

12. Doença psiquiátrica – comportamental (psicose aguda e/ou suicidas): pacientes com problemas psiquiátricos, não agitados, mas não é possível determinar se representam uma ameaça para si e para os outros. Sinais vitais normais. Estado emocional exacerbado, mas não violento razoavelmente disposto a colaborar. Alguns pacientes com distúrbio bipolar (maníaco-depressivo) necessitam de ambiente seguro e avaliação para risco de overdose.

- Dados vitais normais;
- Agitação menos intensa, mas consciente;
- Risco para si ou para outrem;
- Estados de pânico;
- Potencialmente agressivo;
- Alucinação, desorientação.

13. Dor aguda intensa (8-10/10): pacientes com pequenos problemas, mas referindo dor intensa (8-10/10), devem ser submetidos à intervenção de enfermagem (gelo, talas, etc), ou devem ser tratados conforme um protocolo que institua analgésicos ou ordem verbal do médico. Pacientes com dor nas costas discogênica geralmente experimentam dor súbita ao erguer-se ou curvar-se. É comum a dor irradiar-se para as pernas, se houver fraqueza muscular, perda de sensação, incapacidade de urinar ou incontinência urinária, deve-se suspeitar de problemas neurológicos mais sérios, fazendo-se necessária a avaliação imediata do médico. Dores/lesões resultantes de fatores mecânicos geralmente aparecem de forma mais gradual, podendo levar de horas até 1 ou 2 dias para aparecer. Dores consideradas intensas (8-10/10) são comuns, e é muitas vezes difícil distinguir a dor aguda nas costas da dor crônica, tornando difícil determinar um nível de classificação para esses pacientes. Frequentemente, os pacientes ficam frustrados, e os profissionais não sabem se analgésicos potentes podem ser úteis. Assumir uma postura de julgamento sobre a dor de outra pessoa pode acarretar o risco de ignorar outros problemas importantes, além de ocasionar um alto grau de insatisfação entre o paciente e o atendimento do serviço de emergência. É muito difícil avaliar os pacientes com dores nas costas sem maca e sem despi-los da cintura para baixo, de forma que o paciente deve ser



lavado a uma área onde isso possa ser feito.

14. Dor aguda moderada (4-7/10): pacientes com enxaqueca ou cólica renal podem apresentar dor moderada, que pode piorar rapidamente. Esses pacientes provavelmente seriam beneficiados por uma intervenção precoce. Alguns desconfortos nas costas, de origem não traumática, podem ter causas potencialmente sérias. Esses pacientes devem apresentar sinais vitais normais e serem reavaliados pela enfermagem se houver atraso na avaliação do médico.

15. Diarréia e vômitos com desidratação:

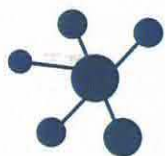
- Persistentes;
- Letargia;
- Mucosas ressecadas;
- Turgor pastoso.

16. Articulações, partes moles:

- Processo inflamatório (dor, calor, edema, eritema) em membros ou articulações;
- Ferida corto – contusa;
- Urticária ou prurido intenso.

17. Pacientes de diálise ou transplantados: problemas no equilíbrio hidroeletrólítico são comuns nesses pacientes, aumentando o risco de arritmias e piora rápida.

- Distúrbios hidroeletrólíticos frequentes;



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Risco de arritmias e deteriorização.

18. Dados vitais alterados sem sintomas:

- FC < ou > 140 bpm;
- PA S < 90 ou > 220 mmHg;
- PA D > 130;
- Febre > 38,5°C;
- FR > 32 ipm.

19. Situações especiais:

- Vítimas de abusos sexuais;
- Pacientes escoltados;
- Acamados;
- Acidente perfuro cortante com material biológico.

2.3

NÍVEL 4 – SEMI - URGÊNCIA

Condições relacionadas à idade do paciente, desconforto ou potencial para complicações/piora. Esses pacientes podem ser beneficiados por intervenções ou reavaliação dentro de 1-2 horas. Atendimento médico inicial até 90 minutos.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS
Reavaliação cada 1 hora.

1. **Trauma cranioencefálico:** pequenas lesões na cabeça, paciente alerta (Escala de Coma de Glasgow 15), sem vômito e sintomas cervicais e com sinais vitais normais. Pode necessitar de um pequeno período de observação, dependendo do tempo decorrido entre a lesão e a chegada ao serviço de emergência. Caso o intervalo entre o acidente seja maior que 4-6 horas e o paciente esteja sem sintomas, pode ser necessário um exame neurológico. A idade do paciente e as características do serviço de saúde ou das condições para cuidado em casa também podem influenciar sobre a conduta ou período de observação.

- Lesão craniana menor;
- Sem perda da consciência;
- Trauma de baixo impacto;
- Alerta (ECG=15);
- Sem vômito;
- Sem sintomas cervicais dados vitais normais acidente > 6 h.

2. **Pequenos traumas:** pequenas fraturas, entorses, contusões, abrasões, lacerações que necessitam de investigação ou intervenção. Sinais vitais normais, dor moderada (4-7/10).

- Dados vitais normais;
- Trauma torácico sem dor de costela ou dispnéia;
- Distensões, contusões, torções;
- Fratura possível;

8/12/20



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Lacerações que requerem investigação;
- Mordedura não extensa;
- Dor moderada (4-7/10);
- > 6h do evento, < 10 dias.

3. **Dor abdominal:** dor aguda de intensidade moderada (4-7/10). A intensidade da dor em casos de apendicite, colecistite ou outros problemas potencialmente sérios não é um meio confiável para excluí-los. Os sinais vitais devem estar normais, e o paciente não deve aparentar estar com alterações agudas. Constipação pode causar dor severa, ou, algumas vezes, ser confundida com outros problemas mais sérios. A princípio, assumo a ocorrência com a pior possível, e assegure-se de que há dados clínicos suficientes ou investigados que permitam excluir problemas potencialmente sérios, porém tratáveis.

- Dados vitais normais;
- Aguda, moderada (4-7/10);
- Ausência de prostração, toxemia, gravidade clínica.

4. **Cefaléia:** não repentina, não severa, sem características de enxaqueca, não associada a fatores de risco (veja nível 2 e 3 de dor de cabeça). Problemas infecciosos como sinusite, infecções de vias aéreas superiores (IVAS), ou doenças semelhantes à gripe podem causar esse tipo de cefaléia. A dor deve ser não mais que moderada (4-7/10), e sinais vitais devem ser normais.

- Não súbita;
- Não intensa (7<7/10);
- Não enxaqueca;
- Rinorréia purulenta;

- Sem fator de risco;
- Dados vitais normais.

5. **Dor de ouvido:** otite média externa pode causar dor de moderada (4-7/10) a severa (8-10/10), e esses pacientes devem receber analgésicos por ordem verbal do médico. Caso o paciente tenha dor severa, o nível de triagem deve ser nível 3 ou deve-se obter ordem para analgésicos. O profissional deve utilizar seu julgamento para determinar qual a urgência da avaliação médica. É importante determinar a causa da dor de ouvido e adotar tratamento apropriado ou acompanhamento.

6. **Dor torácica:** esses pacientes não devem apresentar alterações agudas, dor (4-7/10), sem faltar de ar, sem características de dor visceral, sem histórico de problemas cardíacos, com sinais vitais normais. A dor é geralmente pleurítica (aguda, com piora à inspiração profunda, tosse, movimentação e palpação). Esses pacientes podem ter sofrido alguma lesão na parede torácica ou algum estiramento muscular devido à tosse ou atividade física.

- Dados vitais normais;
- Não aguda;
- Moderada (4-7/10);
- Sem dispnéia;
- Sem cardiopatia prévia;
- Tipo pleurítica.

7. **Pacientes deprimido/suicida/doenças psiquiátrico - comportamental:** pacientes com queixas de pensamentos suicidas ou que cometeram gestos nesse sentido, mas que não parecem agitados. Sinais vitais normais. Devido à dificuldade de definir precisamente o risco de suicídio e à possibilidade de overdose, esses pacientes devem estar acompanhados por um responsável e ser avaliados



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

periodicamente. Pacientes depressivos devem ser avaliados quanto ao potencial para suicídio. Todos os profissionais devem mostrar-se solidários, e tentar colocar o paciente em um local seguro e tranqüilo.

- Dados vitais normais;
- Pensamentos suicidas;
- Gesticulando, mas não agitado;
- Sem risco imediato para si ou para outrem;
- Com acompanhante.

8. **Corpo estranho na córnea:** se a dor é leve ou moderada (4-7/10) e sem mudança na acuidade visual.

9. **Dor nas costas, crônica:** esses pacientes podem apresentar um grande desafio, e devem ser sempre examinados como se o seu problema fosse visto pela primeira vez. É geralmente fácil confirmar se o padrão apresentado é idêntico aos episódios anteriores e se não há presença de anormalidades neurológicas. Ocasionalmente, os pacientes podem ter problemas com abuso de drogas e podem recorrer à consulta para obtenção de uma receita para narcóticos. Não é correto rotular as pessoas ou julgá-las, a não ser que haja provas concretas de que se trata de abuso de drogas e não de vício e síndromes dolorosas crônicas. A área de classificação não é adequada para estabelecer o que ocorre nesses casos, fazendo-se necessária a avaliação médica.

- Intensa (8-10/10), crônica, periférica;
- Moderada (4-7), aguda, central;
- Cefaléia aguda ou sub-aguda, não súbita;
- Moderada, aguda e periférica;
- Lombalgia mais intensa;



- Artralgia com limitações sem sinais flogísticos.

10. **Sintomas das vias aéreas superiores:** pacientes com queixas de congestão das vias aéreas superiores, tosse, dores, febre, garganta inflamada são freqüentes no serviço de emergência. Infelizmente pacientes com infecção de garganta por estreptococos, abscessos monos ou peritonsilares, epiglote, pneumonia ou outras doenças sérias nem sempre podem ser identificados em avaliação de rotina ou avaliações rápidas. Doenças semelhantes à gripe, com sintomas generalizados, podem ser sérias para pacientes idosos, muito jovens ou ainda aqueles que tenham problemas de saúde importantes. Como algumas infecções bacterianas podem assemelhar-se, de alguma maneira com gripe, esses pacientes podem requerer classificação como nível 3 em algumas situações. Caso haja sinais e sintomas respiratórios importantes, faça um exame da saturação de oxigênio, e se o resultado for menor que 95% eleve o nível da triagem, classificando o paciente como nível 2 ou 3.

- Dor de garganta intensa;
- Dor de ouvido;
- Tosse produtiva;
- Rinorréia purulenta;
- Febre < 38,5°C;
- Mialgia.

11. **Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação:** o risco de desidratação aumenta na presença de vômitos e diarreia. Na maioria das vezes, a gastroenterite viral simples não causa problemas sérios em adultos saudáveis. As perguntas feitas durante a triagem devem tentar definir, claramente, o início e o curso da doença, quantificando os episódios de diarreia e vômitos, tentando descobrir quantas vezes o paciente vomitou, se ocorreu apenas quando comia ou bebia, e quando o último episódio ocorreu (é melhor saber a hora exata e buscar respostas como “às 10 horas” e não “hoje de manhã”). O mesmo vale para diarreia. É pouco provável que haja desidratação ou desequilíbrio eletrolítico se



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

houver menos de 5 evacuações por dia. Em adultos com mais de 10 evacuações por dia (com ou sem sangue), é preciso considerar causas mais sérias, como doença inflamatória do intestino. Pacientes com mais de 10 episódios de vômitos nas últimas 24 horas e ou mais, devem ser considerados nível 2 ou 3, dependendo da avaliação da hidratação. Também é importante considerar que o vômito pode ser sinal de outros problemas como anormalidades do Sistema Nervoso Central, doença cardíaca, efeito de drogas, insuficiência renal, distúrbios hepáticos, diabetes, problemas relacionados à gravidez. Tais problemas podem ser identificados, se forem, ao menos, considerados.

- Dados vitais;
- Mucosas úmidas;
- Diurese normal;
- Turgor de pele normal;
- < 5-10 evacuações/dia;
- < 5- 10 vômitos/dia.

12. Dor aguda moderada (escala 4-7/10): dor moderada com lesões mínimas ou problemas no sistema músculo-esquelético.

13. Situações especiais:

- Idade > 65 anos;
- Deficientes físicos;
- Grávidas;
- Impossibilidade de deambulação;
- Retorno em período < 24 h por ausência de melhora;

- Troca de SNE ou SVD.

2.4

NÍVEL 5 – NÃO - URGÊNCIA

Condições agudas, não urgentes, assim como condições que podem fazer parte de um problema crônico, com ou sem evidência de piora. Sugere investigação ou intervenção em algumas dessas. Atendimento médico em até 180 minutos.

Reavaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte.

1. **Trauma pequeno:** contusões, abrasões, lacerações menores (não requerem nenhum tipo de oclusão) síndromes por esforço excessivo (tendinite) e entorses. Intervenções de enfermagem como mobilização, limpeza, verificação do estado de imunização, administração de analgésico, são expectativas dos pacientes nesta categoria.

- Dor leve;
- Contusões;
- Escoriações ferimentos que não requerem fechamento;
- Mialgia;
- Distensões.

2. **Dor de garganta, infecção de vias aéreas superiores:** pacientes com queixas leves, não severas, sem sintomas ou comprometimento respiratório. Doença viral típica, com sinais vitais normais ou febre abaixo de 38,5°C.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Coriza;
- Dor de garganta;
- Queixas leves;
- Sem sintomas respiratórios;
- Dados vitais normais.

3. **Sangramento vaginal:** Pode tratar-se de menstruação normal ou sangramento incolor pós-menopausa. Caso gravidez seja excluída e a dor não for intensa ($<4/10$), sinais vitais normais, esses pacientes podem seguramente aguardar avaliação.

4. **Dor abdominal:** dor leve (<4) crônica ou recorrente, com sinais vitais normais. Algumas pessoas podem se queixar de dor mais intensa, sobretudo os jovens, e pode ser difícil justificar sua colocação em um nível de classificação mais alta. É importante considerar o contexto que leva os pacientes ao serviço, e esforçar-se para não prejudicá-los. Seus sintomas podem representar um grande desafio e frustração não só para o profissional de saúde, como também para o paciente. Período de espera prolongado deve ser acompanhado de reavaliação do paciente ou elevação do nível de classificação, classificando o paciente como nível 3 ou 4.

- Dados vitais normais;
- Dor aguda, leve (<4);
- Constipação intestinal;
- Crônica ou recorrente.

5. **Vômito isolado, diarreia isolada:** sem sinais de desidratação. Esses pacientes devem ter estado mental e sinais vitais normais.



6. **Doenças psiquiátricas:** esses pacientes podem apresentar problemas pequenos ou insignificantes sob o ponto de vista do profissional de saúde, mas podem estar frustrados pela falta de disponibilidade de outros serviços de saúde específicos da comunidade. Também podem não ter noção de quais serviços estão disponíveis. Uma postura aberta e sensível a questões culturais e sócio-econômicas permitirá que o profissional de saúde avalie o nível de atendimento necessário e o risco representado pelo paciente, para si e para outros. Depressão crônica ou recorrente, dificuldade em lidar com pacientes, controle de impulsos, estado mental normal, sem achados vegetativos somático (apetite, peso, alteração no padrão de sono, crises inexplicáveis de choro) e sinais vitais normais. Alguns distúrbios psiquiátricos crônicos sérios ou distúrbios de comportamento, sem evidência de mudança ou piora, não podem ser completamente avaliados na classificação.

- Depressão crônica ou recorrente;
- Problemas com a polícia;
- Crise social;
- Impulsividade;
- Insônia;
- Estado mental normal;
- Dados vitais normais.

7. **Dor leve ou moderada:**

- Crônica, central ou periférica, pior à compressão;
- Lombalgia crônica, não traumática em MMII ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios;
- Algúria, disúria.

3. REFERÊNCIA RÁPIDA – TODOS PACIENTES

3.1 - Categoria de classificação – Vermelho – Emergência – Parada

Respiratório (RESP) – Comprometimento severo das vias aéreas, trauma penetrante ou contuso na região torácica, sinais óbvios de alterações respiratórias. Alterações severas.

Neurológico (SNC) – Trauma crânio-encefálico grave. Inconsciência. Estado convulsivo.

Músculo-esquelético – Amputação traumática-extremidade.

Choque – Lesão por frio intenso, hipotermia.

Gastrointestinal (GI) – Dificuldade em deglutição com problemas respiratórios. Trauma abdominal – penetrante ou não – sinais/sintomas de choque.

Grande trauma

Estados de choque

3.2 - Categoria de classificação – Amarelo – Urgência

SNC – Cefaléia severa (desconforto leve a moderado, escala de dor 8-10/10). Pancada na cabeça sem alteração no nível de consciência ou vômito. Distúrbio convulsivo conhecido, convulsão anterior à chegada ao serviço de emergência; sem convulsão no momento. Disfunção do “shunt”, irritabilidade, não apresenta doença aguda.

Músculo esquelético – provável fratura de extremidades. Dores em várias articulações com febre, dor na articulação do quadril, com febre. Aparelho de gesso apertado com comprometimento neurovascular.

Pele – Mordidas por insetos com pequena resposta alérgica sistêmica. Celulite, paciente aparenta estar doente.

Erupção cutânea:

- 1) Paciente aparenta estar doente; febre, erupção purpúrica ou petéquia.
- 2) Exposição recente a doença contagiosa.

Lesão localizada causada pelo frio – com descoloração, cianose, dor.

Áreas de queimaduras – parciais ou totais em mais de 5% da superfície corpórea. Áreas de queimaduras no tronco ou em menos de 10% da superfície corpórea.

Laceração que necessita de controle de sangramento.

Gastrintestinal – Dor abdominal. Sangramento retal com dor abdominal, sem sinais/sintomas de choque. Dificuldade para deglutir; possível presença de corpo estranho, sem alterações respiratórias. Trauma abdominal-queixa de desconforto leve. Sinais/sintomas de apendicite, dor abdominal com ou sem febre. Sangramento gastrintestinal com sinais normais.

Geniturinário – Sangramento vaginal sem sinais de choque. Possível vítima de abuso sexual entre 2 e 12 horas. Hérnia inguinal – início súbito – paciente em sofrimento agudo. Edema de testículo sem dor. Incapacidade de urinar por mais de 8 horas. Edema periano; incapacidade de urinar.

Olhos, ouvidos, nariz, garganta – Lesão no nariz com alguma dificuldade respiratória. Epistaxe com trauma e/ou histórico de pressão sangüínea alta. Alergia – febre do feno causando congestão com história de problemas respiratórios. Corpo estranho no nariz causando dor ou possibilidade de aspiração. Secreção sanguinolenta originária do ouvido. Problemas de audição início súbito. Corpo estranho no ouvido. Lesão por frio – lesão parcial do ouvido externo. Dor intensa e súbita no olho, sem trauma associado. Aparecimento súbito de diplopia ou



alterações na visão nas últimas 24 horas. Edema periorbital, com febre. Queimadura na área dos olhos. Amputação da ponta da língua ou de grande parte da língua ou bochecha. Lesão puntiforme no palato mole. Pústula nas tonsilas – dificuldade de deglutição. Sangramento pós-operatório – tonsilectomia e ou adenoidectomia.

Cardiovascular – Paciente com aparecimento gradual de extremidade fria e dolorosa. Paciente com dor de início gradual ou súbito associado a edema e mudança de temperatura. Trauma moderado. Dor torácica, sem sintoma visceral.

3.3 - Categoria de classificação – Verde – Semi – Urgência

Respiratória – Aspiração de corpo estranho – sem tosse – aparenta estar bem. Pequena lesão torácica, sem dor nas costelas, sem dificuldade respiratória e sem falta de ar – pode apresentar hematomas. Dificuldade de deglutição, sem dificuldade respiratória.

SNC – Dor de cabeça crônica ou recorrente (sem alterações agudas). Trauma craniano leve sem perda de consciência/sem vômito.

Músculo esquelético – algia nas costas sente dor leve, descrita com “tem algo puxando”, espasmos musculares; dor localizada nas costas (4-7/10). Possível fratura de extremidades. Articulação inchada e quente. Aparelho de gesso apertado sem comprometimento neurovascular.

Pele – Celulite localizada. Lesão por frio sem descoloração dor mínima.

Gastrointestinal – Dor abdominal com vômito ou diarreia (isolados) não aparenta estar doente, sem sinais de desidratação. Sangramento retal em pequena quantidade; febre e ou diarreia. Constipação; inapetência. Espasmos dolorosos.

Geniturinário – possível abuso sexual > 12 horas. Possível infecção do trato urinário, hematúria, polaciúria, ardor.

Olhos, ouvido, nariz, garganta – corpo estranho na córnea. Lesão no nariz sem dificuldades respiratórias. Epistaxe periódica com sinais de infecção. Secreção no ouvido, purulenta, febre. Tinido com febre. Mudança gradual na visão, na acuidade ou no campo visual. Olhos com presença de crostas ou secreção. Dor de ouvido.

Psiquiátrico – Idéias suicidas, depressão.

Cardiovascular – Dor no peito, idade < 30 anos, sem sintomas viscerais.

Miscelânea – Trauma leve. Escala de dor 4-7.

3.4 - Categoria de classificação – Azul – Não urgência

Respiratório – congestão nasal com secreção associada a sintomas de resfriado.

Músculo-esquelético – dor lombar crônica, com leve desconforto (< 4/10).

Pele – Mordidas pequenas ferimentos puntiformes, corpo estranho, arranhões localizados. Erupções cutâneas localizadas. Pequenas lacerações, abrasões, contusões.

Gastrointestinal – vômito/diarréias – sem dor, sem desidratação, estado mental normal.

Geniturinário – Secreção peniana, vaginal, uretral. Menstruação.

Olhos, ouvido, nariz, garganta – Laceração parcial na língua, mordedura de bochecha. Dor de garganta, laringite, pequenas lesões na boca com febre. Alergia – febre do feno causando congestão nasal. Problema nos seios nasais. Perda gradual da audição. Dor inespecífica no olho; dor crônica nos olhos.

Psiquiátrico – Sintomas crônicos, sem mudanças agudas.



Cardiovascular – trauma leve, não necessariamente aguda.

Miscelânea – Sintomas leves. Escala de dor < 4.

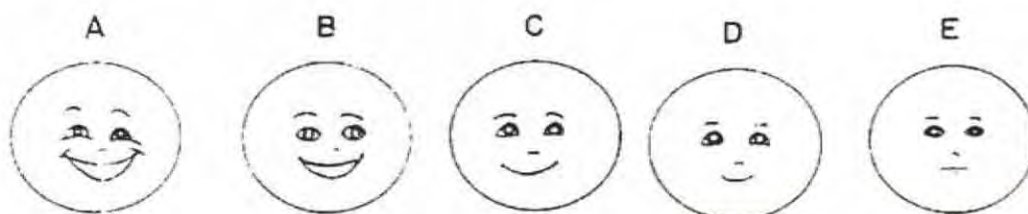
4. ANEXOS

4.1 Anexo 1

MODELO DA ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE FACES (McGRATH,1990)

A literatura demonstra que a avaliação da dor efetuada pela enfermagem, na maioria das vezes não contribui para um efetivo controle do quadro algico, o conforto da criança e a prescrição analgésica, interferindo assim na qualidade da assistência prestada. Muitas vezes, quando prescrição analgésica é indicada como "se necessário", deparamos com a ausência de parâmetros de avaliação comportamental ou de intensidade da dor, impedindo assim a tomada de decisão eficaz e a possibilidade de desenvolvimento de mais conforto e bem-estar para essas crianças.

Após a descrição dos vários modelos utilizados na avaliação do quadro algico da criança, propusemo-nos a apresentar o modelo da Escala Analógica Visual de Faces de McGRATH5 como instrumento para orientação da assistência de enfermagem, focalizando neste estudo a avaliação da dor na criança com câncer. De acordo com as informações referidas na literatura, este modelo melhor se adapta para crianças com maior capacidade de cognição e abstração.



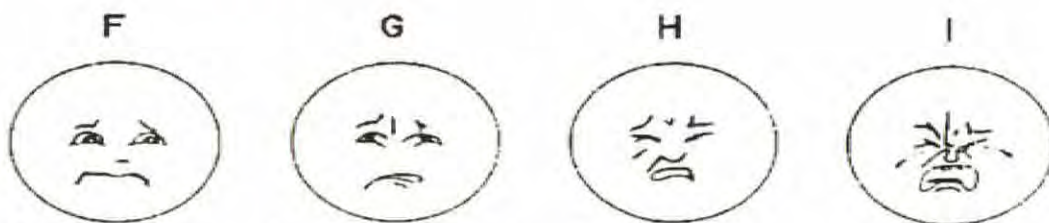


Figura 5 - Escala analógica visual de faces

Fonte: McGRATH (1990)

Neste modelo a representação da Escala de Faces apresenta dois pólos de significados distintos, correspondendo a uma amplitude de variações de efeitos positivos e negativos em relação à dor.

- As Figuras de A a D representam variações de estímulos positivos, caracterizando que a criança não sente dor;

- A Figura E é o ponto neutro da escala;

- As Figuras de F a I vão representar uma amplitude de variação negativa referente a diferentes graus de intensidade da dor;

- A Figura F indica que a dor está presente, mas poderá ser facilmente ignorada pela criança. Neste caso a presença dos familiares, um ambiente favorável, medidas de conforto, segurança e compreensão desempenhadas pelo profissional de enfermagem podem favorecer uma melhor adaptação da criança o seu estado físico e emocional;

- A Figura G indica dor presente, com certa intensidade, que não pode ser ignorada pela criança, mas que ainda não interfere no seu comportamento. A verbalização da criança é um indicador para esta avaliação que deverá ser precedida de medidas para o alívio da dor e conforto da criança;

- A Figura H indica dor presente, não pode ser ignorada pela criança, interferindo no seu comportamento. O resultado da observação das respostas comportamentais da criança

pode indicar necessidades de intervenção além daquelas propiciadas pela enfermagem, como o uso de analgésicos;

- A Figura 1 indica dor presente, em maior grau de intensidade, requerendo uma maior intervenção da equipe, devendo ser observados os aspectos físicos e psicológicos com intervenções específicas e técnicas analgésicas apropriadas.

O interesse pela utilização deste modelo é na tentativa de facilitar a avaliação do quadro algíco da criança, durante procedimentos terapêuticos invasivos como a cirurgia, a quimioterapia, a punção intratecal e medular.

- **Escala de Faces** - adaptada por CLARO, que mostrou figuras desenhadas por Maurício de Sousa*, representando os personagens criados por ele, Cebolinha e Mônica com diferentes expressões faciais. A escala é composta por cinco expressões, as quais variam da expressão sem dor até a dor insuportável, sendo 0 = sem dor; 1 = dor leve; 2 = dor moderada; 3 = dor forte; 4 = dor insuportável.

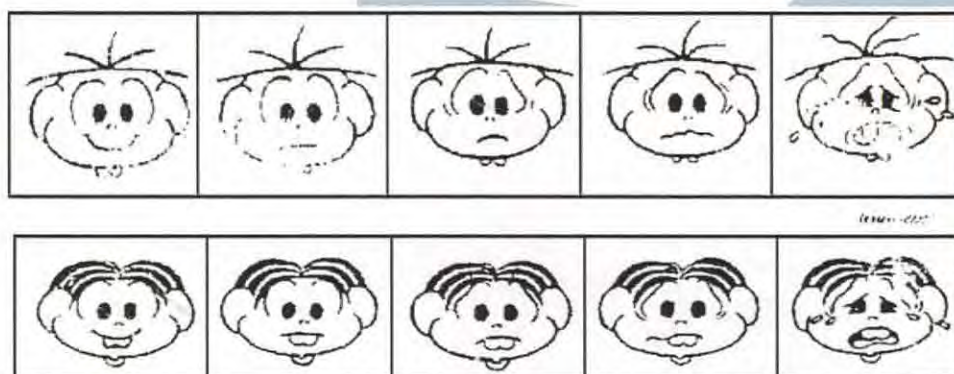


Figura 5 - Escala de faces (diferentes expressões do Cebolinha aplicadas para os meninos e da Mônica para as meninas)

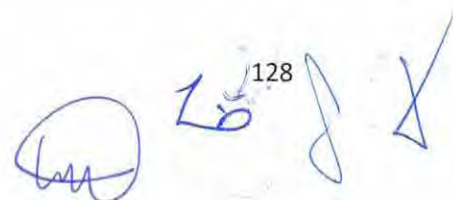
Fonte: CLARO (1993)

4.2 Anexo 2

Escala de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
	ESPONTÂNEA	4

128





INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

ABERTURA OCULAR	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
MELHOR RESPOSTA MOTORA	OBEDECE A COMANDO	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	SONS INESPECÍFICOS	2
	AUSENTE	1

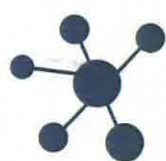
TCE – Severo (escore Glasgow 3-8)

TCE - Moderado (escore Glasgow 9-12)

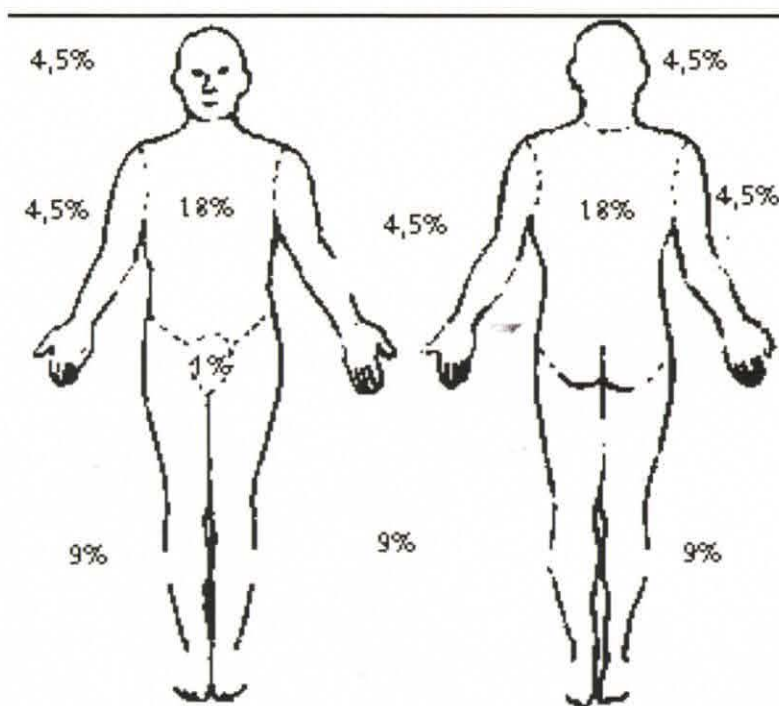
TCE – Leve (escore Glasgow 13 – 15)

4.3- Anexo 3.





INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS



Esquema da regra dos nove. Note que cada membro superior tem no total 9% de superfície, cada membro inferior tem 18%, o tronco tem 36%, a cabeça tem 9% e o períneo tem 1%.

4.4 - Anexo 4


130



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Tabela de Lund-Browder para determinação da superfície corpórea queimada.

Idade em anos	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15	Adulto
Área						
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádega direita	2 ½	2 ½	2 ½	2 1/2	2 ½	2 1/2
Nádega esquerda	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 1/2	1/2
Genitália	1	1	1	1	1	1
Braço direito	4	4	4	4	4	4
Braço esquerdo	4	4	4	4	4	4
Antebraço direito	3	3	3	3	3	3
Antebraço esquerdo	3	3	3	3	3	3
Mão direita	2 ½	2 ½	2 1/2	2 ½	2 1/2	2 1/2
Mão esquerda	2 1/2	2 ½	2 1/2	2 ½	2 1/2	2 1/2
Coxa direito	5 ½	6 1/2	8	8 ½	9	9 1/2
Coxa esquerda	5 ½	6 1/2	8	8 ½	9	9 1/2
Perna direita	5	5	5 ½	6	6 ½	7
Perna esquerda	5	5	5 ½	6	6 1/2	7
Pé direito	3 1/2	3 ½	3 1/2	3 ½	3 1/2	3 1/2
Pé esquerdo	3 1/2	3 1/2	3 ½	3 1/2	3 1/2	3 1/2

5. Referências:



ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo OSS (Organização de Serviços de Saúde)

Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo. Mogi das Cruzes, maio, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/050050_FL.pdf>. Acesso em: 11 set. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. 2004b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/docbase.pdf>>. Acesso em 14 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: relatório de atividades 2003. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0148_m.pdf>. Acesso em: 20 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF, 2006a. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0294_FL.pdf>. Acesso em: 9 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2006b. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 13 set. 2007.

CAMELO, S. H. H. et al Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. Rev. Latinoam. Enfermagem., n. 8, p. 30-37,2000.

CECÍLIO, L.C.O.;MERHY,E. A integridade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.

ROGER, Osborn; Pousada. Enfermagem de Emergência. Porto Alegre: editora Artes Médicas.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES Jr., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). O trabalho em saúde:olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

Classificação de risco. 2007. Disponível em: <http://gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39>. Acesso em: 5 out. 2007

GOLDIM, J. R. Triage. 2001. Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/bioetica/triagem.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2007.

MAIA. D. Diretores de hospitais de Rio Grande do Norte investem em acolhimento. Disponível em:<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigo_Noticia.php?codigo=568>. Acesso em: 22 nov. 2007.

MEDEIROS, J. B. Metodologia científica em ciências sociais. 3. ed. São Paulo:Atlas, 1995.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. Onocko R, (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 74-111.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitex, 1993.



PORTAL HUMANIZA. 2007. Disponível em:
<<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=72>>. Acesso em: 18 nov. 2007.

SCHIMIT, M. D.; LIMA, M. A .D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, n. 20, p. 1487-94, 2004.

SILVA JR.; A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R.,

MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 241-257.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 23, v. 2, p. 331-340, fev. 2007,

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 49-61.

Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto Socorro da UPA Francisco Morato Municipal "Dr. Mário Gatti" de Campinas (SP).

The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

Australasian Triage Scale (ATS)

Manchester Triage System (MTS)

Advanced Trauma Life Support (ATLS)

Advanced Cardiac Life Support (ACLS)

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do Pronto Socorro

Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS

Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte

Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

CLARO, M.T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto, 1993. p. 1-50. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

McGRATH, P.J. et al. Report of the Subcommittees on assessment and methodologic issues in the management of pain in childhood cancer. Pediatrics, v.86, n.5, p.814-817, November, 1990.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400007

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Corensp) – Parecer sobre o Programa de Acolhimento e Classificação de Risco do Ministério da Saúde. <http://www.coren-sp.gov.br>
Wolf, SE; Herndon, DN. Burn Care. Landes Bioscience, Austin, Texas. 1999.

Salisbury, RE; Newman, NM; Dingeldein, Jr, GP. Manual of Burn therapeutics. Little, Brown and Company, Boston. 1983.

McCarthy, JG. Plastic Surgery. W.B.Saunders Company, Philadelphia. 1990 .

Cataneo, AJM; Kobaiasi, S. Clínica Cirúrgica. Revinter, Rio de Janeiro. 2003

23. Totem para organização do atendimento:

Será implantado um Totem para gestão da entrada do usuário na unidade, permitindo gestão da fila de espera, fluxo integrado, monitoramento de tempo de espera, e articulação com o Acolhimento com Classificação de Risco, visando à melhoria da gestão do acesso.

24. Comissão de Ensino e Pesquisa:

Terá como função a regulação de pesquisas, relação com universidades e gestão participativa do processo de educação permanente. Será a estruturação do processo de trabalho em equipe que dará suporte à gestão do conhecimento na Unidade, fazendo valer os objetivos da Política de Educação Permanente e a lei do COAPES no equipamento. A estruturação desta proposta de comissão acontecerá ao terceiro mês de contrato vigente.

25. Fórum de redes de Atenção à Saúde:

Proposta de reuniões na Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com os demais serviços no sentido de refletir sobre o papel de cada serviço, buscando soluções para justaposições de papéis, e para dar encaminhamento a casos com desfecho complexo na rede. É o momento em que questões de referencia e contra referência podem ser discutidas abertamente, com base na lógica das linhas de cuidado do Ministério da Saúde, pensando na população em primeiro lugar. O corpo gestor da UPA e do INAPP estará disponível para este tipo de atividade sempre que solicitado.

26. Fórum de Participação Popular:

O INAPP pretende dar suporte para o Conselho gestor, sendo atuante e fortalecendo o princípio e diretriz da participação popular no SUS, por meio do fornecimento de dados e a participação pro ativa junto aos Conselheiros. O corpo gestor da UPA e do INAPP estará disponível para este tipo de atividade sempre que solicitado.

As rotinas das ações de incremento à qualidade serão definidas conforme agenda da equipe e solicitação do gestor municipal, respeitando ao período de no máximo 3 meses de intervalo entre um evento e outro.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

27. O Modelo de Gestão de Pessoas do INAPP são **PRINCÍPIOS, POLÍTICAS e ESTRUTURA.**

Princípios:

Os princípios fundamentais da gestão de pessoas do INAPP para gestão de serviços de saúde são baseados em duas Políticas que fundamentam o SUS: a Política de Humanização, conhecida como HumanizaSus; e a Política Nacional de Educação Permanente, as quais em conjunto conformam um conjunto de princípios voltados para valorização do trabalhador de saúde, o entendendo como o fundamento da prestação de saúde de qualidade para população.

Tais princípios podem ser resumidos na ideia ampla do “investir em quem faz”, considerando o papel estratégico dos que atuam com a população como o momento em que se revela todo modelo de gerenciamento e qualidade previstos no ideário, na missão e nos valores da instituição.

Os princípios de gestão de pessoas do INAPP podem ser sistematizados em:

- ✓ Humanização;
- ✓ Sustentabilidade;
- ✓ Cidadania;
- ✓ Responsabilidade Social; e,
- ✓ Diversidade.

Políticas:

As políticas de gestão de pessoas do INAPP estabelecem diretrizes de atuação de longo e médio prazo para conquistar espaço nas relações organizacionais, visando o alcance de seus princípios na cultura organizacional dos serviços como um todo. São orientadoras e integradoras dos princípios de atuação do Instituto na relação com as pessoas que compõem seu quadro, em todo ciclo de vida do profissional no interior da organização. Dentre estas, cita-se em destaque a política de processo seletivo, a política de educação permanente, a política de gestão por competências, as normas de direitos e deveres dos trabalhadores, a política de ensino e pesquisa, a política de sustentabilidade (já apresentada neste plano de trabalho em ações voltadas para qualidade), a política de segurança do trabalhador, a política responsabilidade social, e a política comunicação. Tais políticas serão adaptadas ao contexto

