

1.7 - RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO

O Processo de acolhimento com Classificação de Risco será executado por equipe de plantonistas de 12 horas diurno e noturno, composta por: 01 (um) Coordenador de enfermagem; 04 (quatro) enfermeiros no diurno e 03 (três) noturno, 16 (dezesseis) auxiliares e técnicos de enfermagem no plantão diurno e 14 (quatorze) noturno, 05 (cinco) recepcionistas plantão diurno e 04 (quatro) noturno; 03 controladores de acesso por plantão; 04 (quatro) auxiliares administrativos em horário comercial, 02 (duas) assistentes sociais em horário comercial; 06 (seis) médicos (pediatra e clínico) no plantão diurno; 05 (cinco) médicos (pediatra e clínico) no noturno; 01 (um) médico ortopedista em horário comercial. Horário de funcionamento: 24 horas. Havendo 02 (dois) consultórios pediátricos e 03 (três) consultórios clínicos, 01 (uma) sala para o enfermeiro e sala de serviço social, regulação e ouvidoria.

A idéia de acolhimento permite aos profissionais da área da saúde reavaliar atitudes que de forma positiva ou negativa influenciam no resultado do trabalho multidisciplinar dentro das instituições de saúde.

Permitir atentar para as competências que permeiam cada uma das categorias profissionais envolvidas no processo de prevenção, manutenção e reabilitação da saúde do ser humano.

Condiciona o trabalho técnico científico à valorização do ser humano, principalmente em um momento frágil de sua vida.

O acolhimento como estratégia de trabalho pressupõe mudanças que vão atender às necessidades da população assistida, dos profissionais e instituições comprometidas com a saúde do ser humano.

São consideradas habilidades importantes, a capacidade de comunicação, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia e transporte sanitário. Além de paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade.

O cidadão que chegar à UPA será atendido prontamente pela Equipe de Acolhimento. As emergências irão para sala própria ou serão priorizadas. A identificação da gravidade será feita por marca colorida, no espaço destinado para este fim. Pessoas em situação de urgência

serão conduzidas à Sala de Classificação de Risco. As que procurarem especialidades serão encaminhados à Unidade Básica de Saúde, após atendimento médico.

A equipe de Classificação receberá o (a) paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o (a) paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados.

Reavaliação está prevista, já que a classificação é dinâmica.

1.8 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Considerar queixa, início, evolução e duração, aparência física, resposta emocional, escala de dor e Escala de Coma de Glasgow (ECG), medicação atual e alergias. Registrar dados vitais.

Classificar prioridade e realizar todas as anotações em formulário (anexo) 3.

1.9 - FLUXO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Fluxo de acolhimento ao paciente que chega a UPA:

Ao chegar ele é acolhido por um controlador de acesso ao qual escuta seu caso, e a partir do seu relato é retirada uma senha para abertura de ficha de atendimento, havendo qualquer queixa pelo paciente e ou responsável, imediatamente, caso necessário, o paciente é direcionado a sala vermelha adulto ou infantil. Caso o paciente chegue ao setor de Emergência no Térreo trazido por Bombeiro, Transporte Sanitário-192, Família ou SAP - Penitenciária, o técnico de enfermagem direciona e acompanha imediatamente este paciente a Sala Vermelha adulto e ou infantil, onde é acolhido pela equipe plantonista. É necessário destacar que o responsável pelo paciente ou socorrista de plantão realizará a abertura de ficha de atendimento na Recepção.

Após esse acolhimento, o paciente aguarda ser indicado pelo painel de senha seu atendimento para abertura de ficha. Em seguida é direcionado para balcão da recepção, local onde são registrados seus dados pessoais (data do nascimento, endereço, telefone, entre outros) por um recepcionista.

O usuário precisa estar munido dos seguintes documentos, RG, Cartão SUS, CPF, comprovante de endereço para a inserção desse paciente no sistema eletrônico. Caso o paciente não tenha algum dos documentos, este ou acompanhante, deverão ser encaminhados para a assistência social. Destaca-se que todos os pacientes serão atendidos.

Após o registro de seus dados pessoais ele é encaminhado para setor de Classificação de Risco, onde a enfermeira amplia a escuta de suas queixas. Essa profissional faz um exame simplificado, no qual ela avaliará sinais vitais pertinentes a sua queixa. A partir desse exame, a profissional irá classificar o grau de risco do paciente, ou seja, se ele deverá ser atendido imediatamente ou se deverá aguardar pelo tempo necessário para esse atendimento, sem qualquer risco à sua saúde, priorizando-se sempre os casos mais graves. Desta forma, o atendimento é feito por gravidade, e não por ordem de chegada.

Após a classificação do seu grau de risco, ele aguarda na sala de espera para ser chamado pelo médico em um dos consultórios clínicos ou pediátrico. O setor de Recepção organiza e direciona as fichas classificadas nos consultórios para atendimento.

No consultório do médico é dado prosseguimento ao atendimento inicial, e a partir dessa consulta, o paciente poderá fazer exames (laboratoriais e de raios X), medicação (na sala de medicações Adulto e ou infantil); ser encaminhado para a sala de observação (Observação Adulto e ou infantil) e ir para casa com orientação a procurar a UBS próxima ao seu domicílio com encaminhamento em casos crônicos, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Os casos não urgentes e que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas são direcionados para as Unidade Básica de Saúde, considerando as Equipes de Saúde da Família, de acordo com sua área geográfica de residência.

Nos casos de pacientes mais graves, após sua estabilização são transferidos para unidades hospitalares que oferecem mais opções de serviço e equipamentos adequados à gravidade, como centro cirúrgico, internação e outras especialidades.

1. Grade Referência Hospitalar:

- ✓ **Hospital Estadual de FRANCISCO MORATO** – Referência para pacientes Adulto com idade superior a 12 anos.
- ✓ **Hospital Estadual de Francisco Morato**- Referência para pacientes Adultos, Infantil (com idade inferior a 11anos 11 meses e 29 dias) e UPA Francisco Morato de Alto Risco, com berçário externo.
- ✓ **Hospital e UPA Francisco Morato de Caieiras**- Referência para gestante de baixo risco
- ✓ **CROSS**- Central de Regulação de Vagas do Estado.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EMERGÊNCIA	URGÊNCIA MAIOR	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATÓRIO
✓ Politraumatismo; TCE ✓ Queimaduras grandes; ✓ Coma ou alteração de consciência; ✓ Lesão da coluna vertebral; ✓ Desconforto respiratório grave; ✓ Dor no peito + falta de ar + cianose; ✓ Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30 min; ✓ Perfuração no peito, abdome ou cabeça; ✓ Crise convulsiva; ✓ Intoxicações exógenas ou tentativa de suicídio; ✓ Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ✓ Hiper ou hipoglicemias (diagnosticadas); ✓ Parada cardiorrespiratória; ✓ Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados); ✓ Hemorragias não controláveis; ✓ Fraturas; ferimentos (cortes).	✓ Cefaléia intensa de início súbito; ✓ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; ✓ História de convulsão; ✓ Dor torácica intensa; ✓ Crise asmática ou desconforto respiratório; ✓ Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ✓ Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ✓ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ✓ Epistaxe; ✓ Dor forte de qualquer natureza; ✓ Sangramento vaginal com dor abdominal; ✓ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ✓ Febre alta (39/40°); ✓ Luxações, entorse + dor intensa; ✓ Acidentes por animais peçonhentos; ✓ Broncoespasmo.	✓ Idade superior a 60 anos; ✓ Pacientes escoltados; ✓ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ✓ Asma fora de crise; ✓ Enxaqueca; ✓ Dor de ouvido moderada a grave; ✓ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; ✓ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ✓ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ✓ Abscessos; ✓ Distúrbios neurovegetativos; ✓ Lombalgia intensa; ✓ Intercorrências ortopédicas; ✓ Gastroenterite.	✓ Queixas sem alterações agudas; ✓ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; ✓ Demais situações não enquadradas anteriormente; ✓ Uso de benzilpenicilina.
Sala Vermelha Emergência Atendimento Médico imediato	Sala Amarela Atendimento Médico	Verde Encaminhamento para especialidades	Azul Agendamento em UBS, PSF

A finalidade do uso da escala de cores é fazer com que os pacientes sejam classificados de acordo com a gravidade de seus sinais e sintomas e garantir que os pacientes mais graves sejam atendidos prontamente, nesta Instituição foi preconizado a utilização de 04 (quatro) cores de Classificação de risco, sendo composta pelas cores azul, verde, amarelo e vermelho, compatível com a necessidade deste Pronto Atendimento. Após análise das Classificações de Risco de Manchester e Escala Canadense de triagem foi desenvolvido o protocolo institucional próprio.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

A avaliação realizada na classificação deve focalizar a queixa principal do paciente, baseando-se em dados subjetivos (início do problema, descrição da dor, fatores que agravam ou aliviam o problema, história prévia do mesmo problema) e dados objetivos (aparência física, resposta emocional, avaliação física de sinais vitais, quando não houver premência de tempo para o início do tratamento). Existe ainda a grande necessidade de dados complementares como uso de medicações e alergias. Todo o processo deve durar de 2 a 5 minutos (Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation. Implementation guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity (CTAS). [Online]. Disponível em: Ca88.caep.ca (18 mar.2001)).

1.10 - ROTEIROS DE AVALIAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1.10.1 Avaliação Neurológica

Situação/Queixa: O paciente queixa-se:

- ❖ 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
- ❖ Paraestésias e paralisias de parte do corpo

História passada de:

- ❖ Pressão arterial alta
- ❖ Acidente vascular cerebral
- ❖ Convulsões
- ❖ Trauma cranioencefálico
- ❖ Trauma raquimedular
- ❖ Meningite



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ❖ 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, miose, medríase, ptose palpebral
 - ✓ Movimento ocular para cima e para baixo/esquerda e direita
- ❖ Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores
- ❖ Tônus muscular
- ❖ Paraestésias/plegias/paresias
- ❖ Dificuldade de engolir desvio de rima
- ❖ Tremores



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

❖ Convulsões

❖ Verificação os sinais vitais: pressão arterial, pulso, respiração e temperatura.

1.10.2 Avaliação cardiorrespiratória

Situação/Queixa: pacientes com queixas de:

- ❖ Tosse produtiva ou não
- ❖ Dificuldades de respirar/cianose
- ❖ Resfriado recente
- ❖ Dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
- ❖ Fadiga
- ❖ Edema de extremidades
- ❖ Taquicardia
- ❖ Síncope

História passada de:

- ❖ Asma/bronquite
- ❖ Alergias
- ❖ Enfisema
- ❖ Tuberculose
- ❖ Trauma de tórax
- ❖ Problemas cardíacos
- ❖ Antecedentes com problemas cardíacos
- ❖ Tabagismo

Mnemônico 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 aspecto 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 (anexo 1).
- T – Por quanto tempo o paciente está sentindo dor? O que foi tomado para diminuir a dor?





INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ❖ 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, etc.

Procedimentos diagnósticos: monitorização cardíaca e eletrocardiograma, oximetria.

Atenção: encaminhar como nível 1 – vermelho

- ❖ Dor torácica ou abdome superior de náuseas, sudorese, palidez;
- ❖ Dor torácica com alteração hemodinâmica;
- ❖ Dor torácica e PAS superior ou igual a 180, PAD igual ou superior a 120.
- ❖ Pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm;
- ❖ Taquidispnéia, cianose, carnagem, estridor (ruídos respiratórios);
- ❖ FR menor que 10 ou superior a 22.

1.10.3 Avaliação da dor abdominal aguda

A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.

Obter 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 aguda)
- ❖ Sangramentos

88 37



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ❖ Disúria/urgência urinária/urina turva/sensibilidade supra púbica

Observe:

- ❖ Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque.
- ❖ Posição do paciente (ex. 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.

Atenção: encaminhar como nível 1 – vermelho

- ❖ Dor mais alteração hemodinâmica
- ❖ PAS menor que 90 ou maior que 180/FC maior que 120 e menor que 50/PAS > 180
- ❖ Dor mais dispnéia intensa
- ❖ Dispnéia intensa
- ❖ Vômitos incoercíveis, hemetêmese.

1.10.4 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



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ❖ Roupas apropriadas ou não
- ❖ Movimentos extraoculares

Comportamento:

- ❖ Estranho
- ❖ Ameaçador ou violento
- ❖ Fazendo caretas ou tremores
- ❖ Dificuldades para deambular
- ❖ Agitação

Pensamentos:

➤ Conteúdo

- suicida
- ilusional
- preocupação com o corpo
- preocupação religiosa

Discurso:

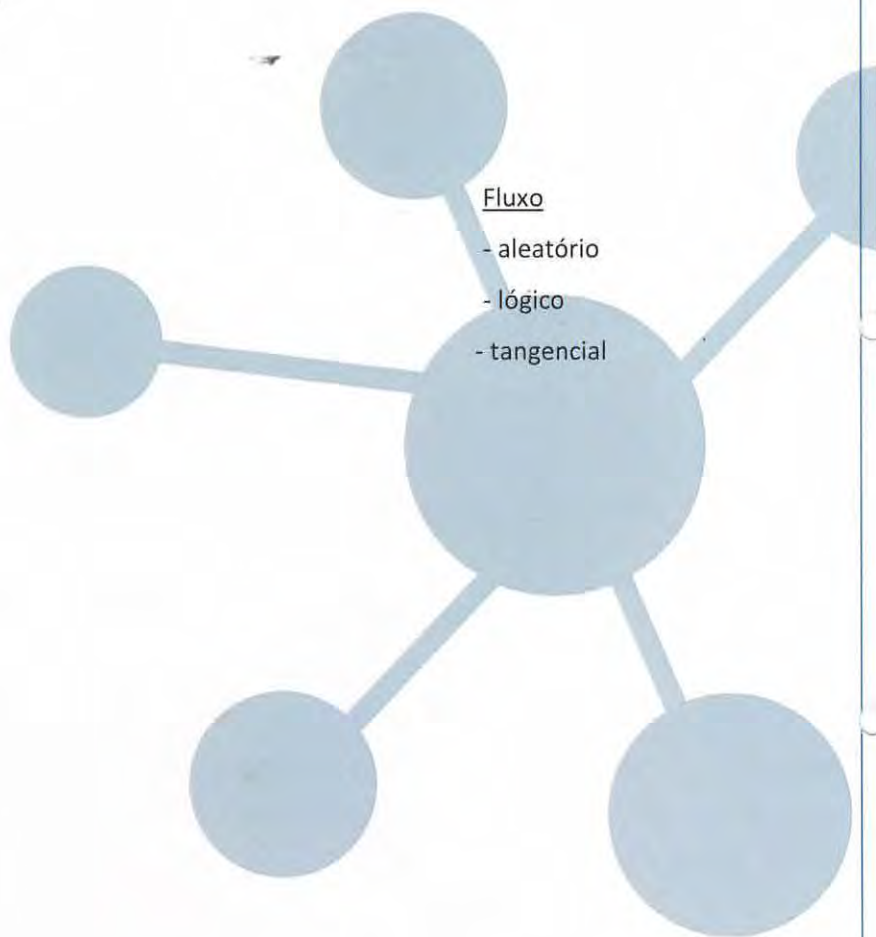
- ❖ Velocidade
- ❖ Tom
- ❖ Quantidade

Humor:

- ❖ Triste
- ❖ Alto
- ❖ Bravo
- ❖ Com medo
- ❖ Sofrendo

Capacidade cognitiva:

- ❖ Orientado
- ❖ Memória



Handwritten signature in blue ink.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ❖ Função intelectual
- ❖ Insight ou julgamento

Percepção:

- ❖ Baseado na realidade
- ❖ Ilusões
- ❖ Alucinações
 - ❖ Agitação Psicomotora
 - ❖ Antecedentes Psiquiátricos.

2. - ESCALA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

2.1

NÍVEL 1 – REANIMAÇÃO

Condições que representam ameaçam à vida (ou risco iminente de deterioração) e que requerem intervenções imediatas e agressivas.

Tempo de avaliação médica: Imediato

Apresentações habituais:

1. **Parada:** paciente em parada cardíaca e/ou respiratória (ou aqueles que aparentam estar em iminência de).
2. **Grande trauma:** lesão grave em um ou mais sistemas orgânicos. Trauma crânio-encefálico com Escala de Coma Glasgow < 10; queimaduras graves (> 25% da superfície corpórea total ou problemas nas vias aéreas) anexo 4 e 5; lesão no tórax/abdômen com presença de algum ou todos os sintomas; alteração

no estado mental, hipotensão, taquicardia, dor severa, sinais ou sintomas respiratórios.

3. **Estados de choque:** condições em que há um desequilíbrio, entre oferta de oxigênio (cardiogênico, pulmonar, perda sanguínea ou distúrbios na afinidade do oxigênio) e demanda (estados hiperdinâmicos), ou utilização (síndrome séptica). Hipotensão (PAS < 80 mmHg) e ou taquicardia (> 140 bpm) e, possivelmente, palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural, ventilação ou oxigenação ineficaz, febre, toxemia, bradicardia (< 45 bpm) em situações de pré ou parada cardíaca. Ex: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos.

4. **Inconsciência:** intoxicações/overdoses, irresponsivo, ou só resposta à dor, distúrbios metabólicos (hipoglicemia), eventos do Sistema Nervoso Central e distúrbios metabólicos podem ocasionar alteração das funções mentais desde desorientação/confusão até completa irresponsividade ou estado convulsivo. A proteção das vias aéreas e o atendimento de suporte, com avaliação imediata para determinar a causa, doença psiquiátrica com rigidez de membros.

5. **Alterações respiratórias graves.** Existem muitas causas para as alterações respiratórias, porém as causas menos graves podem ser diagnosticadas por exclusão. Eventos intracranianos graves, pneumotórax, estado de mal asmático (incapacidade de falar, cianose, letargia/confusão, taqui/bradicardia, saturação de O₂ < 90%), descompensação de DPOC, PA > 180/110 ou PAS < 80 mmHg, FR < 10 mrpm, dispnéia extrema ou fadiga muscular, insuficiência cardíaca congestiva, anafilaxia e distúrbios metabólicos graves (insuficiência renal, cetoacidose diabética). Esses pacientes necessitam de avaliação rápida das vias aéreas, respiração e circulação e intervenção médica. Medicamentos e equipamentos para tratamento da falência respiratória e ventilatória, intubação traqueal-sequência rápida, broncodilatadores, inotrópicos, vasodilatadores necessitam estar disponíveis. Ex: eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, DPOC exacerbado, edema agudo pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose.



Pacientes típicos:

- Não responsivos
- Sinais vitais ausentes/instáveis
- Desidratação grave
- Insuficiência respiratória grave

Gravidez > 20 semanas

- Apresentando partes fetais ou prolapso de cordão
- Sangramento vaginal

6. **Alteração do estado mental:** infecção, inflamação, isquemia, traumatismo, envenenamento, efeito de drogas, distúrbios metabólicos, desidratação podem afetar o sistema sensorial, desde simples déficits cognitivos até agitação, letargia, confusão, convulsões, paralisia, escala coma glasgow 9 a 13. Mesmas mudanças sutis podem estar associadas a problemas que acarretam risco de vida, embora sejam tratáveis. Todos os pacientes com alteração do estado mental devem ser submetidos à glicemia capilar.

7. **Trauma cranioencefálico:** esse problema aparece em vários níveis de classificação. Os pacientes mais graves ou que apresentam maior risco devem ser examinados rapidamente pelo médico, para determinar a necessidade de proteção de vias aéreas, tomografia e intervenção neurocirúrgica. Esses pacientes, geralmente, apresentam estado mental alterados (Escala de Coma de Glasgow ≤ 13). Pode-se esperar cefaléia intensa, perda de consciência, confusão, sintomas cervicais, convulsão e náuseas ou vômitos. Detalhes relativos à hora do impacto, mecanismo da lesão e severidade dos sintomas, além das mudanças ocorridas no decorrer do tempo são informações muito importantes.

Cuidado! Ejeção, passageiro sem cinto de segurança e choque no para-brisa, atropelamento, queda > 5 degraus, agressão com objeto rombo. Avaliar tempo do impacto, mecanismo, início, gravidade da lesão, evolução dos sintomas.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

8. **Trauma grave:** esses pacientes podem apresentar mecanismos de lesão de alto risco e sintomas graves em um ou mais sistemas, com sinais e sintomas menos graves em cada um deles. Geralmente a avaliação física desses pacientes revela sinais vitais normais ou quase normais (sinais vitais anormais, nível 1). Esses pacientes podem apresentar dor de moderada a severa e estado mental normal (ou compatível com os critérios estabelecidos para lesões cranianas de nível 2). Ferimento extenso com sangramento ativo, amputação, fratura com deformidade ou sangramento, fratura de bacia.

Cuidado! Impacto > 40 Km/h sem frear, ou > 60 Km/h freando, ejeção, capotamento, motocicleta e carro > 30 Km/h, atropelamento > 10 Km/h, desaceleração (queda > 6 metros, explosão), perda da consciência, fraturas 1ª e 2ª costelas ou 9ª, 10ª, 11ª ou mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, órbitas no local.

9. **Dor ocular:** escala de dor 8-10/10. A exposição química (ácidos ou alcalinos) causa dor severa e visão embaçada, usualmente associada à fotofobia e a secreção nos olhos (bleforrêia). Esses pacientes devem receber analgésicos tópicos, e seus olhos devem ser lavados de acordo com diretrizes locais (15 minutos para ácidos e 30 minutos para alcalinos). Sugere-se a avaliação médica com lâmpada de fenda após a lavagem. O prazo para avaliação médica pode ser retardado se o protocolo de tratamento puder ser implementado na ausência de ordens médicas. Outras condições dolorosas como glaucoma e irite, podem estar associadas a deficiências visuais, e exigem avaliação médica imediata. Pacientes que apresentam corpos estranhos, como partículas de solda, localizados na córnea, ou queratite solar seriam beneficiados com a aplicação de analgésico tópico; o prazo de espera para a avaliação médica pode ser retardado se a dor for controlada. Caso a dor não seja controlada, o diagnóstico deve ser reconsiderado.

10. **Queimaduras:** 2º e 3º em SCQ entre 10 e 25% (anexo 4) ou áreas críticas (face, períneo), queimaduras elétricas.

11. **Dor torácica:** é um dos sintomas apresentados que causam maior dificuldade de classificação para as enfermeiras que realizam classificação de risco, e médicos do serviço de emergência. A isquemia cardíaca se manifesta de muitas maneiras, e frequentemente nos deparamos com avaliações longas e detalhadas



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

que nem sempre conduzem a uma conclusão definitiva. Pacientes cometidos de dor visceral, não traumática, apresentam grande probabilidade de ter síndromes coronarianas significativas (infarto agudo do miocárdio, angina instável). A documentação cuidadosa da atividade desenvolvida pelo paciente quando do início dos sintomas, a duração de cada episódio, a natureza, o local, a irradiação, sintomas associados, fatores agravantes e de alívio e perfil de risco, influenciam a capacidade de prever a ausência ou presença de doença coronariana significativa.

CUIDADO: Infarto do miocárdio, angina de peito ou embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos.

- ❖ **Dor visceral:** é contínua (dura mais do que poucos segundos e quase sempre entre 2 a 5 minutos). É descrita como sensação de compressão, dor em aperto, peso, queimação ou apenas desconforto. Caso haja sintomas associados (como sudorese, náuseas e falta de ar), e ou irradiação para o pescoço, mandíbula, ombro (s), costas, braço (s) então a probabilidade de uma etiologia será aumentada bastante. Dor contínua, de 30 segundos a 30 minutos (angina) ou > 30 minutos (infarto).

CUIDADO! Doença coronariana provável.

- ❖ **Dores agudas súbitas:** podem estar associadas a problemas na parede torácica, mas também podem ocorrer devido a embolia pulmonar, dissecção da aorta, pneumotórax, pneumonia ou outros problemas graves associados à ruptura vascular ou de vísceras. Esses pacientes normalmente apresentam dor aguda severa, súbita persistente ou associada a outros sintomas (falta de ar, síncope/pré-síncope) ou presença de fatores de risco significativos.
- ❖ **Dores agudas não severas** ou aquelas facilmente desencadeadas pela palpação ou agravadas por tosse, respiração profunda ou movimentos, com sinais vitais normais podem aguardar a avaliação médica (nível 3 ou 4).
- ❖ **Infarto agudo do miocárdio prévio, angina ou embolia pulmonar:** pacientes com tais antecedentes devem estar no nível 2, não importando a característica da dor.

12. **Dor abdominal:** a intensidade da dor, isoladamente, não é suficiente a predizer condições médicas ou cirúrgicas. Dores viscerais (constantes, com sensação de dor, pressão, queimação e aperto) associadas a sintomas (náuseas, vômitos, sudorese, irradiação ou dor reflexa) e a sinais vitais alterados (hipertensão, hipotensão, taquicardia, febre) são provavelmente características de problemas mais



sérios, e requerem pronta investigação, tratamento e alívio da dor. A avaliação de dores de curta duração (como as câimbras), intermitentes e dores agudas, não acompanhadas de anormalidades nos sinais vitais, podem ser adiadas. Há uma sobreposição significativa entre condições menos graves e extremamente graves, como a ruptura de aneurisma de aorta abdominal (idade superior a 50 anos), gravidez ectópica (mulheres entre 12 a 50 anos), perfuração de vísceras, apendicite, obstrução intestinal, colangite ascendente. Isso significa que a dor abdominal severa (8-10/10) deve levar os profissionais de saúde a agirem com prudência, quando defrontados com dor visceral ou dor súbita, sobretudo quando associadas a outros sintomas.

13. **Overdose:** em casos de overdoses intencionais, não é seguro tentar estabelecer quais agentes foram ingeridos e em que quantidade. Esses pacientes necessitam de avaliação médica precoce ou orientação, em relação à necessidade de dosagem para substâncias tóxicas, monitoramento ou métodos para prevenir a absorção, aumentar a eliminação ou administração de antídotos a serem administrados. Pacientes com qualquer sinal de toxicidade (estado mental alterado, sinais vitais anormais) devem ser rapidamente examinados (em menos de 5 minutos).

14. **Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe:** As causas relacionadas ao trato digestivo alto normalmente causam mais instabilidade. Vômitos com sangue vivo, vômito em borra de café e melena são típicos de fontes de sangramento do trato digestivo superior. Fezes (melena) castanho-avermelhadas, com sangue escuro ou vermelho vivo, também podem ter origem no trato digestivo superior, mas são mais prováveis de terem sua origem no trato digestivo inferior. A origem do problema não é tão importante quanto o tratamento do paciente com instabilidade hemodinâmica (PA Sist. < 100 mmHg ou FC > 120 bpm). Uma mensuração normal de sinais vitais não garante a estabilidade hemodinâmica.

15. **Acidente vascular cerebral:** pacientes com graves déficits neurológicos podem necessitar de proteção de vias aéreas ou de tomografia computadorizada de emergência para determinar critérios para trombólise, anticoagulação, intervenção neurocirúrgica ou estabelecimento de prognóstico. Caso



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

o sintoma tenha começado há menos de 4 horas, o prazo para a tomografia computadorizada é um elemento crítico para as estratégias de tratamento.

16. **Asma:** a asma grave é mais bem definida mediante uma combinação de medidas objetivas (volume expiratório forçado [VEF]; fluxo expiratório forçado máximo [FEF]; saturação de oxigênio) e fatores clínicos relacionados à gravidade dos sintomas, sinais vitais e história prévia de episódios graves. A melhor medida de severidade e parâmetro para a terapêutica é fornecida por algum tipo de teste espirométrico. Se o VEF e FEF forem interiores a 40% do previsto ou do melhor resultado anterior, o paciente é considerado grave, e requer tratamento imediato e observação continua até que apresente sinais de melhora.

17. **Dispnéia:** é um sintoma subjetivo e pode favorecer pouca correlação com a função pulmonar ou deficiência na captação e distribuição do oxigênio. Dependendo a idade, do histórico e da avaliação física, pode ser difícil distinguir entre asma, DPOC, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, pneumotórax, pneumonia, difteria, epiglote, anafilaxia ou uma combinação de problemas. O início e a duração dos sintomas, os sinais vitais e a ausculta pulmonar freqüentemente permitem intervenção rápida na maioria dos casos de falta de ar.

18. **Anafilaxia:** Reações alérgicas graves podem piorar rapidamente. Pacientes com histórico de asma são particularmente de alto risco de mortalidade. Deve-se suspeitar de problemas se houver quaisquer sintomas respiratórios ou queixas de aperto na garganta. A verdadeira anafilaxia envolve diversos sistemas: sistema nervoso central (alteração do estado mental, convulsão, coma), cardiovascular (hipotensão/taquicardia, colapso vascular/choque), respiratório (sibilo, cianose, tosse), pele (urticária, coceira com todo tipo de erupção não purpúrica), digestivo (vômitos, dor abdominal, diarreia), renal... O histórico relativo ao tempo de exposição e ao tipo de agente até o início dos sintomas é importante na determinação da causa e norteiam as recomendações feitas durante o acompanhamento e a alta.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

19. **Sangramento vaginal/dor pélvica aguda ou dor em baixo ventre:** pacientes com sangramento vaginal ou com dor aguda no baixo ventre, devem ser examinadas quanto à possibilidade de gravidez ectópica ou outros problemas sérios associados à gravidez. Pacientes com sinais vitais anormais (hipotensão) devem ter acesso venoso estabelecido e ser avaliadas rapidamente pelo médico. Mesmo que a dor seja apenas moderada (4-7/10) ainda é possível tratar-se de gravidez ectópica ou descolamento/distúrbios fetais. Pacientes com 20 semanas ou mais de gravidez devem ser examinadas imediatamente e transferidas para Hospital e/ou UPA Francisco Morato de Caieiras.

20. **Infecções graves, sepse:** pacientes com infecções bacterianas ou síndromes sépticas geralmente tem aparência ruim e apresentam um ou mais sinais físicos alterados, como estado mental, sinais vitais, saturação de oxigênio. História de febre ($> 38,5^{\circ}$) ou calafrios, com tremores devem ser elucidados (tremor é um episódio que o paciente não pode controlar: ranger os dentes, cama balança), erupções purpúricas na pele (sem descoloração, como por exemplo, petéquias) podem estar associadas à meningite.

21. **Hipertermia:** com sinais de letargia (qualquer idade) deve resultar em rápida avaliação pelo médico para verificação de doenças bacterianas graves, como por exemplo, meningite.

22. **Vômito e diarreias:** com suspeita ou sinais de desidratação. Os sinais de desidratação não são sempre confiáveis, principalmente mais jovens.

23. **Psicose aguda (doença psiquiátrica ou comportamental) /agitação extrema:** esses pacientes podem estar sofrendo de distúrbios metabólicos, envenenamento ou outros problemas orgânicos, se psicose/agitação aguda fizer parte de um quadro psiquiátrico, o paciente e o departamento serão beneficiados com a administração precoce de antipsicóticos, sedativos (contenção química) ou, se necessário, contenção mecânica. O histórico fornecido por outros serviços de saúde (comunidade, enfermeiras, médicos), ou por testemunhas, cuidadores, família, amigos, além da avaliação física e de





INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

sinais, geralmente permitirá a identificação de risco sob uma perspectiva médica (overdose, eventos do Sistema Nervoso Central, hipoglicemia...).

- ✓ Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão;
- ✓ Risco imediato para si ou para outrem;
- ✓ Agitação extrema;
- ✓ Necessidade de contenção;
- ✓ Paciente desmaiado;
- ✓ Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação;
- ✓ Avaliar passado de doença psiquiátrica (para uso rápido de anti-psicóticos).

24. **Diabetes:** identificação do diabético, histórico fornecido por terceiros, avaliação física, sinais vitais e exame de glicemia capilar são úteis na identificação de diabéticos com hiper ou hipoglicemia. Diaforese e ou estado mental alterado são típicos de hipoglicemia. Alteração do estado mental, visão embaçada, febre, vômitos, anormalidades no pulso e respiração (rápida e profunda) são mais típicos de níveis de glicose elevados, com ou sem cetoacidose diabética.

- ✓ Sudorese (hipoglicemia)
- ✓ Alteração mental (hipo-hiperglicemia)
- ✓ Febre
- ✓ Vômito
- ✓ Visão borrada
- ✓ Pulso anormal
- ✓ Dispnéia (rápida e profunda)

CUIDADO! Avaliar a glicemia



25. **Cefaléia:** esta queixa aparece em diversos níveis de triagem. Há preocupação em relação ao atraso no diagnóstico de catástrofe do sistema nervoso central (hemorragia subaracnoidea, epidural, subdural, meningite/encefalite) as quais podem apresentar características comuns como a enxaqueca. Também é considerado importante instituir terapia abortiva, com agentes não-opiáceos em tempo oportuno, objetivando diminuir dor e sofrimento desnecessários em pacientes com enxaqueca, reduzindo o tempo de permanência no departamento de emergência. A chave para o diagnóstico/estratificação de risco baseia-se, principalmente, no histórico do início, evolução, duração do problema, sintomas associados e história de episódios similares. A atividade desenvolvida pelo paciente no início do episódio, se a dor for repentina, sintomas cervicais, náuseas/vômitos, estado mental, são questões fundamentais. É importante estabelecer o que o paciente quer dizer quando se refere a “dor súbita”. Todas as dores, na verdade, são súbitas. O que é crítico para o diagnóstico médico é o tempo decorrido para que a dor atinja intensidade máxima. As dores são piores quando começam (“parece que alguém me acertou com um martelo” ou foi como um “ribombar de trovão”), e que atingem o pico depois de alguns segundos são normalmente sérias. Dores que começam rapidamente (5 a 30 minutos) são típicas de enxaqueca. Dores mais graduais nem sempre são benignas, mas raramente estão associadas às “catástrofes” como sangramento intracraniano.

- Intensa, súbita ou rapidamente progressiva;
- Rigidez de nuca;
- Náusea – vômito
- Alteração estado mental;
- Sinais neurológicos focais (paresia, afasia).

26. **Dor intensa:** (escalas de dor): quando um paciente alega ter dor entre 8-10/10, e não aparenta estar em sofrimento, ou parece ter algo que deveria estar associado à dor intensa, é conveniente perguntar qual a experiência mais dolorosa que o paciente já sofreu. A primeira dor que alguém experimenta é por definição 10/10. Se o paciente compara a dor sentida neste momento com outras situações que normalmente se caracterizam como dor severa, como dores do parto, fratura óssea, cólica renal,

enxaqueca ou outras condições, o profissional de saúde tem parâmetro útil para ajudá-lo a decidir qual o nível de triagem apropriado. Pode-se também tentar obter ordem verbal do médico para administração de analgésicos. Idosos com suspeita de dor intensa (mas incapazes de quantificar a dor) devem ser tratados como se apresentassem nível de dor de 8-10/10.

- Aguda, central (cabeça, tórax, abdome);
- Aguda, periférica (em extremidades), com isquemia;
- Luxação (ortopedia);
- Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em MMII.

27. **Abstinência de drogas (grave):** (Delirium tremens ou outro): Esses pacientes podem, algumas vezes, ter seus sintomas confundidos com problemas psiquiátricos agudos. Ocasionalmente, pode-se assumir que os conhecidos usuários de drogas se encontram no departamento de emergência por problemas não médicos, e há risco de que seus problemas sejam subestimados. Convulsões, coma, alucinações, confusão, agitação (tremores), sinais de excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, hiperpirexia), dor abdominal/torácica, vômitos, diarreia são parte de um conjunto de sinais e sintomas associados à abstinência de drogas e álcool.

- Convulsão;
- Coma;
- Alucinações;
- Confusão mental;
- Agitação;
- Excesso catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre);
- Dor abdominal/torácica;



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Vômito, diarreia.

28. Dados vitais alterados com sintomas.

- FC < 50 ou > 140;
- PAS < 90 ou > 220 mmHg;
- PAD > 130;
- Temperatura axilar < 35 ou > 40°C;
- Febre em imunocomprometido ou paciente não parecer estar bem
- FR < 10 ou > 32 ipm.

29. Gravidez > 20 semanas:

- Trabalho de parto (contrações cada 2 minutos);
- Ausência de movimentos fetais, hipertensão com ou sem cefaléia, edema, dor abdominal;
- Pós-parto imediato (mãe e criança).

2.2

NÍVEL 3 - URGÊNCIA

Condições que podem potencialmente evoluir para um problema sério, que necessite de intervenção de emergência. Pode estar associado a desconforto significativo, ou afetar a capacidade de trabalho ou atividades de vida diária. Atendimento médico entre 15 – 30 minutos.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Reavaliação cada 30 minutos

1. **Trauma crânio-encefálico:** esses pacientes podem ter sofrido um mecanismo de alto risco. Pacientes devem estar alerta (Escala de coma de Glasgow = 15 (anexo 2)), com dor moderada ($< 8/10$) e náuseas ou vômito. Devem ser classificados como nível 2 se piorarem, ou simplesmente parecerem não estar bem.

- Sem perda da consciência
- Alerta (ECG 14 e 15)
- Cefaléia moderada (4-7/10)
- Sem dor cervical
- Náuseas ou vômito

2. **Trauma moderado:** pacientes com fraturas ou luxações, ou entorses com dor severa (8-10/10). Intervenção de enfermagem com talas/analgésico justifica atraso na intervenção/avaliação do médico. As luxações devem ser reduzidas prontamente, de modo que a avaliação, pelo médico, deve ocorrer em menos de 30 minutos. Pacientes são “estáveis” (sinais vitais normais ou próximos ao normal).

- Dados vitais normais;
- Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada (4-7/10);
- Tatuagem traumática;
- Ferimento menor, com sangramento compressível;
- Mordedura extensa;
- Trauma torácico com dor leve – moderada sem dispneia.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

3. **Asma, leve/moderada:** Pacientes com falta de ar ao realizar esforços, tosse freqüente, ou despertar noturno (incapacidade de ficar deitado sem apresentar sintoma), e que apresentem VEF > 60% e saturação de oxigênio $\leq$ 92-94%. Asma moderada é aquela com VEF > 60% e saturação de oxigênio < 95%. Pacientes com asma grave podem apresentar crises moderadas. A existência de documentação contendo procedimentos médicos já realizados e padrão das crises anteriores (intubação, unidade de terapia, internações freqüentes) pode contribuir para identificar pacientes de alto risco. Não é seguro atribuir nível de classificação baixa a um asmático que procurou o serviço devido à piora dos sintomas respiratórios. Esses pacientes devem ser colocados em área do departamento de emergência onde não só possam ser observados, como reavaliados, e também, onde o acompanhamento ou o próprio paciente ser capazes de relatar qualquer piora à equipe de emergência.

4. Queimaduras

- Queimaduras de 2º e 3º graus, áreas não críticas, SCQ < 10%;
- 1º grau > 10% SCQ, áreas não críticas;
- 1º grau, face e períneo;
- Mãos e pés.

5. **Dispnéia leve/moderada:** pacientes com pneumonia, DPOC, infecções de vias aéreas superiores, difteria podem queixar-se ou aparentar dispnéia. Como nem sempre é simples quantificar esse sintoma, é possível avaliar os sinais vitais e outros sintomas associados para decidir a necessidade de investigação urgente ou tratamento. Medidas objetivas como VEF ou saturação de oxigênio ajudam, sobretudo se há sibilos ou se DPOC é conhecida.

- Asma com dispneia ao exercício;
- Tosse frequente;
- Incapacidade de dormir;



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Consegue falar frases mais longas;
- Asma e saturação O₂ 92-94%.

Diagnóstico diferencial: DPOC, pneumonia, IVAS.

6. **Dor torácica:** dor aguda, localizada, que piora com inspiração profunda, tosse, movimentos ou palpação, não associada à falta de ar, ou outros sinais indicativos de doença cardíaca ou pulmonar. São geralmente devidas a problemas na parede torácica ou irritação de um dos revestimentos internos (pleurisia ou mesmo pericardite). Pacientes idosos ou aqueles que já tiveram infarto ou angina, acometidos por esse tipo de dor, devem ser considerados como nível 2. Nenhuma das características de dor visceral deve estar presente (veja nível 2 – dor torácica).

- Dados vitais normais;
- Localizada, em fincada piora com respiração profunda, tosse, dispnéia, palpação;

Ex: dor parede torácica, pleurite, pericardite.

CUIDADO! Idosos, diabéticos, infarto ou angina prévia.

7. Dor abdominal:

- Dados vitais normais;
- Aguda, moderada (4 – 7/10);
- Distensão abdominal;
- Retenção urinária;
- Prostração;
- Febre;
- > 65 anos.



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

8. História de Diabetes mellitus

- Desidratação acentuada;
- Glicemia > 320 ou < 50 mg/dL.

9. **Sangramento gastrointestinal/hemorragia digestiva:** sangramento alto ou baixo, sem sangramento ativo, com sinais vitais normais. Há sempre a possibilidade de piora, de modo que se deve repetir a mensuração de sinais vitais durante os 30 minutos de espera ou se houver mudança de estados/sintomas.

- Dados vitais normais;
- Sangramento não atual.

10. **Sangramento vaginal e gravidez:** ausência de dor ou dor leve ($\leq 4/10$), com sangramento que não seja grave, primeiro trimestre (data da última menstruação ≥ 4 semanas e ou $\square$ HCG prévio positivo) e sinais vitais normais.

11. **Convulsão:** distúrbio convulsivo prévio ou ataque recente, porém breve (< 5 minutos). Alerta, respiração normal, proteção de vias aéreas (mordedura normal), sinais vitais normais.

- Dados vitais normais;
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas;
- Primeiro episódio, mas curto (< 5 minutos);
- Pós comicial, mas alerta;
- Respiração normal.

Handwritten signature and initials in blue ink.