ao pensar nessa problemática, os envolvidos na estratificação de risco, precisam conhecer essas demandas, bem como manter um contato constante com as unidades básicas de saúde para solidificação da relação usuário-SUS.

### **1.2 Objetivo Geral do trabalho**

- Capacitar os envolvidos na estratificação de risco de um hospital terciário da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) de acordo com o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Ministrar treinamentos, aos envolvidos na estratificação de risco, de acordo com protocolos;

### **1.3 Justificativas do objetivo**

Diante de um cenário em que se precisa cada vez mais de uma saúde pública organizada e sistematizada, cabem as instituições de atendimento a população se embasar em protocolos de atendimento para suprir a grande demanda apresentada, seja ela de baixa ou alta complexidade. A população deve ser atendida de forma padronizada, ágil e ética, baseada em suas queixas, sinais e sintomas, e estado físico de uma forma geral. “O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização” (BRASIL, 2002).

É de extrema importância, que o paciente ao adentrar uma instituição de saúde para atendimento, tenha ciência de quanto tempo ele esperará para ser atendido, baseado em protocolos, queixas, evidências físicas e psicológicas.

A adoção de protocolos embasará o enfermeiro responsável pela estratificação de risco nos encaminhamentos de pacientes, nos atendimentos dos pacientes de alta complexidade, e organizará o pronto-socorro com demandas de específicas para o setor de urgência e emergência, não causando ou evitando a superlotação dos serviços de emergência. “A

Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado” (BRASIL, 2002).

A melhor forma de atualizar, bem como capacitar as pessoas envolvidas em um processo de trabalho (educação de jovens e adultos) é utilizar da educação continuada. Os gestores envolvidos neste processo devem saber lidar com as dificuldades expostas bem como respeitar o limite de cada colaborador. Por ser tratar de educação continuada para jovens e adultos utilizar-se da arte da andragogia auxiliará o processo.

## 2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Os termos urgência e emergência causam grande confusão em suas definições devido a semelhanças nos seus conceitos, a saber: “Urgência é quando há uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco até mesmo de morte, e emergência é quando há uma situação crítica, com ocorrência de perigo” (BRASIL, 2002). Segundo Kuschnir (2010), “tanto as urgências como as emergências podem ser oriundas de trauma ou de situações clínicas, o que nos permite afirmar que mesmo com a imprecisão das definições a maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não são emergências ou urgências”.

Os pronto-atendimentos e os pronto-socorros devem estar aptos para lidarem com esses tipos de situações, pacientes de alta complexidade que exigem cuidados imediatos por estarem em risco de morte.

Devido a grande demanda apresentada em centros urbanos, há algum tempo tenta-se direcionar os pacientes de baixa complexidade para unidades de atenção básica, assim como os de alta complexidade para o nível de atenção terciária. “A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devida ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde”. (BRASIL, 2002).

“A atenção à saúde de nível terciário é integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados. Ela é constituída por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e devem oferecer à população atendimento de excelência, servindo de referência para outros serviços, sistemas e programas em saúde” (BRASIL, 2002), ou seja, hospitais de grande porte com serviços de imagens, análises clínicas, equipe multiprofissional, diversas especialidades médicas,

são considerados terciários, e devem atender a demanda de pacientes que não tiveram seus problemas e agravos de saúde resolvidos na atenção básica.

A “Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar”, foi lançada em 2003. Não é uma particularidade do setor terciário, e sim de todos os serviços ligados ao Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Motta et al. (2006), “a proposta de humanização da assistência à saúde visa à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais”.

O Processo de Classificação, segundo Brasil (2004), é a “identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento”, ou seja uma equipe bem treinada, orientada e conhecedora dos protocolos utilizados, aumenta o prognóstico do paciente em questão, ainda segundo Brasil (2004), “usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro”.

## **2.1 Protocolo e a Classificação de Risco**

Segundo o Ministério da Saúde (2004), bem como, o protocolo de estratificação de risco, os objetivos da classificação de risco são:

- 1- “Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento;
- 2- Descongestionar o Pronto-Socorro e o Pronto Atendimento Infantil;
- 3- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- 4- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- 5- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde;
- 6- Informar os tempos de espera (estimação);

- 7- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários;
- 8- Retornar informações a familiares;"

A principal intenção do protocolo sugerido é diminuir o tempo de espera dos pacientes que tem maior gravidade, porém não deixar de atender aqueles de menor gravidade. Acolher de forma humanizada, este é o princípio. O protocolo atinge todos os usuários do SUS que procuram o Pronto-Atendimento adulto do Hospital em questão.

O protocolo utiliza-se de cores para diferenciação da gravidade dos usuários a serem classificados, são elas, de acordo com Brasil (2004):

- VERMELHO, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- AMARELO, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO);
- AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

Lembrando que as áreas envolvidas neste processo de atendimento são também diferenciadas pelas suas cores (portas, corrimãos, faixas indicativas, ect).

O funcionamento da classificação de risco segundo Brasil (2004), acontece da seguinte forma: os pacientes classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes classificados como VERMELHO considerados PRIORIDADE I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência. Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da

Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico. Os pacientes classificados como VERDE também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os pacientes classificados como VERMELHO ou AMARELO. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico. Pacientes classificados como VERDE podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social, via contato telefônico, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente. Pacientes classificados como AZUL poderão ser encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde. Lembrando que todos os pacientes classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Saúde.

### **3. METODOLOGIA**

Será realizada uma pesquisa bibliográfica, esta segundo Zanella (2009), “se fundamenta a partir do conhecimento disponível em fontes bibliográficas, principalmente livros e artigos científicos”. A pesquisa servirá para embasamento dos protocolos a serem sugeridos a instituição, após esta pesquisa, bem como a aprovação dos protocolos pela direção geral, a intenção é treinar todos os colaboradores envolvidos na estratificação de risco dos pacientes para que se tenha um atendimento padronizado e protocolado em embasamentos científicos.

Para uma melhor capacitação, serão utilizados conhecimentos relacionados a Andragogia é uma ciência que busca compreender o adulto, para depois “ensina-lo”. Temos que pensar nesta arte como uma troca de experiências entre o facilitador e os demais envolvidos, que nesta situação são pessoas já envolvidas com suas atividades laborais, e com experiência nestas situações.

O treinamento será realizado em dias e horários pré-estipulados para que todos possam participar. Será aplicado um pré-teste, com situações clínicas e cirúrgicas empíricas e após o treinamento será aplicado um pós-teste para verificar o nível de aprendizado dos colaboradores. Segundo Motta et al. (2006) “o movimento de humanização nos hospitais é voltado para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, mas também para intervenções estruturais que façam a experiência da hospitalização ser mais confortável para o paciente”.

Os colaboradores serão divididos por grupo/categoria de trabalho, ou seja, haverá um treinamento para os técnicos administrativos (responsáveis pela recepção), seguranças, posteriormente para auxiliares, técnicos e enfermeiros, bem como equipe médica. Todos os envolvidos devem saber lidar com todas as situações a serem enfrentadas, de preferência utilizando-se da mesma linguagem.

## **4. A ORGANIZAÇÃO**

### **4.1 Descrição Geral**

São José dos Pinhais está situada ao Leste do Estado do Paraná, é a 5ª maior e uma das mais antigas cidades da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), tem como limites os municípios de: Pinhais e Piraquara ao Norte; Tijucas do Sul ao Sul; Morretes e Guaratuba a Leste; Curitiba, Fazenda Rio Grande e Mandirituba a Oeste. É um município com grande extensão territorial, com 80% aproximadamente de sua área rural, e somente 20% de área urbana, fato este que dificulta a divisão da população em suas unidades básicas de saúde. Em 2010, segundo informações da prefeitura do Município, haviam aproximadamente 265 mil habitantes.

A instituição a ser abordada é o Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais, este é referência para o atendimento de urgência e emergência de todo o município. É o único serviço de atenção terciária hoje no município, sendo referência inclusive para atendimentos de situações de urgência e emergência no aeroporto internacional de São José dos Pinhais, e para algumas rodovias situadas em sua proximidade. Atende também ambulâncias do SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências) e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel à Urgências).

O hospital conta com aproximadamente 600 funcionários de todas as áreas, médica e de enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, laboratório, fisioterapia, recepção e segurança, entre outros. Funciona 24 horas por dia, tem raio-x, tomografia, ecografia, análises laboratoriais. As instalações físicas são antigas, e apresentam diariamente problemas estruturas como vazamentos, falta de manutenção/pintura, equipamentos antigos e mal conservados. São aproximadamente 40-50 leitos destinados aos internamentos de pacientes cirúrgicos, ortopedia e clínicos, 10 vagas de unidades de terapia intensiva adulto, e leitos destinados a maternidade e unidade de terapia intensiva – neonatal. Na planta física do pronto-socorro conta-se com 19 leitos, porém este número é empírico, visto que enquanto tiver macas são aceitos os pacientes.

Hoje, o serviço de acolhimento/estratificação de risco funciona de uma maneira parcialmente aleatória, ou seja, não há um protocolo descrito aprovado

pela direção geral atual do hospital, fato este que dificulta a padronização do atendimento. O enfermeiro responsável pela Estratificação de Risco fica responsável em acolher o paciente, ouvir suas queixas, mensurar os sinais vitais, associar os achados com sua percepção e sensibilidade, e dentro do que foi visualizado, o enfermeiro, encaminha o paciente para o pronto-socorro, ou para os 24 horas, ou ainda para o serviço de atenção básica. De acordo com a portaria 2048, do Ministério da Saúde: “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). Como já foi dito, não há um protocolo descrito aprovado pela direção atual, ou seja, não há embasamento formal dos encaminhamentos a serem feitos, o que expõe diariamente o enfermeiro responsável por este serviço. Segundo Brasil (2004), “um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe.”

A educação continuada visualiza o aprimoramento de todos os profissionais envolvidos neste processo, desde profissionais administrativos, responsáveis pela recepção do paciente, até enfermeiros e médicos que estão diretamente envolvidos nesta assistência. Muitos envolvidos na estratificação de risco possuem o conhecimento empírico, aquele em que “o conhecimento obtido pelo acaso, de experiências causais, pelas diversas tentativas de acertos e erros, independentemente de estudos, de pesquisas ou de aplicações de métodos”, não deve ser desprezado, o gestor deve ter sensibilidade e atualizar-se deste “conhecimento popular” para enriquecer sua explanação. O gestor deve interligar o conhecimento empírico, com o conhecimento científico.

#### **a. Diagnóstico da situação-problema**

Com a falta de padronização nos atendimentos, bem como a falta de embasamento em protocolos aprovados pela direção geral atual, muitos transtornos acontecem no dia-a-dia do enfermeiro responsável pela estratificação/acolhimento do paciente, visto que diariamente o mesmo se

expõe ao risco de uma avaliação errônea, por exemplo, encaminhar uma paciente de alta complexidade para unidade básica. Outra situação gerada relacionada a falta de padronização, é a exposição diária com a equipe médica, pois muitos questionam a conduta da enfermagem, principalmente quando os mesmos são encaminhados para o interior do pronto-socorro, fato este que pode gerar uma superlotação do estabelecimento em questão.

Caso todos os pacientes sejam atendidos no pronto-socorro em questão, conduta está indicada pelos protocolos pesquisados, depara-se com um problema de estrutura física e falta de materiais e equipamentos, diante dos 19 leitos que temos a disposição atualmente no pronto-socorro, bem como da baixa rotatividade nos leitos de internamentos (postos de internação). A população do município cresce de forma inversamente proporcional aos investimentos na área da saúde.

Cabe a gestão, em conjunto com a Prefeitura do Município e Secretaria Municipal de Saúde prever de que forma se lidará com esse aumento do número de pacientes, sejam eles de baixa ou de alta complexidade, visto que todos os pacientes que passarem pela estratificação de risco serão acolhidos no pronto-socorro, cada qual dentro do período de atendimento pré-estipulado pelo protocolo. A gestão hospitalar deve agir em conjunto com os gestores da atenção primária, pois dessa forma os indivíduos só irão procurar o sistema terciário em caso de emergência. Quanto mais fortalecido for o laço usuário-UBS (Unidade Básica de Saúde), menor será o número de pessoas que procuram os pronto-socorros e pronto-atendimentos.

## **5. PROPOSTA**

### **5.1 Desenvolvimento da proposta**

A proposta a ser desenvolvida baseia-se no conhecimento, pelos colaboradores envolvidos, dos protocolos a serem implementados, bem como no treinamento dos colaboradores de como o mesmo deve ser aplicado junto a população.

Inicialmente precisa-se da aprovação, por parte da direção geral atual, dos protocolos de atendimentos fornecidos pelo Ministério da Saúde. Havendo esta aprovação, os gestores do município deverão reunir-se e realizar um levantamento das demandas que poderão ser atendidas em cada esfera (atenção básica de saúde, unidades 24 horas e hospital terciário). Após esse levantamento, a população deverá ser informada por meio de material de apoio, que serviços devem ser procurados de acordo com seu agravo de saúde. Este material educativo, juntamente com orientações verbais, deverá ser entregue em suas residências pelos responsáveis pela atenção básica de saúde. Neste interim, dentro do hospital, deve ser feito um levantamento preciso de todos os envolvidos na recepção do paciente, desde agentes administrativos, até equipe médica e de enfermagem.

Após esse levantamento, deve-se agir na educação continuada, quantos profissionais necessitam de treinamentos de acordo com o protocolo instituído, bem como sua categoria de trabalho, para escolha da linguagem a ser utilizada pelo gestor que ministrará o aperfeiçoamento.

O protocolo deve ser exposto e transmitido nos mínimos detalhes, para que não gere dúvidas, bem como, para que todos os profissionais envolvidos falem a mesma linguagem diante do usuário do Sistema Único de Saúde.

### **5.2 Plano de Implantação**

As estratégias a serem desenvolvidas terão como foco principal o treinamento de como aplicar os protocolos de atendimento, visando desta forma a agilidade no atendimento do paciente de alta complexidade, bem como no acolhimento e humanização dos pacientes de baixa complexidade.

Seguem os passos a serem seguidos:

- Transcrição dos protocolos do Ministério da Saúde para a realizada verificada no município;
- Elaboração de um projeto técnico (em fase de análise);
- Aprovação do projeto técnico pela direção geral do hospital;
- Levantamento dos servidores envolvidos na estratificação de risco (equipe de enfermagem, médica, recepção, etc);
- Treinamento de forma multiprofissional de todos os envolvidos no acolhimento do paciente – Aplicação pré- e pós-teste;

Para atingir todos os colaboradores envolvidos na classificação de risco, será elaborado um planejamento, com horários, carga horaria total, número de funcionários envolvidos. Será realizado a divisão dos mesmos, de acordo com sua função e horário de trabalho. O treinamento será padronizado e ministrado pela mesmo gestor, para que não haja discrepância entre as informações.

Segundo Brasil (2004), para uma efetiva implantação dos protocolos de classificação de risco, bem como para o correto funcionamento do mesmo são necessários os seguintes itens: “estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco; qualificação das equipes de acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança); sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; quantificação dos atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico; adequação da estrutura física e logística do Pronto Atendimento Infantil e do Pronto Socorro; área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade; consultório de Enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com materiais específicos para o atendimento às eventuais urgências”.

### **5.3 Recursos**

O essencial é o treinamento adequado dos colaboradores para que todos utilizem-se da mesma linguagem quando nos referimos ao atendimento do paciente, desde a recepção até a alta hospitalar.

Os recursos que ajudariam neste processo são: um sistema que tenhamos o controle de horários (horários em que é feita a ficha de entrada, horário de atendimento na estratificação de risco/acolhimento, horário de

atendimento médico e horário de saída ou internamento hospitalar). Hoje, nosso sistema ainda é arcaico e não nos possibilita realizar este controle. Com esse controle conseguiríamos saber se o tempo pré-estipulado pelo protocolo está sendo atingido.

Pensando em estrutura física, deveríamos contar com mais salas de observação, bem como com leitos de internamento, desta forma conseguiríamos atender com qualidade e eficiência todos os pacientes que nos procuram. Se houver um maior espaço físico, devemos contar também com mais profissionais de todas as áreas, bem como materiais e equipamentos para atender esta nova demanda.

Outro recurso essencial para a implementação deste projeto são materiais de apoio, como informativos relacionados ao processo de classificação de risco, material educativo destinado aos profissionais envolvidos no processo de estratificação, bem como, para os usuários do Sistema Único de Saúde, informando-os sobre os critérios utilizados na classificação de risco, e principalmente o tempo estimado de demora diante deste agravo de saúde. Deverá ocorrer uma orientação de forma maciça nas unidades de saúde, bem como unidades de atendimento 24 horas, para que todos os serviços se utilizem da mesma linguagem, não deixando o usuário do sistema público sem atendimento.

#### **5.4 Resultados esperados**

Atendimento de todos os pacientes que procuram o serviço no pronto-socorro. Acolher de forma humanizada os necessitados e oferecer atenção a saúde com qualidade e eficiência.

Com a implementação do protocolo, bem como, com a capacitação de todos os envolvidos no processo de estratificação de risco, pode-se contar com uma equipe preparada e treinada para lidar com qualquer agravo de saúde. Os profissionais envolvidos no processo de classificação de risco estão nas portas de entrada dos serviços de emergência, e a decisão desses profissionais pode direcionar positivamente ou negativamente o prognóstico do usuário do Sistema.

### **5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas**

Hoje, diante da estrutura física, o problema previsto está relacionado à superlotação do pronto-socorro, visto que não temos um espaço adequado para lidar com este aumento dos agravos a saúde. Mensalmente deverá ser realizado um estudo quantitativo dos pacientes que adentram o pronto-socorro, principalmente relacionado a sua gravidade (cor em que foi classificado). Diante de muitos pacientes de baixa complexidade, deverá ser reforçada as orientações na unidade básica. Diante de pacientes de alta complexidade, a gestão (nível superior – prefeitura e secretaria municipal) deverão viabilizar outro espaço físico, para acolhimento dos pacientes que necessitam de internação/observação, ou ainda criar convênios com outros hospitais de rede pública de municípios vizinhos para encaminhamento dos casos de alta complexidade.

## 6. CONCLUSÃO

A demanda de baixa complexidade causa um grande transtorno no serviço terciário de atenção a saúde, visto que são pacientes que poderiam ter seus agravos de saúde melhorados na atenção primária, ou ainda poderiam tê-los evitados se houvesse uma orientação e conscientização fortificada.

Quando pensamos em superlotação das emergências assim como estratificação de risco/acolhimento, não se pode esquecer que muitos problemas podem ser resolvidos com a conscientização e orientação de cada indivíduo. Se o paciente é orientado pela atenção básica a tomar seus medicamentos, a evitar fatores de risco, como má alimentação, tabagismo, incentivo a prática de exercícios físicos, com certeza, teremos menos pacientes que procuram as unidades de emergência. Deve-se pensar em prevenção e não promoção e recuperação da saúde. As ações de prevenção devem ser fortalecidas no município.

Deixamos desta forma, as macas e camas dos pronto-atendimentos/socorros para quem realmente não teve escolha e tempo de fazer diferente, evitando a superlotação e viabilizando um atendimento de qualidade e eficiência ao cidadão necessitado.

A utilização da educação continuada com os profissionais atuantes nas portas de entradas dos hospitais será de grande valia, visto que com a padronização dos protocolos, bem como conhecimento dos processos envolvidos nesta classificação de risco, por todos os profissionais envolvidos, beneficiará, de forma visível e viável, os usuários do Sistema Único de Saúde. Agilizando o atendimento do doente grave, com risco de morte, e também acolhendo aquele moribundo que não é um paciente grave, porém necessita de cuidados da equipe de enfermagem e médica.

O gestor deve ser capacitado e dinâmico para saber transmitir os protocolos com sabedoria e salientar a importância de seu cumprimento, lembrando que quando se lida com indivíduos bem como com a sua saúde (bem insubstituível), os protocolos servem como base, mas não são substituídos por uma boa avaliação, sensibilidade do responsável pela estratificação de risco, e bom senso.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048. – Brasília : Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PARANÁ. Universidade Federal do Paraná. **Diretrizes Gerais para Elaboração do Projeto Técnico.** Curso de Pós-Graduação Lato Senso em Gestão em Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2013.

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco.** Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.

MOTTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedesde Melo; VERAS, Renata Meira. **Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar.** Revista Psicologia em Saúde, Maringá: 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>.

KUSCHNIR, Rosana Chigres. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde –** Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

SERVIN, Santiago Cirilo Noguera Et Al. Protocolo De Acolhimento Com Classificação De Risco Sistema Único De Saúde (Sus) Hospitais Municipais/ São Luís/Ma - Hospital Municipal Djalma Marques – Socorrão I, disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf), acesso em 17 de outubro de 2013.

ZANELLA, Liane Carly Hermes **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração** Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de Regulação da Porta de Entrada das Unidades de Urgência e Emergência de Belo Horizonte.** Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Urgência e Emergência. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, sd.

NORONHA, R. **Projeto de Sistematização: atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste.** Belo Horizonte: UPA Oeste, 2003. 73p.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** Dissertação. Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem da UFMG, 2005. 98f.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Rev Katál, Florianópolis, v.10, n.esp., p. 37-45, 2007.

[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=180&Itemid=7](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=7), acesso em 17 de outubro de 2013.

<http://www.significados.com.br/urgencia-e-emergencia/>, acesso em 17 de outubro de 2013.

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288), acesso em 18 de outubro de 2013;

## APÊNDICES

### PLANEJAMENTO DOS TREINAMENTOS SOBRE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

<b>COLABORADORES</b>	<b>HORARIOS</b>
RECEPÇÃO (ADMINISTRATIVOS) SEGURANÇAS	Manhã Tarde Noite
EQUIPE DE ENFERMAGEM (EM GERAL)	Manhã Tarde Noite
ENFERMEIROS – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	Manhã Tarde Noite
DEMAIS INTERESSADOS E ENVOLVIDOS	Manhã Tarde Noite

## ANEXOS

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SEGUNDO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis (Brasil, 2004):

**Vermelho:** prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato.

**Amarelo:** prioridade 1 - urgência, atendimento o mais rápido possível.

**Verdes:** prioridade 2 - prioridade não urgente.

**Azuis:** prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada.

Obs.: A identificação das prioridades pode ser feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito da Ficha de Atendimento.

### UM EXEMPLO DE PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**Vermelhos:** pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala Vermelha (emergência) devido à necessidade de atendimento imediato.

#### **Situação /Queixa**

- \_ Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12;
- \_ Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios;
- \_ Trauma Crânio Encefálico grave – ECG <12;
- \_ Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas;
- \_ Comprometimentos da Coluna Vertebral;
- \_ Desconforto respiratório grave;
- \_ Dor no peito associado à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso);
- \_ Perfurações no peito, abdome e cabeça;
- \_ Crises convulsivas (inclusive pós-crise);
- \_ Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12;
- \_ Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória;

- \_ Tentativas de suicídio;
- \_ Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia);
- \_ Parada cardiorrespiratória;
- \_ Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático como pulso > 140 ou < 45; PA diastólica < 130 mmHg; PA sistólica < 80 mmHg; FR >34 ou <10;
- \_ Hemorragias não controláveis
- \_ Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Há muitas condições e sinais perigosos de alerta, chamadas **Bandeiras Vermelhas**, que deverão ser levados em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente:

- \_ Acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h;
- \_ Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões;
- \_ Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente;
- \_ Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e, ocasionalmente, com respostas inapropriadas;
- \_ Fraturas da 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> costela;
- \_ Fraturas 9.<sup>a</sup>, 10.<sup>a</sup>, 11.<sup>a</sup> costela ou mais de três costelas;
- \_ Possível aspiração;
- \_ Possível contusão pulmonar;
- \_ Óbitos no local da ocorrência.

**Amarelos:** Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

#### **Situação/Queixa:**

- \_ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais;
- \_ Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia;
- \_ Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15);

- \_ Diminuição do nível de consciência;
- \_ Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental;
- \_ História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas;
- \_ Dor torácica intensa;
- \_ Pacientes com antecedentes de problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes);
- \_ Crise asmática;
- \_ Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia;
- \_ Desmaios;
- \_ Estados de pânico, overdose;
- \_ Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático como FC < 50 ou > 140; PA sistólica < 90 ou > 240; PA diastólica > 130; T < 35 ou. 40;
- \_ História recente de melena, hematêmese ou enterorragia com PA sistólica < 100 ou FC > 120;
- \_ Epistaxe com alteração de sinais vitais;
- \_ Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre);
- \_ Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais; gravidez confirmada ou suspeita;
- \_ Náuseas /Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais;
- \_ Desmaios;
- \_ Febre alta (39/40. ° C);
- \_ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa;
- \_ Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15;
- \_ Vítimas de abuso sexual;
- \_ Imunodeprimidos com febre.

**Verdes:** Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos.

- \_ Idade superior a 60 anos;
- \_ Gestantes com complicações da gravidez;
- \_ Pacientes escoltados;
- \_ Pacientes doadores de sangue;
- \_ Deficientes físicos;
- \_ Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro;
- \_ Impossibilidade de deambulação;
- \_ Asma fora de crise;
- \_ Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca;
- \_ Dor de ouvido moderada à grave;
- \_ Dor abdominal sem alteração de sinais vitais;
- \_ Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve;
- \_ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- \_ História de convulsão sem alteração de consciência;
- \_ Lombalgia intensa;
- \_ Abscessos;
- \_ Distúrbios neurovegetativos.

**Obs:** Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

**Azuis:** Demais condições não enquadradas nas situações/ queixas acima.

- \_ Queixas crônicas sem alterações agudas;
- \_ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos. Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado.

## Exemplos de Roteiros de Avaliação para Classificação de Risco

### Avaliação Neurológica

Situação / Queixa: O paciente queixa-se de:

- \_ cefaléia;
- \_ tontura / fraqueza;
- \_ problemas de coordenação motora;
- \_ trauma cranioencefálico leve / moderado;
- \_ diminuição no nível de consciência / desmaios;
- \_ distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia);
- \_ confusão mental;
- \_ convulsão;
- \_ parestesias e paralisias de parte do corpo.

História passada de:

- \_ Pressão Arterial alta;
- \_ Acidente Vascular Cerebral;
- \_ Convulsões;
- \_ Trauma cranioencefálico;
- \_ Trauma raquimedular;
- \_ Meningite;
- \_ Encefalite;
- \_ Alcoolismo;
- \_ Drogas.

Medicamentos em uso

O paciente deverá ser avaliado em relação:

- \_ Nível de consciência;
- \_ Consciente e orientado;
- \_ Consciente desorientado;
- \_ Confusão mental;
- \_ Inquieto;
- \_ Discurso;
- \_ Claro;
- \_ Incoerente e desconexo;
- \_ Deturpado;

- \_ Dificuldade de falar;
- \_ Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados;
- \_ Pupilas: fotorreagentes, isocórica, anisocórica, miose, midríase, ptose palpebral;
- \_ Movimento ocular para cima e para baixo/ esquerda e direita;
- \_ Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores;
- \_ Força muscular;
- \_ Parestesias / plegias / paresias;
- \_ Dificuldade de engolir, desvio de rima;
- \_ Tremores;
- \_ Convulsões.

Verificação dos Sinais Vitais: PA, Pulso Respiração e Temperatura

### **Avaliação cardiorrespiratória**

*Situação/Queixa:* pacientes com queixas de:

- \_ tosse produtiva ou não;
- \_ dificuldades de respirar / cianose;
- \_ resfriado recente;
- \_ dor torácica intensa;
- \_ fadiga;
- \_ edema de extremidades;
- \_ taquicardia;
- \_ síncope.

*História passada de:*

- \_ Asma /Bronquite;
- \_ Alergias;
- \_ Enfisema;
- \_ Tuberculose;
- \_ Trauma de tórax;
- \_ Problemas cardíacos;
- \_ Antecedentes com problemas cardíacos;
- \_ Tabagismo.

Roteiro para avaliação da dor torácica: PQRST

\_ P - O que provocou a dor? O que piora ou melhora?

\_ Q - Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em

pontada, contínua, ao respirar, etc.

\_ R - A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?

\_ S - Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.

\_ T - Por quanto tempo o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

Associar história médica passada de: doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais.

Sinais Vitais: Verifique PA e Pulso. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica.

Procedimentos diagnósticos: Monitorização Cardíaca e Eletrocardiograma, Oximetria.

Encaminhamento para Área Vermelha:

\_ dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez;

\_ dor torácica com alteração hemodinâmica;

\_ dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180 , PAD igual ou superior a 120;

\_ pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm;

\_ taquidispnéia , cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios);

\_ FR menor que 10 ou superior a 22.

### **Avaliação da dor abdominal aguda**

A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções. Obtenha a descrição da dor no que se refere a:

\_ Localização precisa;

\_ Aparecimento;

\_ Duração;

\_ Qualidade;

\_ Severidade;

- \_ Manobras provocativas ou paliativas;
- \_ Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento.

Em mulheres em idade fértil considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção.

Relacione a dor com:

- \_ Ingestão de medicamentos (particularmente antiinflamatórios e aspirina);
- \_ Náuseas e vômitos;
- \_ Ingestão de alimentos (colecistite, ulcera);
- \_ Sangramentos;
- \_ Disúria/ urgência urinária/ urina turva/ hematúria/ sensibilidade supra púbica.

Observe:

- \_ Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque;
- \_ Posição do paciente (exemplo: na cólica renal o paciente se contorce);
- \_ Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites;
- \_ Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes.

Sinais Vitais: Observe hiperventilação ou taquicardia, Pressão Arterial, Temperatura

Procedimentos diagnósticos: análise de urina, eletrocardiograma (pacientes com história de riscos cardíacos).

Encaminhamentos para área Vermelha:

- \_ Dor mais alteração hemodinâmica;
- \_ PAS menor que 90 ou maior que 180 / FC maior que 120 e menor que 50 / PAS  $\geq$ 180;
- \_ Dor mais dispnéia intensa;
- \_ Dispnéia intensa;
- \_ Vômitos incoercíveis, hematêmese.

### **Avaliação da Saúde Mental**

Uma avaliação rápida da Saúde Mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:

- \_ aparência;
- \_ comportamento;
- \_ discurso;

- \_ pensamento, conteúdo e fluxo;
- \_ humor;
- \_ percepção;
- \_ capacidade cognitiva;
- \_ história de dependência química.

Aparência:

- \_ arrumada ou suja;
- \_ desleixado, desarrumado;
- \_ roupas apropriadas ou não;
- \_ movimentos extraoculares.
- \_ estranho;

Comportamento:

- \_ ameaçador ou violento;
- \_ fazendo caretas ou tremores;
- \_ dificuldades para deambular;
- \_ agitação.

Pensamentos:

- \_ conteúdo fluxo;
- \_ suicida - aleatório, ao acaso;
- \_ ilusional – lógico;
- \_ preocupação com o corpo – tangencial;
- \_ preocupação religiosa.

Discurso:

- \_ velocidade;
- \_ tom;
- \_ quantidade.

Humor:

- \_ triste;
- \_ alto;
- \_ bravo;
- \_ com medo;
- \_ sofrendo.

Capacidade cognitiva:

- \_ orientado;

- \_ memória;
- \_ função intelectual;
- \_ insight ou julgamento.

Percepção:

- \_ baseado na realidade;
- \_ ilusões;
- \_ alucinações.

Agitação Psicomotora

Antecedentes Psiquiátricos