



SAÚDE



Guia Orientador da Rede de Urgência e Emergência

Acolhimento com classificação
de risco e fluxogramas de
atendimento

2021

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde

GUIA ORIENTADOR DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**Acolhimento com classificação de risco
e fluxogramas de atendimento**

Rio de Janeiro/RJ
2021



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com citação da fonte.

© 2021 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

**Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio)
Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE)**

Rua Afonso Cavalcanti, 455 / 8º andar / Sala 801 – CEP 20211-110

Tel.: (21) 3971-1899 / E-mail: assessoria.subhue@gmail.com

www.prefeitura.rio/web/sms

Eduardo Paes

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Daniel Soranz

Secretário Municipal de Saúde

José Carlos Prado Júnior

Subsecretário Geral

Teresa Cristina Navarro Vannucci

Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Responsável pela elaboração

Marta Côrtes – Enfermeira (Assessoria de Humanização)

Responsáveis técnicos

Marta Côrtes – Enfermeira

Patrícia Barbastefano – Enfermeira

Jacqueline Fuly – Enfermeira

Thaís Cecílio da Costa – Enfermeira

Marcele Araújo – Enfermeira

Silvia Helena Pinto Araújo – Médica

Luiz Alexandre Essinger – Médico

Paulo de Oliveira Silveira – Médico

Revisão técnica

Marta Côrtes – Enfermeira

Patrícia Barbastefano – Enfermeira

Jacqueline Fuly – Enfermeira

Thaís Cecílio da Costa – Enfermeira

Luiz Alexandre Essinger – Médico

Marcele Araújo – Enfermeira

Daniele Santiago – Enfermeira

Rita Grijó – Enfermeira

Ana Lucia Eiras Neves – Médica

Supervisão de Design

Aluisio Bispo

Capa e Projeto Gráfico

Victor Lima

Diagramação

Eduardo Andrade

Iury Camisão

Jessica Prisciane

Ricardo Loureiro

Sandra Araujo

Victor Lima

Colaboradores

Dr. Almir Luiz Antunes Junior

Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal Fluminense (UFF)
Membro Internacional da *American Academy of Orthopedic Surgeons*
Chefe do Serviço de Ortopedia do Hospital Municipal Souza Aguiar

Dra. Denise Scofano Diniz

Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)
Médica apoiadora do Ministério da Saúde / SOS Emergência

Dra. Eliane Diniz Calasans

Gestão e planejamento voltados para Saúde da Família – Unicamp
Assessora da Coordenação Médica Assistencial e Preceptora da Residência Médica em Pediatria do Hospital Municipal Lourenço Jorge

Dr. Luiz Alexandre Essinger

Especialista em Cirurgia Vasculare e Terapia Intensiva
Pós-Graduação em Gestão Executiva / Coppead e Gestão de Emergências do SUS/Ministério da Saúde (MS)
Mestre em Cirurgia pela UNIRIO/RJ

Dra. Silvia Helena Pinto de Araújo

Médica Especialista em Cirurgia Geral
Diretora de Pacientes Externos do Hospital Municipal Miguel Couto

Dr. Márcio Rondinelli

Médico Chefe da Clínica da Dor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)
Especialista e Certificado para o Tratamento da Dor

Dr. Gilberto Freitas

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT)
Chefe do Serviço de Ortopedia do Hospital Municipal Albert Schweitzer

Enf. Patrícia Barbastefano

Enfermeira Obstétrica
Mestre em enfermagem pela UERJ
Diretora da Maternidade Alexander Fleming

Enf. Marta Ferreira Côrtes

Assessora Técnica – SUBHUE
Pós-Graduada como Especialista em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde – ENSP/FIOCRUZ/RJ
Certificada pelo Instituto Israelista Albert Einstein e pelo CONASS para planificação do SUS
Certificada pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (*Manchester Triage Group Protocol*)

Dr. Hugo Fagundes

Superintendente de Saúde Mental – SUBHUE/SMS-Rio

Dr. Daniel Giani Marcos Dias

Cirurgião Geral e Vasculare – Médico
Diretor do Hospital Municipal Lourenço Jorge

Dra. Naiza Cruz de Souza

Membro do Comitê de Pediatria da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ)
Diretora do Serviço de Pediatria do Hospital Municipal Lourenço Jorge

Dr. Ney Coutinho Pecegueiro do Amaral

Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Municipal Miguel Couto
Mestre em Ortopedia pela UFRJ

Dra. Carla Porto Brasil

Médica Sanitarista
Superintendente de Hospitais Pediátricos e Maternidades – SMS-Rio

Dra. Fátima Cristina Penso

Mestre em Saúde Coletiva na Assistência à Saúde da Mulher – IFF/ENSP/FIOCRUZ
Coordenadora materno-infantil do Hospital Municipal Lourenço Jorge

Enf. Jacqueline Fuly Marques

Coordenação Geral de Enfermagem da Empresa Pública de Saúde – Rio Saúde
MBA – Gestão em Saúde e Controle de Infecção (CCIH)
Curso de Especialização de Qualidade em Saúde e Segurança de Paciente

Enf. Thaís Cecílio da Costa

Coordenadora de Enfermagem do Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro
Especialista em Saúde da Família, Obstetrícia e Preceptora do SUS

Dr. Paulo de Oliveira Silveira

Superintendente de Urgência e Emergência/SUBHUE/SMS-Rio
Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia
Membro do Colégio Americano de Cirurgias

Dra. Ana Lucia Eiras das Neves

Médica – Assessora Especial SMS-Rio
Mestre em Medicina – MSc (UFRJ)
Pós-Graduação – MBA Executivo em Saúde (COPPEAD/UFRJ)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Dr. Édio Junior Cavallaro Magalhães

Membro titular da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial (ABORL – CCF)
Sócio efetivo da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPe)
Médico Estatutário Subchefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Endoscopia Peroral do Hospital Municipal Souza Aguiar
Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital São Lucas Copacabana

Psicol. Amanda Almeida Mudjalieb

Assessora técnica – Superintendência de Maternidades da SMS-Rio
Psicóloga, especialista e mestre em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	7
OUTROS DISPOSITIVOS: GERENCIAMENTO DAS EXPECTATIVAS DOS FAMILIARES E/OU ACOMPANHANTES	8
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	9
PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	11
PROTOCOLOS PEDIÁTRICOS (PARÂMETROS)	13
PROTOCOLOS CLÍNICOS	16
Cefaleia	16
Criança irritadiça	18
Diabetes.....	20
Diarreia e/ou vômitos	22
Dispneia em adultos	24
Dispneia em crianças	26
Dor abdominal em adultos	28
Dor de garganta	30
Dor lombar	32
Dor torácica.....	34
Erupção cutânea.....	36
Infecções locais e abscessos.....	38
Overdose e envenenamento	40
Problemas em olhos	42
Problema em ouvidos	44
Problemas urinários	46
Queimaduras	48
Sangramento vaginal.....	50
Trauma cranioencefálico	52
Trauma maior.....	54
Trauma tóraco-abdominal.....	56

PROTÓCOLOS PARA SITUAÇÕES DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS (AVALIAÇÕES PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA)	58
Situação de múltiplas vítimas – avaliação primária	58
Situação de múltiplas vítimas – avaliação secundária	60
PROTÓCOLOS DE ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS.....	62
Traumato-ortopedia	62
Oftalmologia	64
Cirurgia vascular.....	66
Síndrome gripal covid-19.....	68
Otorrinolaringologia	70
Neurocirurgia	72
Saúde mental	74
Cirurgia geral	76
Urologia.....	78
Violência sexual.....	80
Aborto legal por violência sexual	82
PROTÓCOLOS OBSTÉTRICOS	86
Desmaio e mal estar geral	86
Dor abdominal/lombar/contrações uterinas.....	88
Dor de cabeça/tontura/vertigem.....	90
Falta de ar/sintomas respiratórios.....	92
Febre/sinais de infecção	94
Náuseas e vômitos.....	96
Perda de líquido vaginal.....	97
Perda de sangue vaginal	98
Relato de convulsão	100
Queixas urinárias	102
Parada/redução de movimentos fetais (MF).....	104
ACOLHIMENTO	106
PROTÓCOLO DA DOR	109
FERRAMENTAS ÚTEIS	121
INDICADORES.....	124
APÊNDICE.....	126
REFERÊNCIAS.....	127

APRESENTAÇÃO

Este manual é o resultado de uma construção coletiva cuja sustentação está apoiada na experiência acumulada nestes últimos cinco anos de cogestão com práticas humanizadoras por meio dos profissionais na cidade do Rio de Janeiro.

Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência, dividindo com os profissionais um pouco de suas experiências, servindo de estímulo para que essas e outras ações possam ser trabalhadas e levadas ao conhecimento da comunidade de saúde, incrementando, assim, o compartilhamento das ideias e estimulando a busca por novos saberes.

O manual inclui o Protocolo de Classificação de Risco, com sinais e sintomas clínicos, pediátricos e obstétricos, apresentado por meio de fluxogramas de atendimento e que tem nessas ferramentas de apoio a caminhada no sentido da inclusão dos trabalhadores e mudanças de práticas de atenção e gestão. A expectativa é destacar o processo de implementação dos dispositivos, ressaltando novos experimentos vivenciados nesta cidade e seus principais resultados na introdução de mudanças nos modos de cuidar e gerir, considerando a participação direta das equipes de urgência e emergência da cidade do Rio de Janeiro.

Além disso, é um instrumento que contribui para o acesso qualificado e o atendimento resolutivo, buscando autonomia dos gestores, trabalhadores e usuários.

INTRODUÇÃO

As urgências apresentam alguns desafios. Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro desenvolveu um projeto com processos prioritários para o fortalecimento da gestão, com objetivos e definições claras de ações e marcadores de saúde (acesso, significação, responsabilização, resolutividade e autonomia), nos conduzindo a uma melhor organização e autonomia da gestão.

O desafio é resgatar a integralidade do cuidado do indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho em rede, uma requalificação das relações entre equipes/usuário e serviços com base em valores, respeito às singularidades e necessidades dos usuários. Dessa forma, não dá mais para pensar a problemática hospitalar de forma isolada, sendo necessário projetar as decisões a serem adotadas e as políticas que se pretendem formular no cenário mais amplo e complexo de um sistema submetido a um conjunto de variáveis. A propósito, a literatura internacional tem privilegiado a temática da integração de sistemas de saúde como um dos grandes desafios contemporâneos, e a redefinição do papel do hospital é parte importante nesse processo.

O entendimento desse contexto sob a ótica da proposta de gestão impõe um (re)ordenamento e uma redefinição de ações. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2000), o novo papel dos hospitais exige deles um conjunto de características:

- Ser um lugar de eventos agudos;
- Ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidade terapêutica;

- Apresentar densidade tecnológica compatível com suas funções, ter unidade de tratamento intensivo e semi-intensivo, unidade de internação, centro cirúrgico, unidade de emergência, unidade de apoio diagnóstico e terapêutico, unidade de atendimento ambulatorial etc.

Nesse contexto destaco o desafio de promover uma maior inserção dos hospitais no SUS, entendido como um princípio que permite a integração funcional na rede de serviços disponíveis para a população. Assim, a discussão sobre o papel da atenção hospitalar na rede de serviços de saúde ganha concretude ao alinhar a questão hospitalar ao cumprimento de sua missão institucional que é da efetividade social.

A partir de nossas observações avaliativas e interlocuções mais recentes com os serviços e trabalhadores comprometidos com a transversalização, consideramos necessário a inserção das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), com destaque para o Acolhimento com Classificação de Risco.

“O Acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário” (PNH/MS,2006).

Entendido como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes, para melhor escutar e atender às necessidades e singularidades dos usuários.

OUTROS DISPOSITIVOS: GERENCIAMENTO DAS EXPECTATIVAS DOS FAMILIARES E/OU ACOMPANHANTES

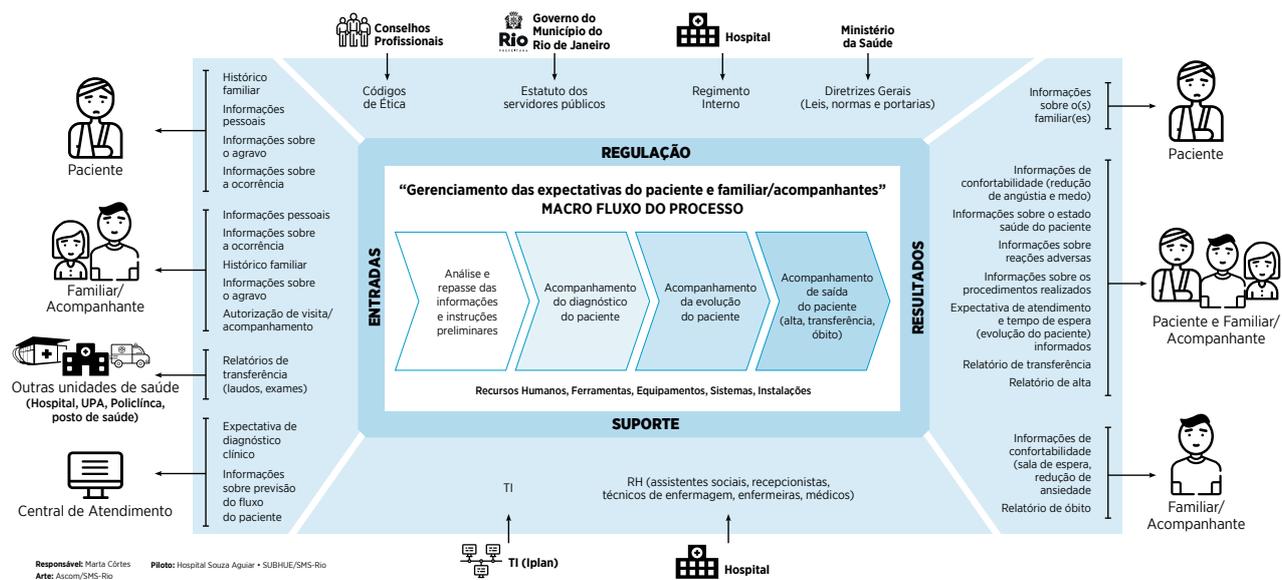
Nos contratos internos de gestão, bem como em discussões sobre a diretriz do acolhimento, foi identificada, por meio das interlocuções de saúde (ouvidoria), a necessidade da comunicação/informação para os usuários, familiares e/ou acompanhantes, ampliando, assim, os processos de socialização e de informações pertinentes ao estado de saúde do usuário, minimizando a angústia e o sofrimento daqueles que ali entraram para atendimento.

Os objetivos desse processo são: efetivar um trabalho em equipe com responsabilização, garantindo os princípios do SUS; diminuir os problemas de gestão relacionados aos ruídos provocados pela insuficiência de comunicação/informações; prestar informações estratégicas aos usuários, familiares e rede social, visando dar maior visibilidade e melhor dinâmica no acompanhamento dos pacientes que ali chegam, aumentando, assim, o grau de satisfação dos usuários, familiares e/ou acompanhantes.

Diagrama Analisador

Assim foi instituída uma importante marca quanto à humanização dos serviços, implementando essas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH). Dessa forma, passamos a fazer uma aposta no modelo tecnoassistencial, que é um conjunto de equipamentos assistenciais e/ou serviços articulados, inserido em um território, com definição de finalidade, construindo, assim, o entendimento de que uma rede de atenção à saúde não pressupõe maior relevância em relação à outra rede. Pelo contrário, o cuidado só consegue ser produzido de forma integral pela articulação de redes entre si.

Diagrama de Escopo e Interface do processo



“Diagrama em que se desenha certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção.” (Merhy, E.) 2003. **Ver o Apêndice no final desta publicação.**

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Acolhimento com Classificação de Risco como prática constituinte de todas as práticas de atenção e gestão foi eleita, nos serviços de urgência e emergência, como foco para esse manual.

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros dos serviços de saúde.

O Acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário, no reconhecimento das suas necessidades em saúde, e na responsabilização pela resolução dos casos, com a ativação de redes de compartilhamento de saberes.

A Classificação de Risco (um dispositivo da PNH) é uma ferramenta de organização de fila e de fluxos interno e externo para aqueles que têm sinais de maior gravidade, que têm risco de agravamento, maior sofrimento e maior vulnerabilidade, e não por ordem de chegada. A Clas-

sificação de Risco também tem outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado; informar o paciente, quando for o caso, que ele não corre risco imediato (assim como a seus familiares), e sobre o tempo provável de espera; e promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo.

A Classificação de Risco isoladamente não garante uma melhora na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de riscos e a tradução destes na rede de atenção à saúde

A Classificação de Risco é feita por enfermeiro regulamentado pela resolução nº 423/2012, de acordo com critérios pré-estabelecidos por meio de protocolos firmados (Manchester).

É preciso que a equipe de saúde se reúna para discutir como está sendo feito o atendimento no serviço: qual o “caminho” do usuário desde sua chegada ao serviço de saúde, por onde entra, quem o recebe, enfim, todos as etapas que o usuário percorre e como é atendido.

Acolhimento significa pensar na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser, também, um dispositivo de acionamento de redes internas e externas, multiprofissionais comprometidos com as respostas às necessidades dos usuários e familiares.

O Acolhimento com Classificação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e emergência, e na implementação da produção de saúde e redes, extrapolando o espaço de gestão local firmado no cotidiano das práticas em saúde.

Nesse sentido, os processos de Acolhimento com Classificação de Risco têm como objetivos: humanizar e melhorar o acesso dos usuários, mudando a forma tradicional de filas e ordem de chegada mediante uma escuta qualificada, definindo sua real necessidade em saúde; classificar, mediante protocolo e escuta, as queixas dos usuários, visando identificar os que necessitam de atendimento médico imediato; utilizar esse encontro trabalhador/usuário como instrumento de integralidade; construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência, considerando a rede de serviços da assistência à saúde.

PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar a classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco de perder a vida;
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico;
- Determina a prioridade para o atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança;
- Devem ser consideradas as expectativas dos pacientes e de seus familiares;
- Deve ser considerado o tempo em que a intervenção médica possibilitará melhor resultado;
- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação;
- Constitui guia de treinamento das equipes na implantação da Classificação de Risco (CR) nas portas de entrada;
- Constitui documento de referência do Ministério Público.

IMPORTANTE: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado, de forma responsável, a uma unidade de saúde de referência. É possível verificar a unidade de Atenção Primária de referência do paciente digitando o seu endereço na plataforma Onde Ser Atendido (prefeitura.rio/ondeseratendido).

Quem faz?

Equipe multiprofissional composta por: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Serviço Social, equipe médica, profissionais da segurança, portaria e recepção.

A quem se destina?

Usuários que procuram as portas dos serviços de urgência/emergência da rede SUS na cidade do Rio de Janeiro, no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência.

Como se aplica?

É um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção em saúde médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolos aliados à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

Ao chegar ao serviço de urgência/emergência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou profissionais de saúde e encaminhado para o registro do mesmo. Após sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado conforme o fluxo definido. Se o espaço definido for a Classificação de Risco, o enfermeiro colhe informações pela escuta qualificada e a tomada de sinais vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em:

EMERGENTE

MUITO URGENTE

URGENTE

POUCO URGENTE

NÃO URGENTE

Pacientes classificados como **VERMELHO:** devem ser encaminhados rapidamente para a sala de emergência (com acionamento do sinal), onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos.

Pacientes classificados como **LARANJA:** a equipe deve estar alerta, mas sem sinal sonoro, e deverão encaminhá-los à sala de emergência ou à unidade intermediária de atendimento.

Pacientes classificados como **AMARELO:** devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda equipe da unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30 minutos ou imediatamente, em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Pacientes classificados como **VERDE:** também aguardam atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os classificados como vermelho, laranja e amarelo. Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico.

Pacientes classificados como **AZUL:** poderão ser encaminhados, por meio de documento escrito, para o acolhimento na Rede de Atenção Primária de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde.

CONDUTA A SER TOMADA

Protocolos de Manchester/Classificação de Risco (CR)

O foco da Classificação de Risco é facilitar a gestão da clínica de cada paciente por meio da identificação de uma prioridade clínica. Para garantir o cumprimento do exposto acima, temos alguns princípios:

- **Gestão da clínica:** Construir referencial (Protocolo de CR) análise da singularidade do indivíduo ou situação de saúde, desenvolver estratégias para assegurar a corresponsabilização, o vínculo e a continuidade do cuidado, e avaliar o impacto dessas intervenções.
- **Queixa principal:** A prioridade clínica não está precisamente associada a um diagnóstico e deve refletir aspectos da apresentação/queixa do paciente.
- **Fluxograma:** são os marcadores sintomáticos para o seguimento do atendimento da CR.
- **Discriminadores:** são características recorrentes nos fluxogramas.
- **Prioridade:** são marcadores clínicos representados por cores.

PROTOSCOLOS PEDIÁTRICOS (PARÂMETROS)

Acolhimento e Classificação de Risco em Pediatria

SINAIS DE PERIGO EM PEDIATRIA:

Letargia / prostração;

Gemência;

Não consegue mamar ou beber;

Vomita tudo que ingere;

Presença de petéquias/equimoses.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.

Frequência Cardíaca por Faixa Etária

FREQUÊNCIA – BATIMENTOS CARDÍACOS/MINUTO

IDADE	FREQUÊNCIA CARDÍACA	BRADICARDIA	TAQUICARDIA
Recém-nato	130-160	80	200
Lactente	120-140	80	180
Pré-escolar	100-120	80	180
Escolar	90-100	60	180
Adolescente	80	60	160

Fonte: American Heart Association, Pals Provider Manual, 2010.

Parâmetros Obstétricos

MEOWS – Escore de Alerta Obstétrico Modificado

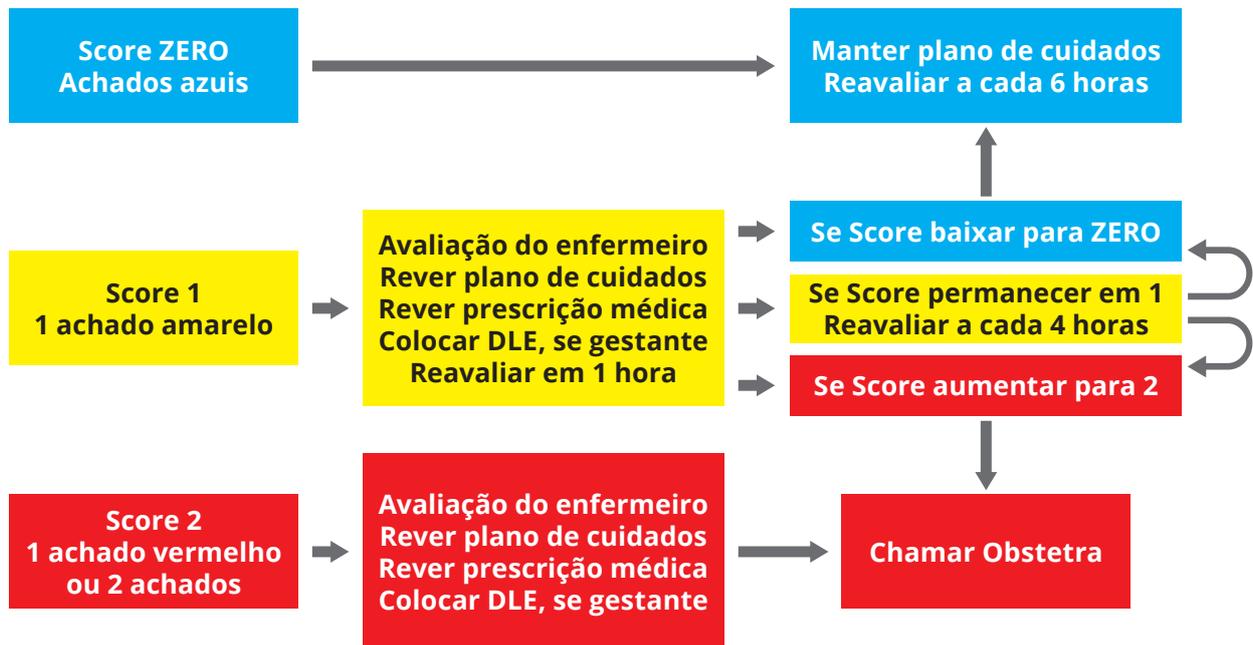
PONTUAÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	2	1	0	1	2
Temperatura	°C	≤ 35,0	35,1-36,0	36,1-37,9		≥ 38,0
TA sistólica	mmHg	≤ 90	91-100	101-149	150-159	≥ 160
TA diastólica	mmHg			≤ 89	90-99	≥ 100
Pulso	bpm	≤ 40	41-50	51-99	100-119	≥ 120
Frequência respiratória	ipm	≤ 10		11-20	21-29	≥ 30
Saturação O ₂	%	≤ 95		96-100		
Dor	Score*			0-1	2-3	
Consciência	Resposta**	P ou U	V	A		

*Score de dor: 0 – sem dor // 1 – dor leve com movimentos // 2 – dor intermitente em repouso ou dor moderada com movimentos

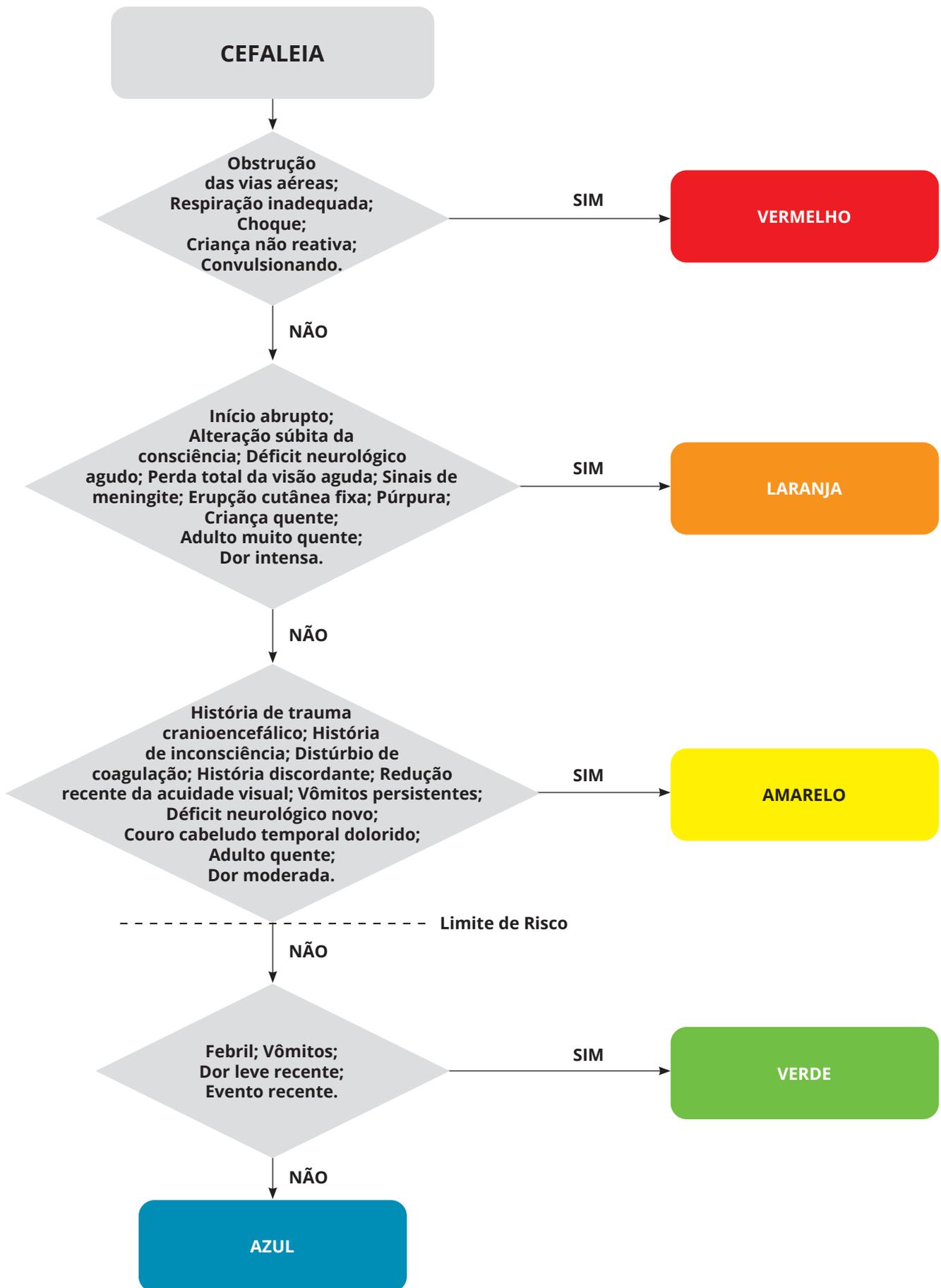
**A – alerta // V – resposta ao estímulo verbal // P – resposta ao estímulo doloroso // U – inconsciente

Adaptado de Singh, et al.

Fluxograma de ação baseado no Score do MEOWS

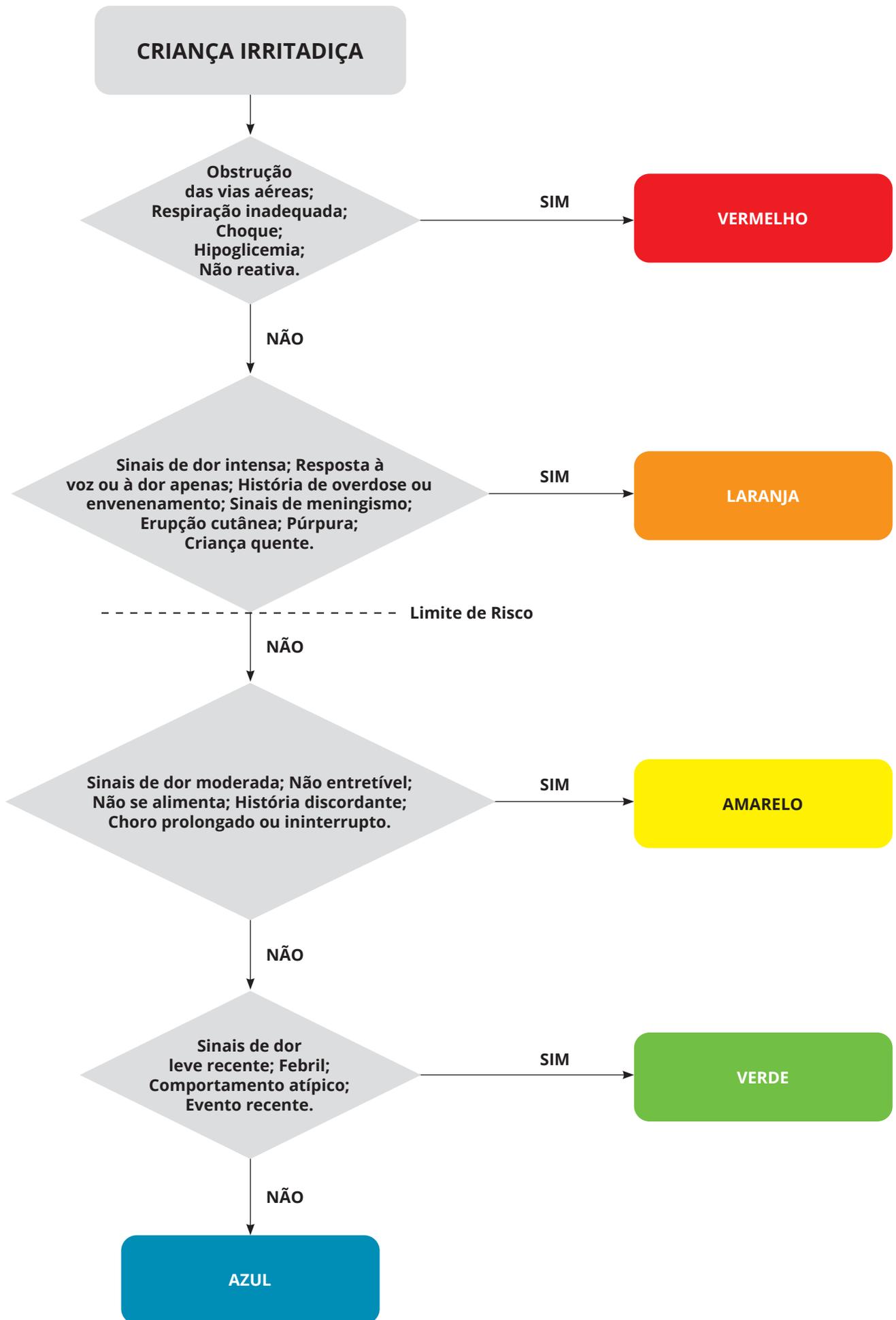


PROTOCOLOS CLÍNICOS



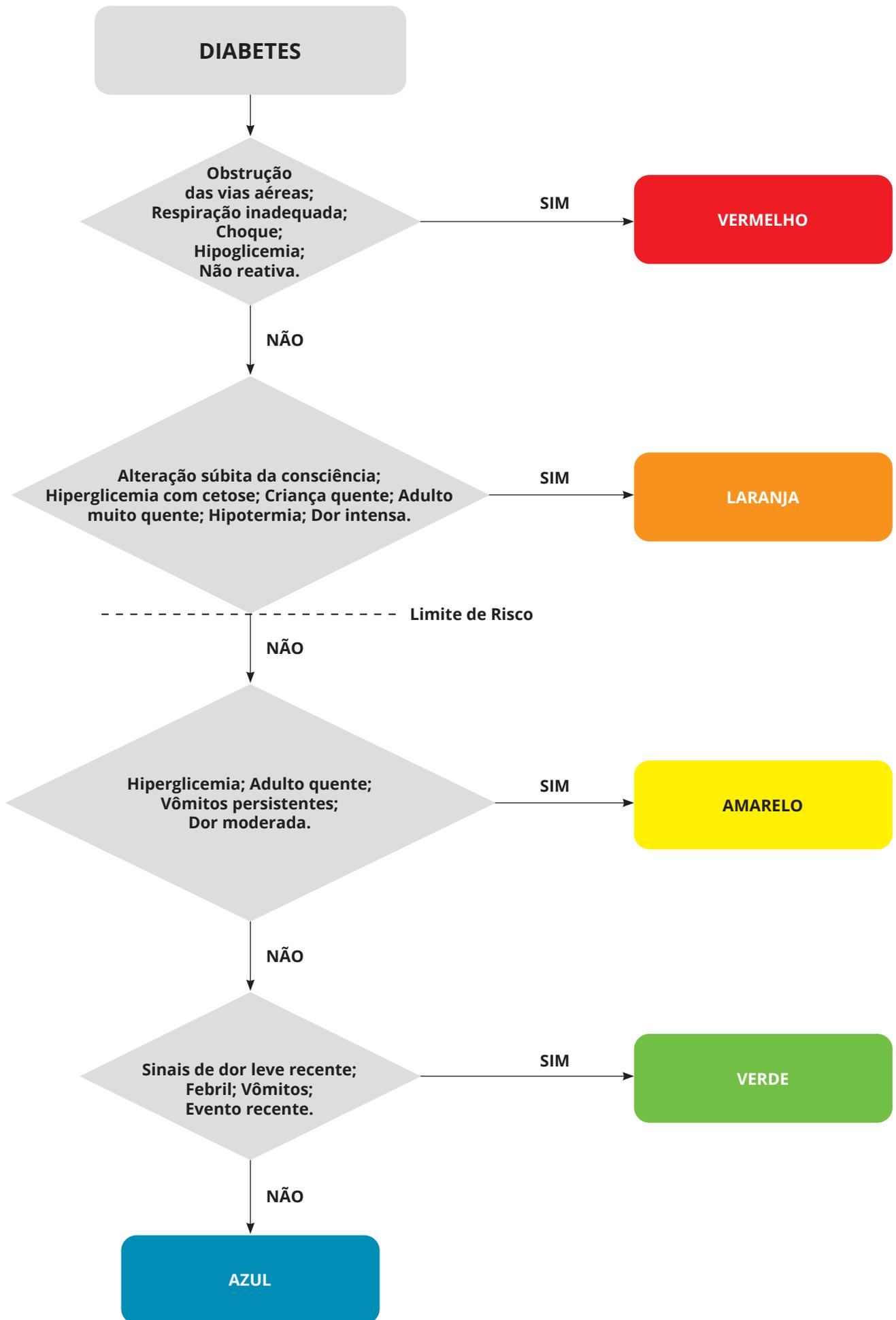
NOTAS: CEFALEIA

Veja também	Notas do Fluxograma
Trauma Craniano Dor Cervical	Muitas doenças podem apresentar-se como cefaleia, e algumas requerem avaliação médica urgente. São utilizados discriminadores gerais que incluem risco de vida, grau de consciência, dor e temperatura. Discriminadores específicos são usados para indicar causas graves, como hemorragia subaracnoide e meningococemia. Sinais neurológicos focais associados à diminuição da acuidade visual e dolorimento temporal de couro cabeludo podem indicar priorização urgente.
Discriminadores específicos	Explicação
Convulsionando	Pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva do tipo "Grande Mal" ou apresentando convulsão parcial.
Couro cabeludo temporal dolorido	Dolorimento na palpação da região temporal (principalmente sobre a artéria).
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24 horas.
Erupção cutânea fixa	Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo.
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos
Início abrupto	Início em segundos ou minutos. Pode acordar o paciente.
Perda total da visão aguda	Perda de visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas e que não voltou ao normal.
Púrpura	Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela.
Redução recente da acuidade visual	Qualquer redução da acuidade visual corrigida nos últimos 7 dias.
Sinais de meningite	Classicamente rigidez de nuca associada à cefaleia e fotofobia.



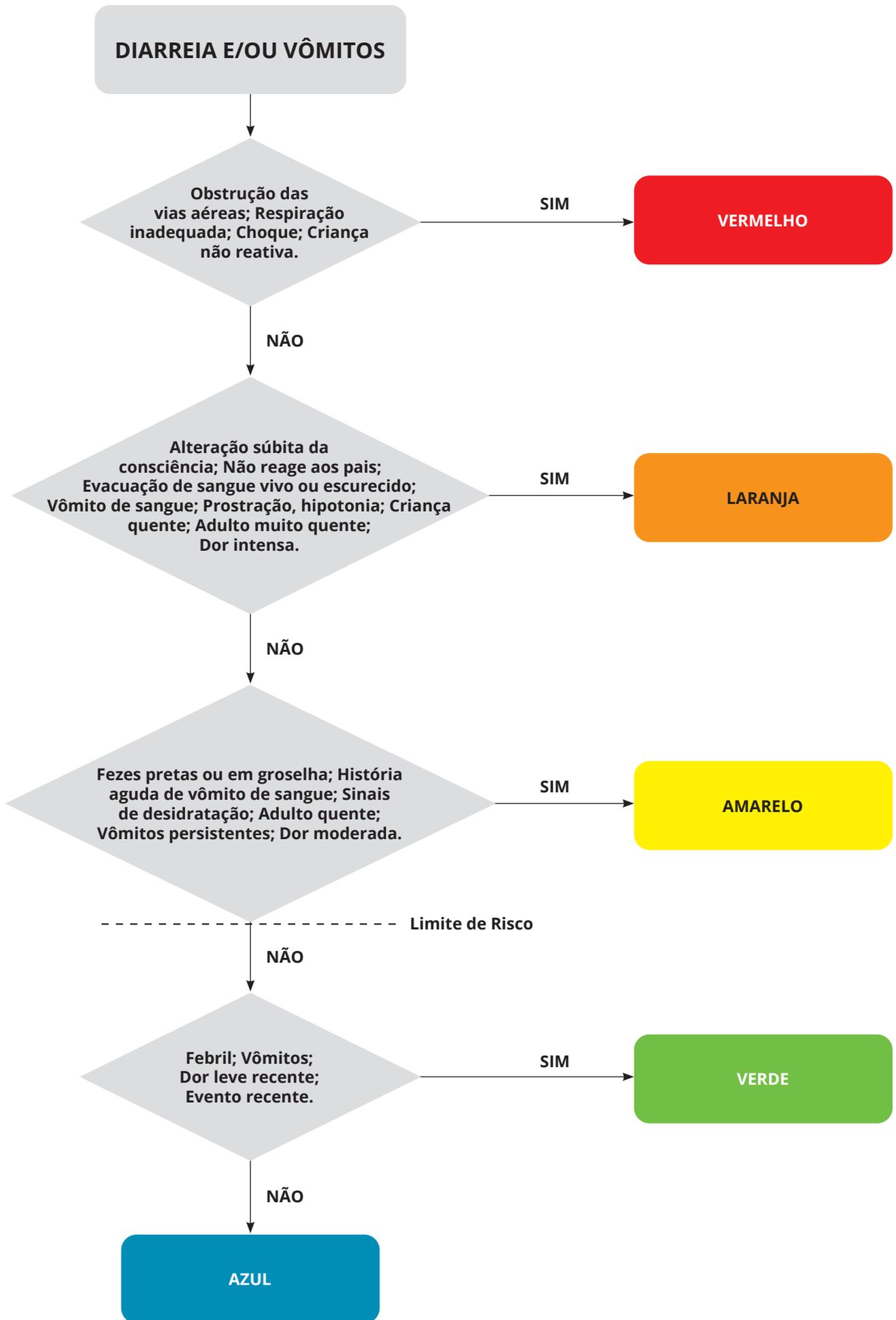
NOTAS: CRIANÇA IRRITADIÇA

Veja também	Notas do Fluxograma
Bebê chorando Mal-estar na criança Pais preocupados	Esse fluxograma foi criado para crianças acima de um ano. São apresentados discriminadores gerais para risco de vida, nível da consciência e dor. Os discriminadores específicos permitem priorização de situações mais específicas como sepse, ou possíveis patologias mais graves.
Discriminadores específicos	Explicação
Choro prolongado ou ininterrupto	Criança que tem chorado continuamente por 2 horas ou mais.
Comportamento atípico	Criança com comportamento não habitual em dada situação. Os cuidadores darão espontaneamente esta informação. São crianças ditas irritadiças ou esquisitas.
Criança não reativa	Criança que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso.
Erupção cutânea fixa	Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo.
Hipoglicemia	Glicemia < 55mg/dL.
História de overdose ou envenenamento	Esta informação pode vir de outros ou pode ser deduzida na presença de caixas de remédios vazias.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Não entretível	Criança angustiada por dor ou outros fatores, que são incapazes de se distrair com conversas ou brincadeiras.
Não se alimenta	Criança que não ingere nada sólido ou líquido (como deveria). Criança que se alimenta, mas vomita logo após também preenche este critério.
Púrpura	Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela.
Sinais de dor intensa	Crianças pequenas e bebês com dor intensa não conseguem se queixar. Eles vão berrar de forma contínua e inconsolável, e estarão taquicárdicos. Podem também apresentar sinais como palidez e sudorese.
Sinais de dor moderada	Crianças pequenas e bebês com dor moderada não conseguem se queixar. Eles geralmente choram intermitente e são ocasionalmente consoláveis.
Sinais de meningismo	Classicamente rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia.
Sinais de dor leve	Crianças pequenas e bebês não conseguem se queixar. Eles podem chorar.



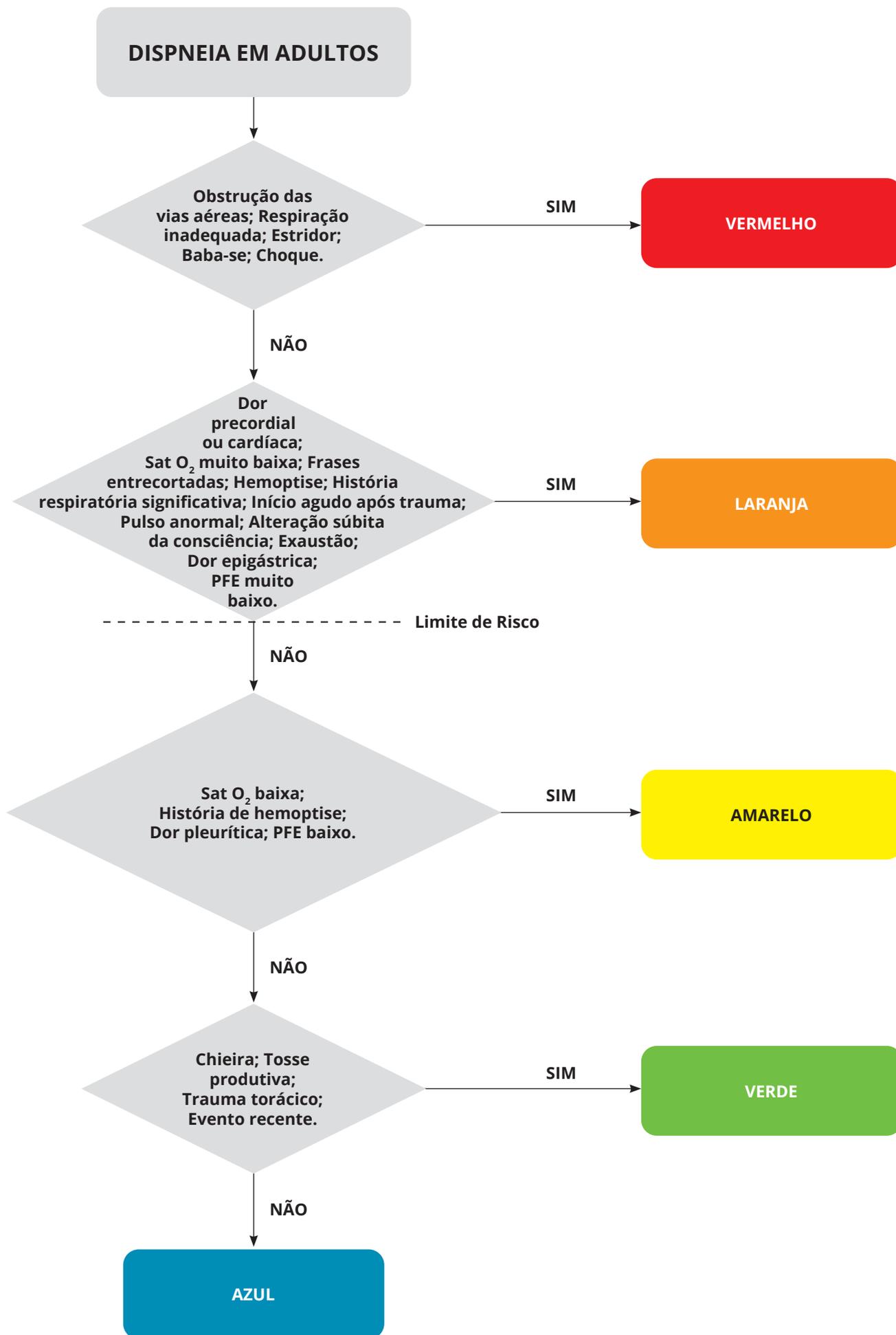
NOTAS: DIABETES

Veja também	Notas do Fluxograma
-	Esse fluxograma foi desenhado para classificar pacientes sabidamente diabéticos. Foram utilizados discriminadores gerais para risco de vida, estado de consciência (adulto e crianças), glicemia e temperatura.
Discriminadores específicos	Explicação
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dL.
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dL com cetonemia, cetonúria ou sinais de acidose (respiração profunda).
Hipoglicemia	Glicemia < 55mg/dL.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.



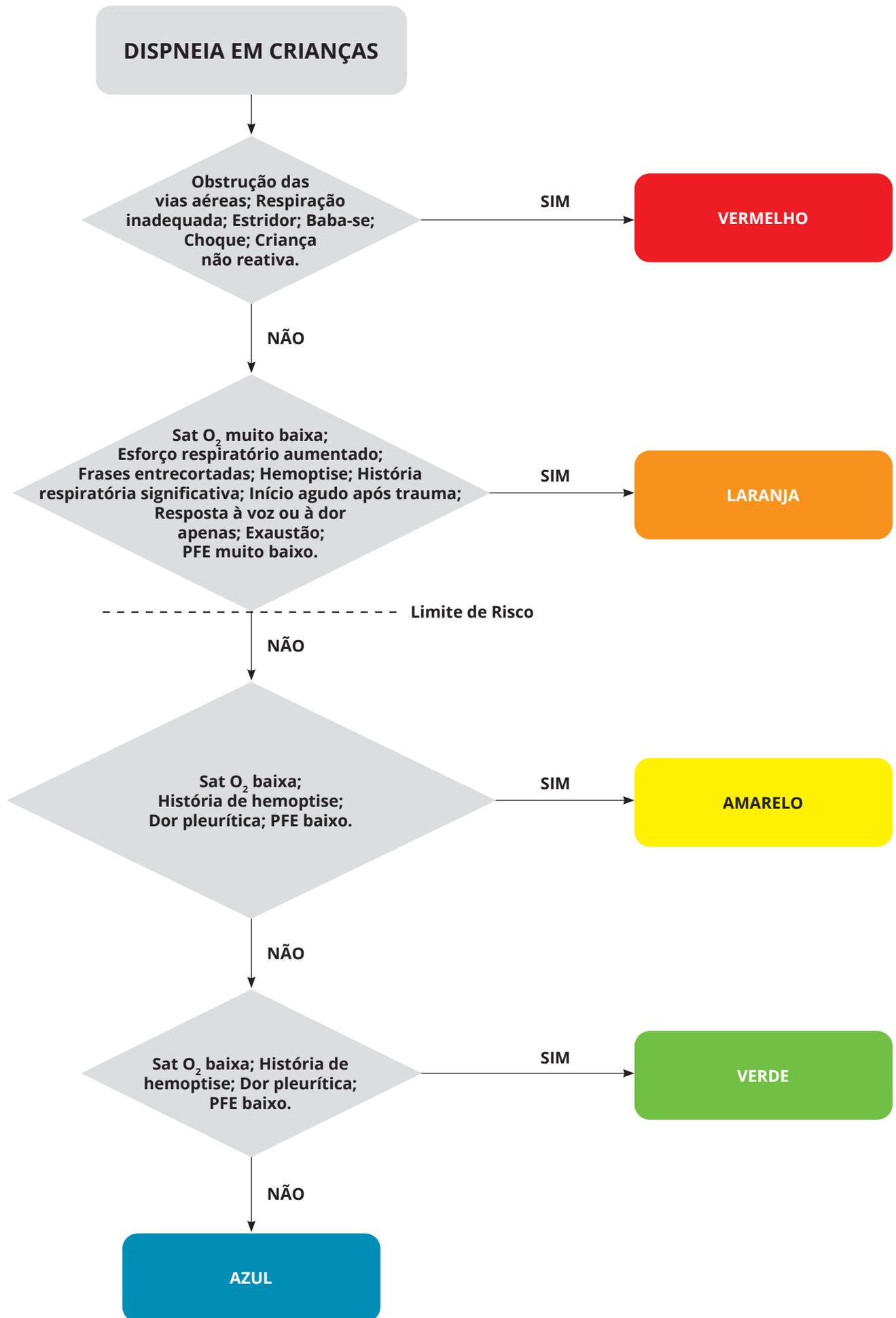
NOTAS: DIARREIA E/OU VÔMITOS

Veja também	Notas do Fluxograma
Hemorragia digestiva Dor abdominal em adulto Dor abdominal em criança	A maioria dos pacientes com diarreia e vômitos não apresentam alta prioridade. Alguns, entretanto, podem apresentar doença de base grave. Discriminadores gerais foram usados para risco de vida e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para assegurar maior prioridade para aqueles com sangramento gastrointestinal, desidratação ou para outras consequências graves de vômitos e diarreia.
Discriminadores específicos	Explicação
Evacuação de sangue vivo ou escurecido	No sangramento gastrointestinal maciço haverá evacuação de sangue vermelho escuro. Quando o trânsito GI aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena.
Fezes em groselha	Fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico.
Fezes pretas	Qualquer escurecimento preenche este critério.
História aguda de vômito de sangue	Hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24 horas.
Não reage aos pais	Não reage de nenhuma forma ao rosto ou à voz dos pais. Reações anormais e aparente perda de reconhecimento dos pais também são sinais preocupantes.
Prostração, hipotonia	Pais descrevem a criança como “molinha”. O tônus geralmente está diminuído – o sinal mais característico é a cabeça caída.
Vômito de sangue	O sangue vomitado pode ser fresco (rutilante, ou escurecido) ou em borra de café.
Sinais de desidratação	Língua seca, olhos fundos, turgor pastoso e, em bebês pequenos, fontanela baixa. Geralmente há diminuição da diurese.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.



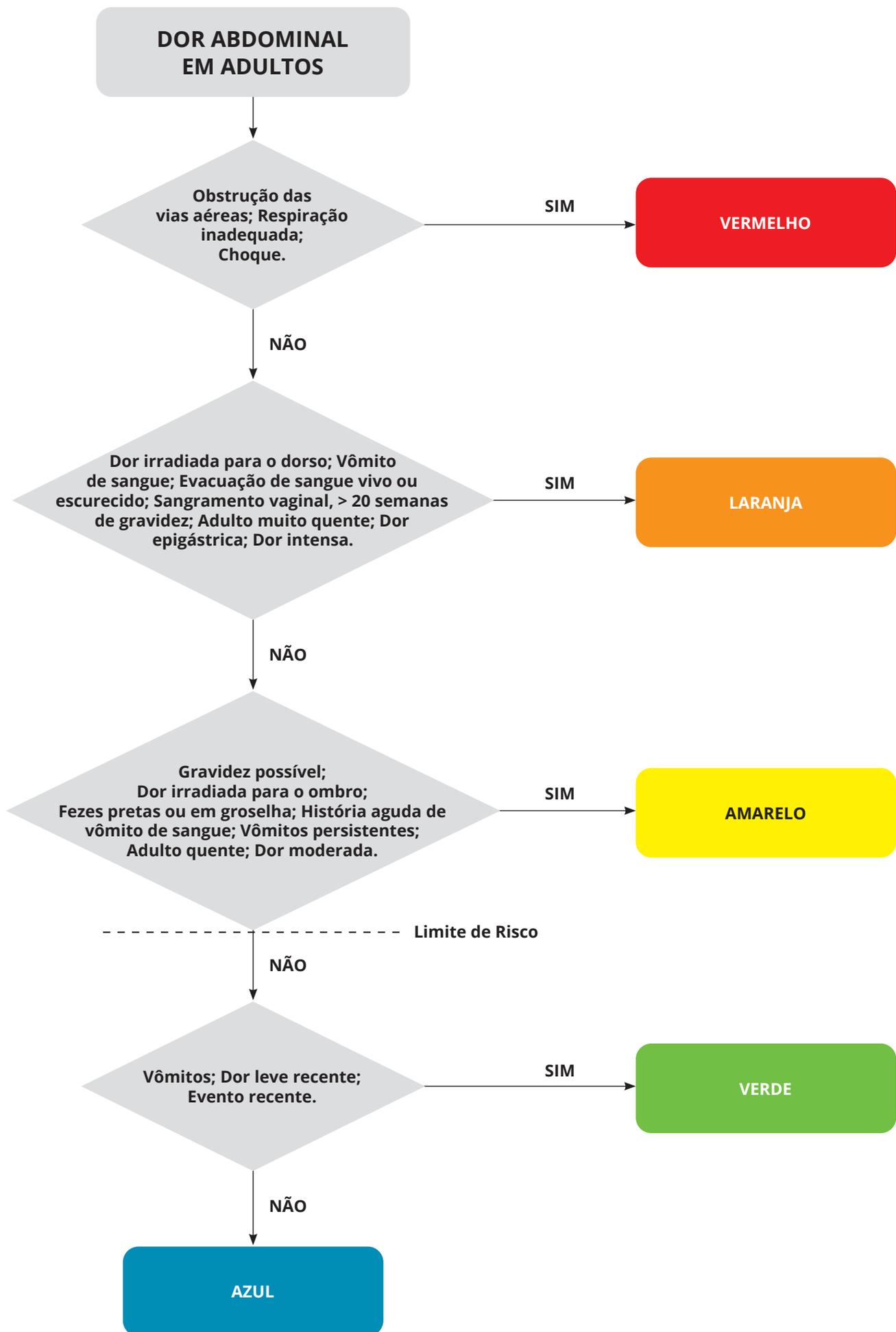
NOTAS: DISPNEIA EM ADULTOS

Veja também	Notas do Fluxograma
Asma Dispneia na criança Mal Estar no adulto	Dispneia pode ser sintoma de doenças cardiovasculares ou respiratórias. Alguns discriminadores gerais foram usados, incluindo o risco de vida e saturação de oxigênio. Discriminadores específicos estão presentes em asma grave, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença isquêmica do coração.
Discriminadores específicos	Explicação
Baba-se	Saliva saindo pela boca por incapacidade de engolir.
Chieira	Pode ser uma sibilância audível ou só uma sensação de chiado. Obstrução mais grave de vias aéreas pode ser silenciosa (não passa nenhum ar).
Dor epigástrica	Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Dor pleurítica	Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Dor precordial ou cardíaca	Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode associar sudorese, náuseas, sensação de lipotimia e/ou dor epigástrica.
Estridor	Ruído inspiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta.
Exaustão	Pacientes em exaustão respiratória parecem reduzir o esforço ventilatório, apesar de se manterem em insuficiência respiratória. É pré-terminal.
Frases entrecortadas	Doentes com dificuldade respiratória tão grande que não conseguem nem articular frases curtas numa só expiração.
Hemoptise	Sangue aerado emitido com o esforço da tosse.



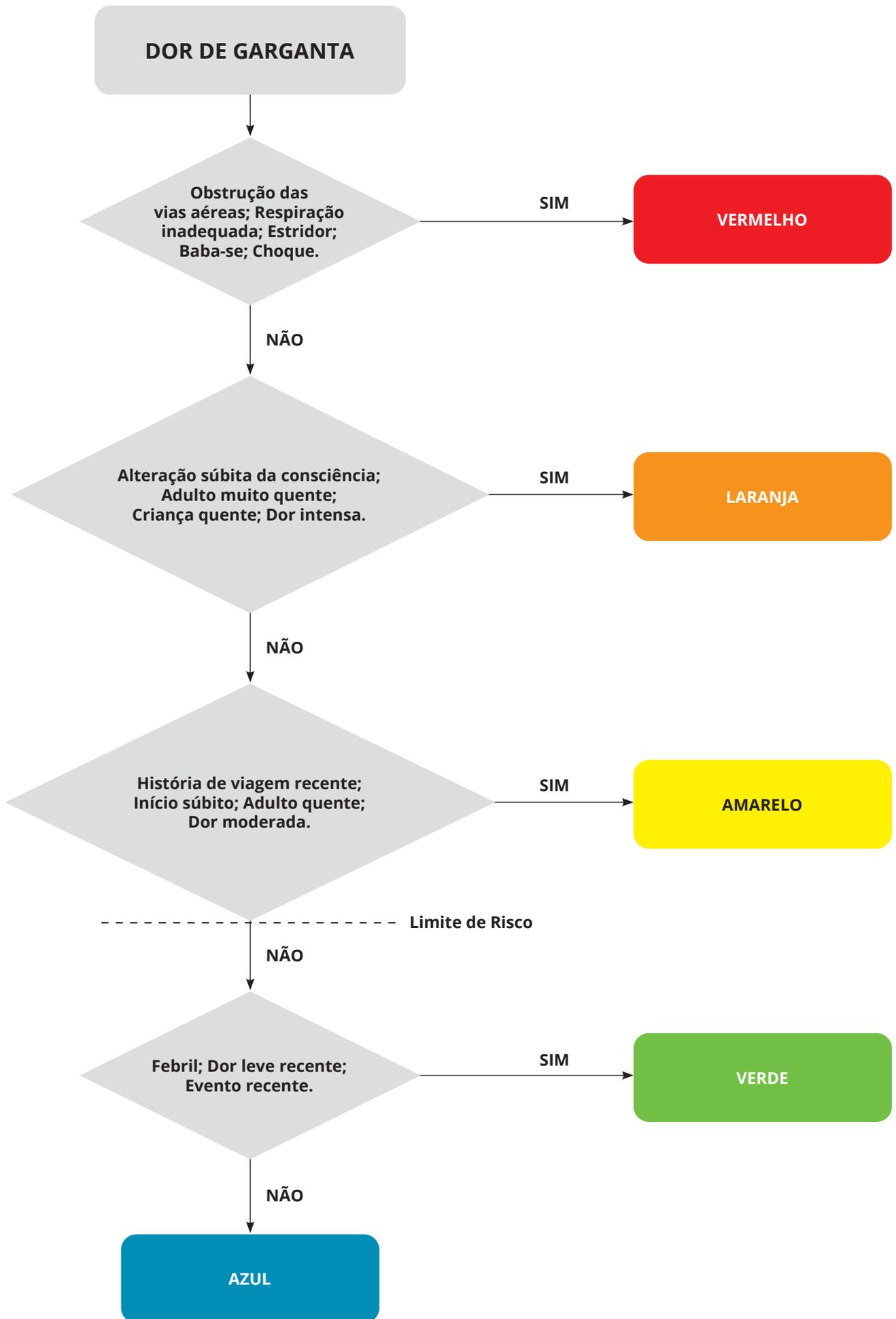
NOTAS: DISPNEIA EM CRIANÇAS

Veja também	Notas do Fluxograma
Asma Mal Estar em criança	Este fluxograma só se aplica a crianças abaixo de 14 anos. Alguns discriminadores gerais foram usados, incluindo risco de vida e saturação de oxigênio. Discriminadores específicos estão presentes para rápida identificação de crianças com asma grave ou outra patologia de risco. É difícil obter o Pico de Fluxo Expiratório (PEF) de crianças muito pequenas, devendo-se, portanto, ignorar tal discriminador nestes casos. Se mensurado, correlacionar com idade e sexo conforme escala na página 13.
Discriminadores específicos	Explicação
Baba-se	Saliva saindo pela boca por incapacidade de engolir.
Chieira	Pode ser uma sibilância audível ou só uma sensação de chiado. Obstrução mais grave de vias aéreas pode ser silenciosa (não passa nenhum ar).
Criança não reativa	Criança que não responde ao comando verbal ou ao estímulo doloroso.
Dor epigástrica	Dor ou desconforto no epigástrio acompanhada de náusea, sudorese, sensação de tonteira.
Esforço respiratório aumentado	Há aumento da frequência respiratória, uso de musculatura acessória e roncosp.
Estridor	Ruído inspiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta.
Exaustão	Pacientes em exaustão respiratória parecem reduzir o esforço ventilatório, apesar de se manterem em insuficiência respiratória. É pré-terminal.
Frases entrecortadas	Doentes com dificuldade respiratória tão grande que não conseguem nem articular frases curtas numa só expiração.
Hemoptise	Sangue aerado emitido com o esforço da tosse.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
História respiratória significativa	História prévia de condições respiratórias ameaçadoras da vida (p. ex.: DPOC, asma lábil, uso domiciliar de O ₂ ou ventilação não invasiva).
Início agudo após trauma	Início imediato dos sintomas em 24 horas de um trauma físico.
PFE baixo	Pico de Fluxo Expiratório (PEF) 50% ou inferior ao melhor PFE previsto (ver escalas na página 13).
PFE muito baixo	Pico de Fluxo Expiratório (PEF) de 33% ou menos do melhor prévio ou previsto.
Pulso normal	Bradicardia (< 60/min em adultos), taquicardia (> 100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade.
Sat O₂ baixa	Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente.
Sat O₂ muito baixa	Saturação < 95% em terapia com O ₂ ou < 90% em ar ambiente.
Tosse produtiva	A infecção respiratória geralmente causa tosse com escarro frequentemente purulento (verde ou amarelo).
Trauma torácico	Qualquer trauma abaixo da clavícula e acima da última costela. Trauma na parte inferior do tórax pode causar lesão de órgãos abdominais.



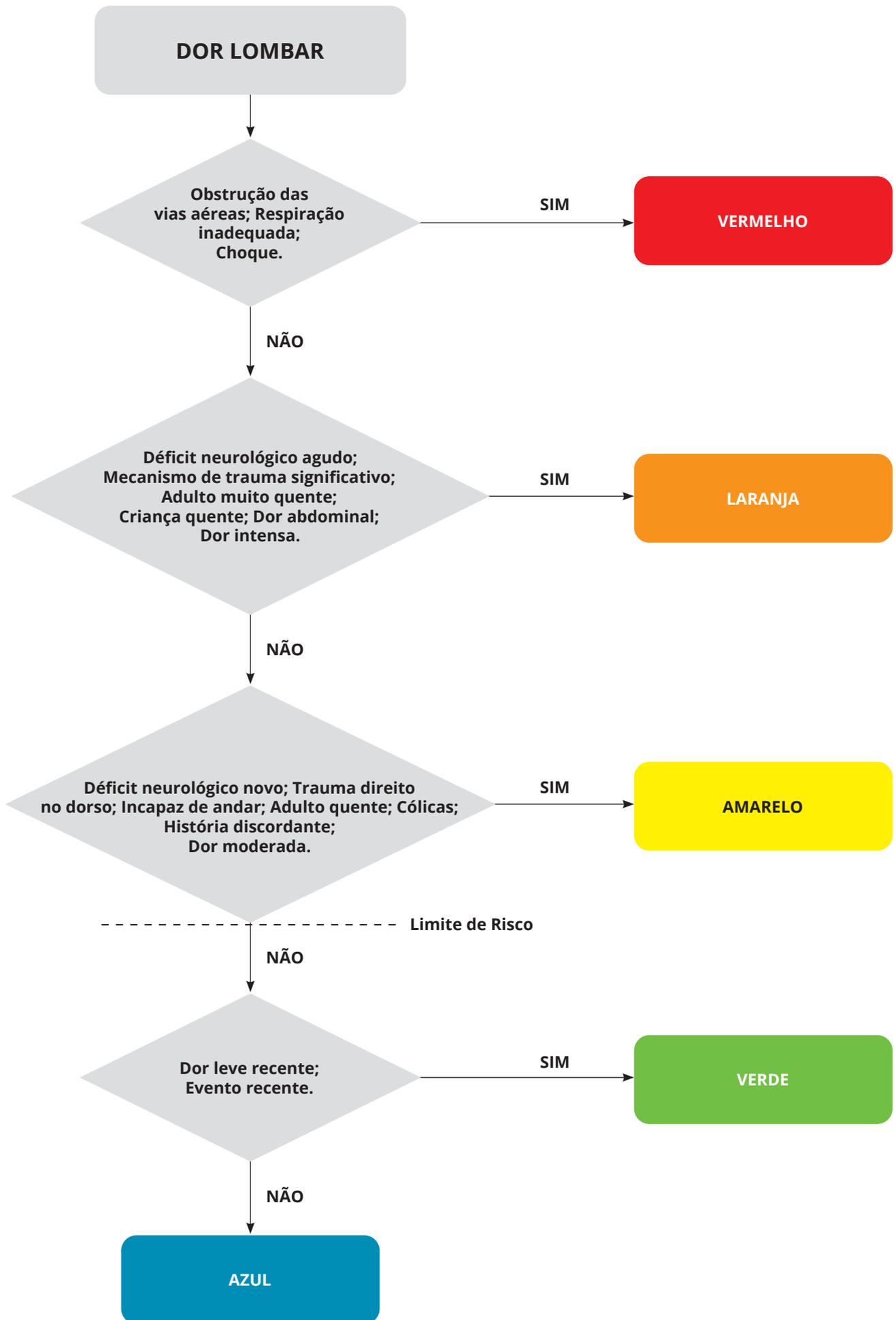
NOTAS: DOR ABDOMINAL EM ADULTOS

Veja também	Notas do Fluxograma
Hemorragia digestiva Diarreia e vômitos Gravidez	<p>Dor abdominal é uma situação frequente nas urgências cirúrgicas. Foram utilizados discriminadores gerais para risco de vida e dor. Discriminadores específicos foram incluídos nas prioridades laranja e amarela, para garantir que patologias mais graves sejam classificadas apropriadamente. Discriminadores especiais para hemorragia digestiva moderada ou grave, ou sinais de irritação retroperitoneal ou diafragmática indicarão propriedades mais elevadas.</p>
Discriminadores específicos	Explicação
Dor epigástrica	Dor ou desconforto no epigástrio acompanhados de náusea, sudorese, sensação de tonteira.
Dor irradiada para o dorso	Dor que também é sentida no dorso de forma constante ou intermitente.
Dor irradiada para ombro	Dor sentida na ponta do ombro. Geralmente indica irritação diafragmática.
Evacuação de sangue vivo ou escurecido	No sangramento gastrointestinal maciço haverá evacuação de sangue vermelho escuro. Quando o trânsito GI aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até a melena.
Gravidez possível	Qualquer mulher cuja menstruação normal não ocorreu está possivelmente grávida. Além disso, qualquer mulher em idade fértil com vida sexual ativa sem proteção deverá ser considerada potencialmente grávida.
História aguda de vômito de sangue	Hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24 horas.
Fezes em groselha	Fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico.
Fezes pretas	Qualquer escurecimento preenche este critério.
Sangramento vaginal, > 20 semanas de gravidez	Qualquer perda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez.
Vômitos	Qualquer êmese preenche este critério.
Vômito de sangue	O sangue vomitado pode ser fresco (rutilante, ou escurecido) ou em borra de café.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.



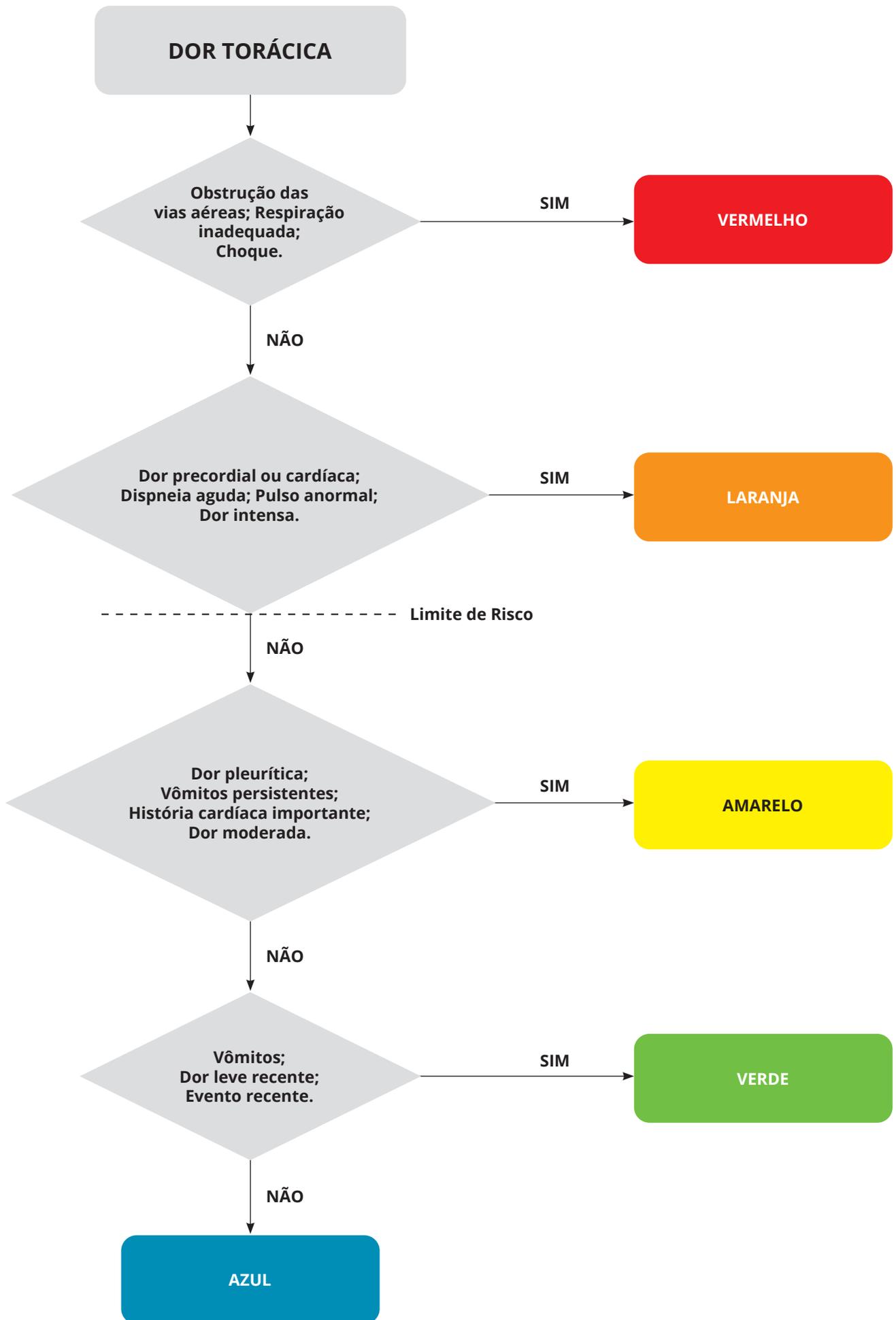
NOTAS: DOR DE GARGANTA

Veja também	Notas do Fluxograma
Mal estar em adulto Mal estar em criança Dispneia em adulto Dispneia em criança	São utilizados discriminadores gerais para risco de vida, dor e temperatura. Dor de garganta pode comprometer a via aérea e esta situação indica uma prioridade mais elevada. Discriminadores específicos foram incluídos para indicar maior chance de doença grave.
Discriminadores específicos	Explicação
Alteração súbita da consciência	Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12 horas em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência.
Baba-se	Saliva saindo pela boca por incapacidade de engolir.
Estridor	Ruído inspiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta.
História de viagem recente	Viagem nas duas últimas semanas.
Início súbito	Início nas últimas 12 horas.



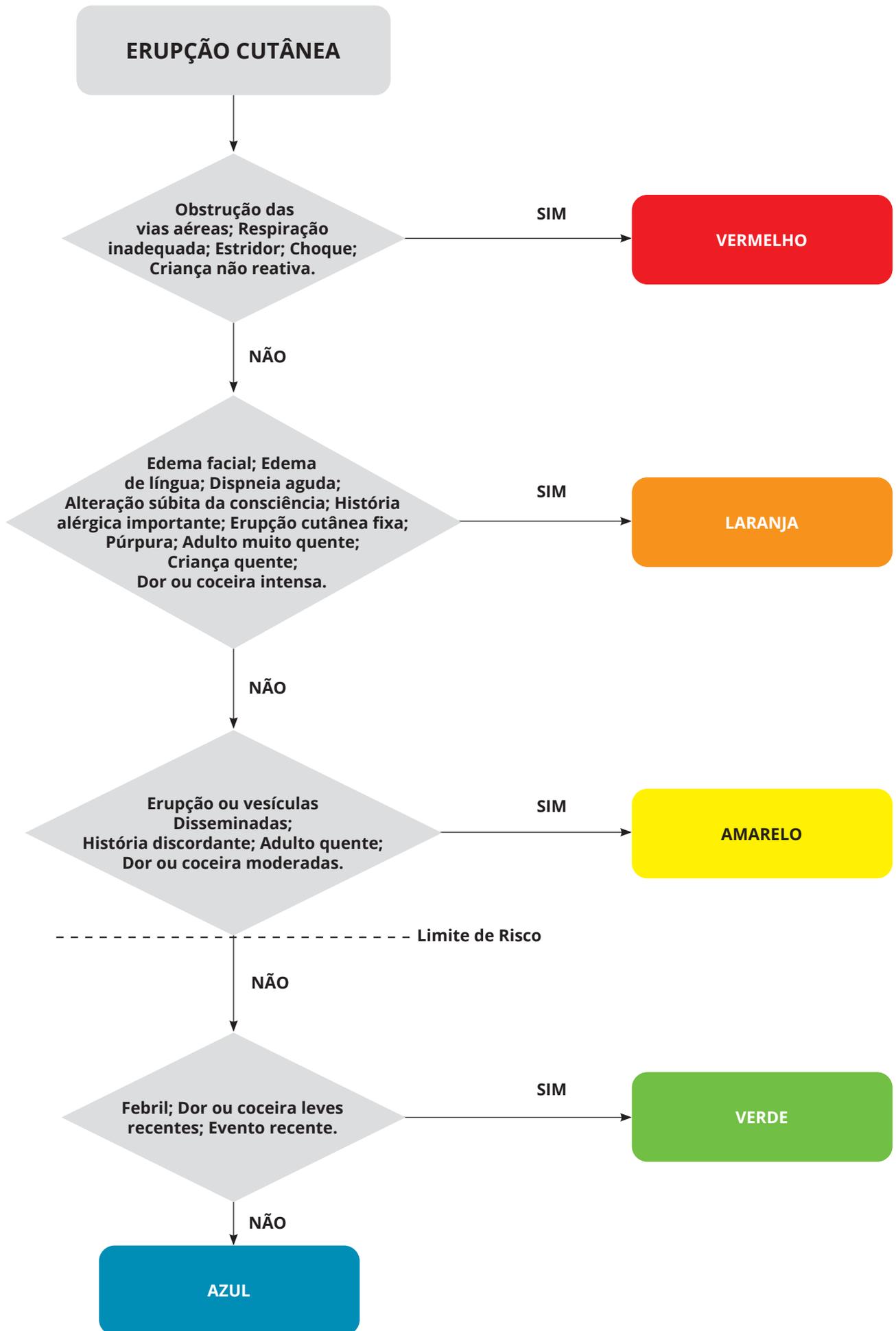
NOTAS: DOR LOMBAR

Veja também	Notas do Fluxograma
Dor cervical Dor abdominal	Pacientes com dor lombar podem se apresentar nos serviços de urgência como evento agudo ou exacerbação de problema crônico. Foram usados discriminadores gerais para risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram selecionados para permitir a priorização de casos mais urgentes, em especial aneurisma de aorta abdominal e sinais e sintomas neurológicos focais por hérnia de disco.
Discriminadores específicos	Explicação
Cólicas	Dores intermitentes. Por exemplo: cólica renal tende a melhorar e piorar a cada 20 minutos.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda da sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24 horas.
Dor abdominal	Qualquer dor sentida no abdome. Se irradiada para o dorso pode indicar dissecação de aorta; se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Incapaz de andar	É importante diferenciar paciente que não consegue caminhar pela dor daquele que realmente não consegue andar. Só o último preenche tal critério.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia, como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.
Trauma direto no dorso	Isto pode ocorrer de cima para baixo (carga), por exemplo, quando se cai de pé, ou quando se inclina (para frente, para trás ou para o lado) ou por torção.



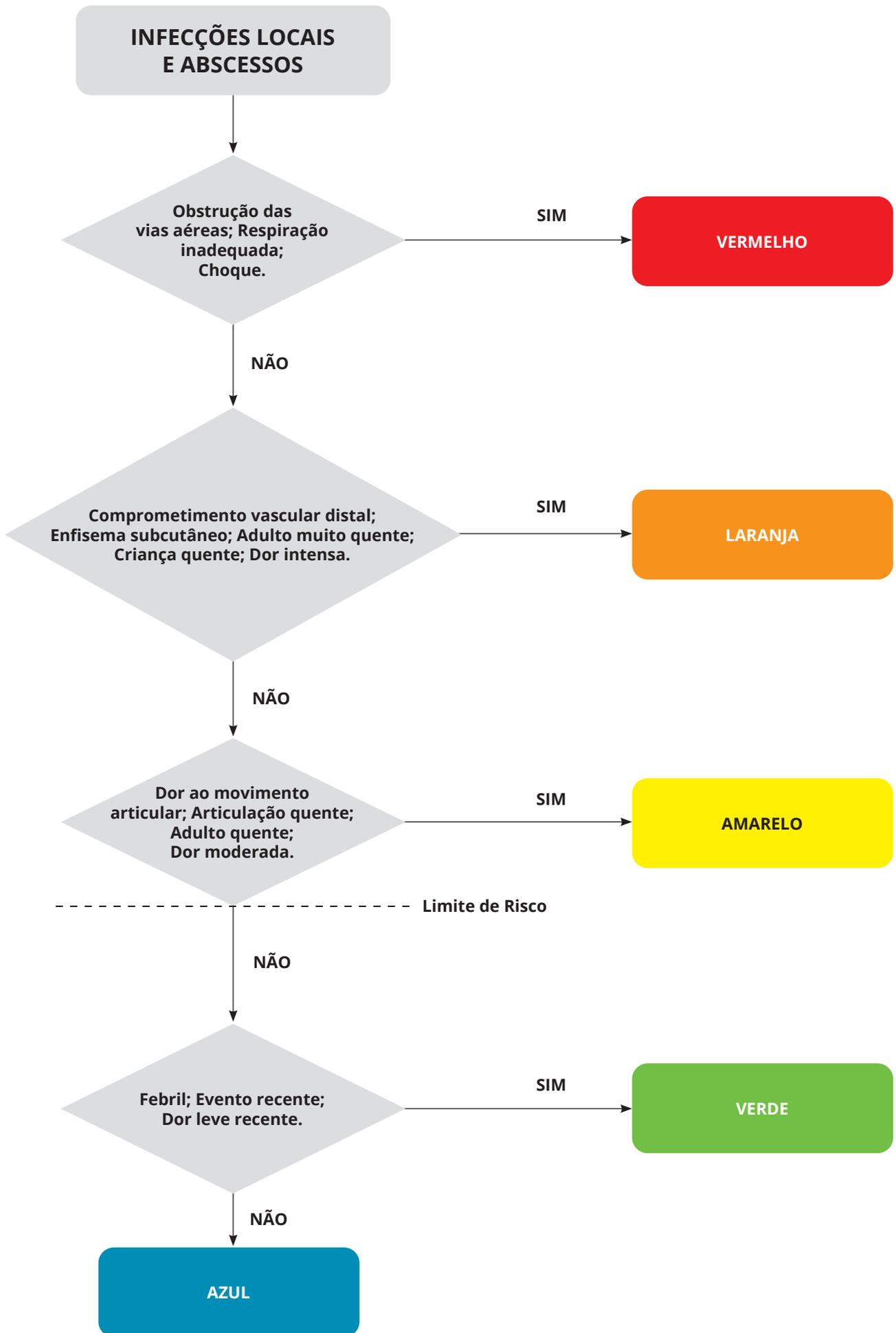
NOTAS: DOR TORÁCICA

Veja também	Notas do Fluxograma
-	Dor torácica é uma apresentação comum nos serviços de urgência, representando até 2 a 5% dos eventos. Causas de dor torácica vão desde o infarto agudo do miocárdio até irritação muscular, e sua classificação é absolutamente fundamental. São usados discriminadores gerais para risco de vida e dor. Discriminadores específicos incluem tipo e gravidade da dor (cardíaca ou pleural) e alteração do pulso.
Discriminadores específicos	Explicação
Dispneia aguda	Fôlego curto ou falta e ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica.
Dor precordial	Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese e náuseas.
Dor pleurítica	Dor fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
História cardíaca importante	Uma arritmia conhecida recorrente ameaçadora da vida ou uma cardiopatia que pode se deteriorar rapidamente (doença coronariana).
Pulso anormal	Bradicardia (< 60/min em adultos), taquicardia (> 100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.



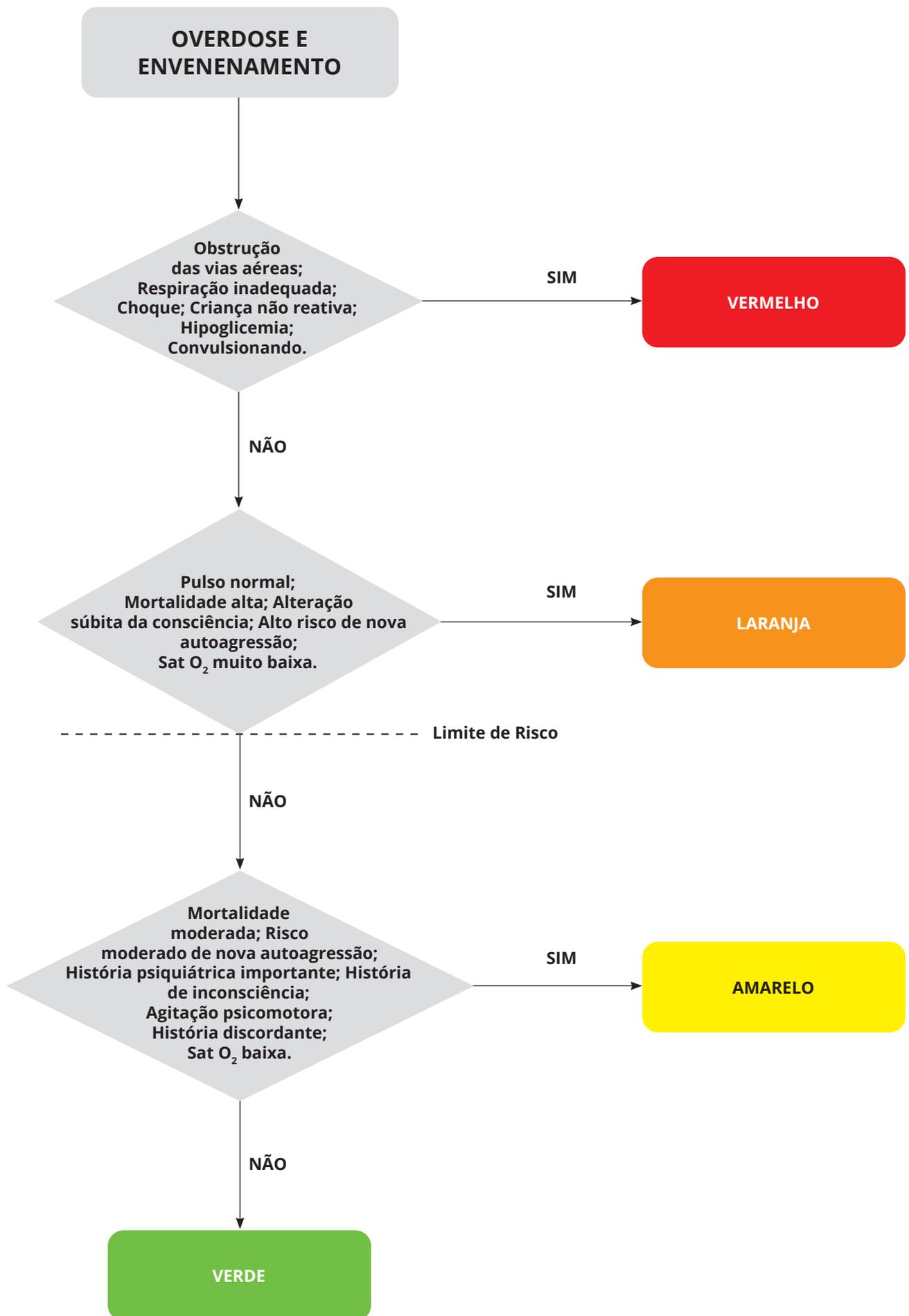
NOTAS: ERUPÇÃO CUTÂNEA

Veja também	Notas do Fluxograma
Mal estar em criança Mal estar em adulto Alergia Mordeduras e picadas	Uma erupção cutânea pode significar tanto doenças graves, como meningococemia, como ser sinal de doenças crônicas, como psoríase. Foram usados discriminadores gerais para risco de vida e temperatura. Vários discriminadores específicos estão nas categorias LARANJA e AMARELA para assegurar que eventos mais graves sejam adequadamente classificados (em especial púrpura e anafilaxias como LARANJA).
Discriminadores específicos	Explicação
Dispneia aguda	Fôlego curto ou falta e ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica.
Edema de língua	Inchaço de língua de qualquer intensidade.
Edema facial	Inchaço na face geralmente envolve os lábios.
Erupção cutânea fixa	Erupção que não se empalidece (se torna branca) quando pressão é aplicada sobre ela. Geralmente é testada usando-se um copo para pressionar a lesão. Observa-se a alteração da coloração através do fundo do copo.
Erupção ou vesículas disseminadas	Qualquer erupção secretante ou bolhosa cobrindo mais de 10% da superfície corporal.
Estridor	Ruído inspiratório, expiratório ou ambos, melhor escutado ao se respirar de boca aberta.
História alérgica importante	Sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex.: nozes, camarão, picada de abelha).
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Púrpura	Erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele. Uma erupção purpúrica não se empalidece quando pressão é aplicada sobre ela.



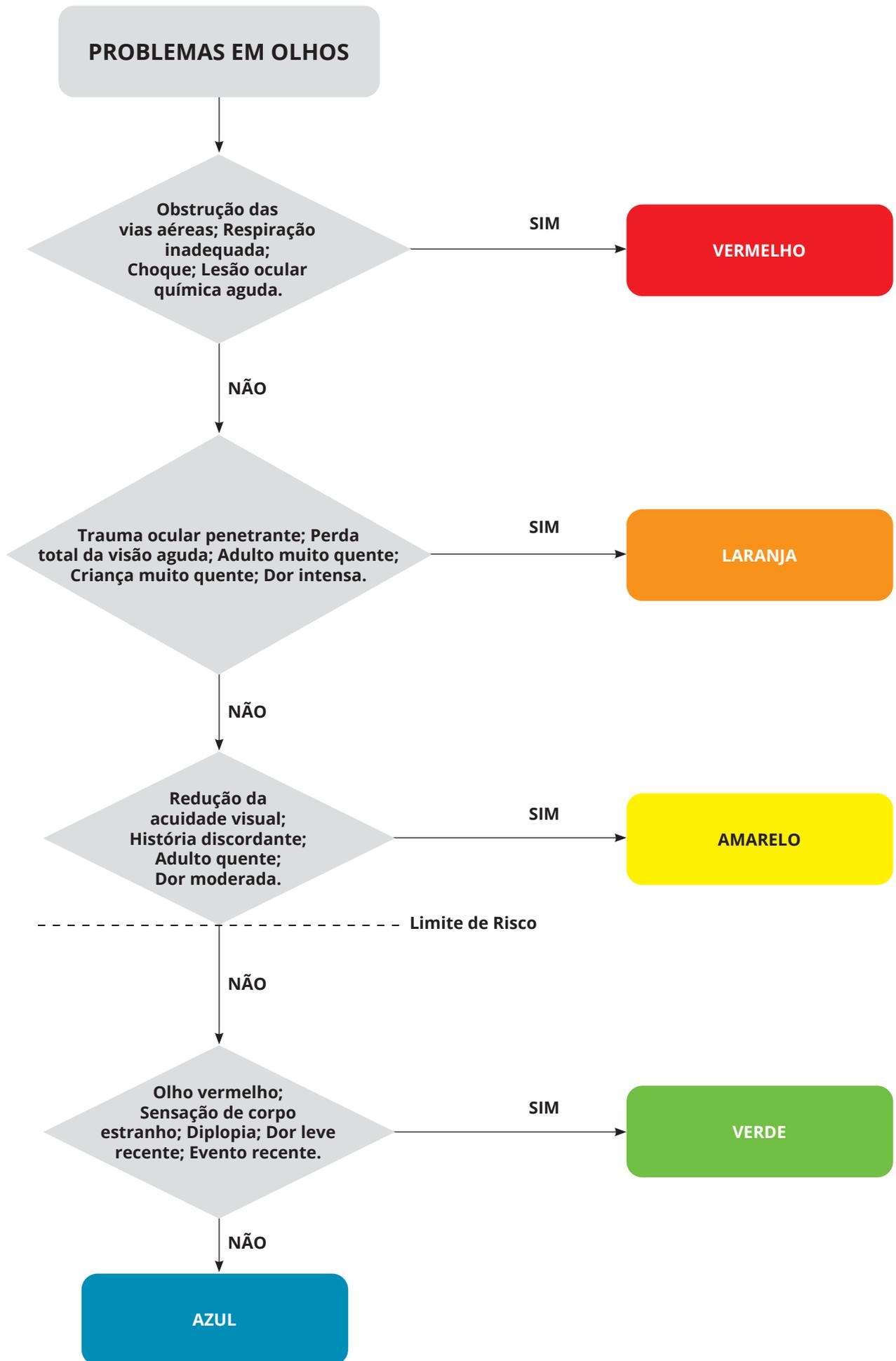
NOTAS: INFECÇÕES LOCAIS E ABSCESSOS

Veja também	Notas do Fluxograma
-	Este é um fluxograma de apresentação específico para permitir priorização de pacientes que se apresentam com variedade óbvia de infecções locais e abscessos. Condições de base podem variar desde celulite orbitária ameaçadora da vida até manchas acneiformes. Vários discriminadores gerais são usados, incluindo risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram incluídos para permitir a identificação de quadros mais urgentes, como gangrena gasosa e artrite séptica.
Discriminadores específicos	Explicação
Articulação quente	Qualquer aumento da temperatura em torno da articulação preenche este critério. Geralmente associa-se vermelhidão.
Comprometimento vascular distal	Haverá associação de palidez, esfriamento, alteração da sensibilidade e dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão.
Dor ao movimento articular	A dor pode ocorrer tanto na movimentação ativa (do paciente) como na passiva (pelo examinador) da articulação
Enfisema subcutâneo	Gás debaixo da pele ser detectado por uma sensação de crepitação ao toque. Pode haver bolhas de gás e linha de demarcação.



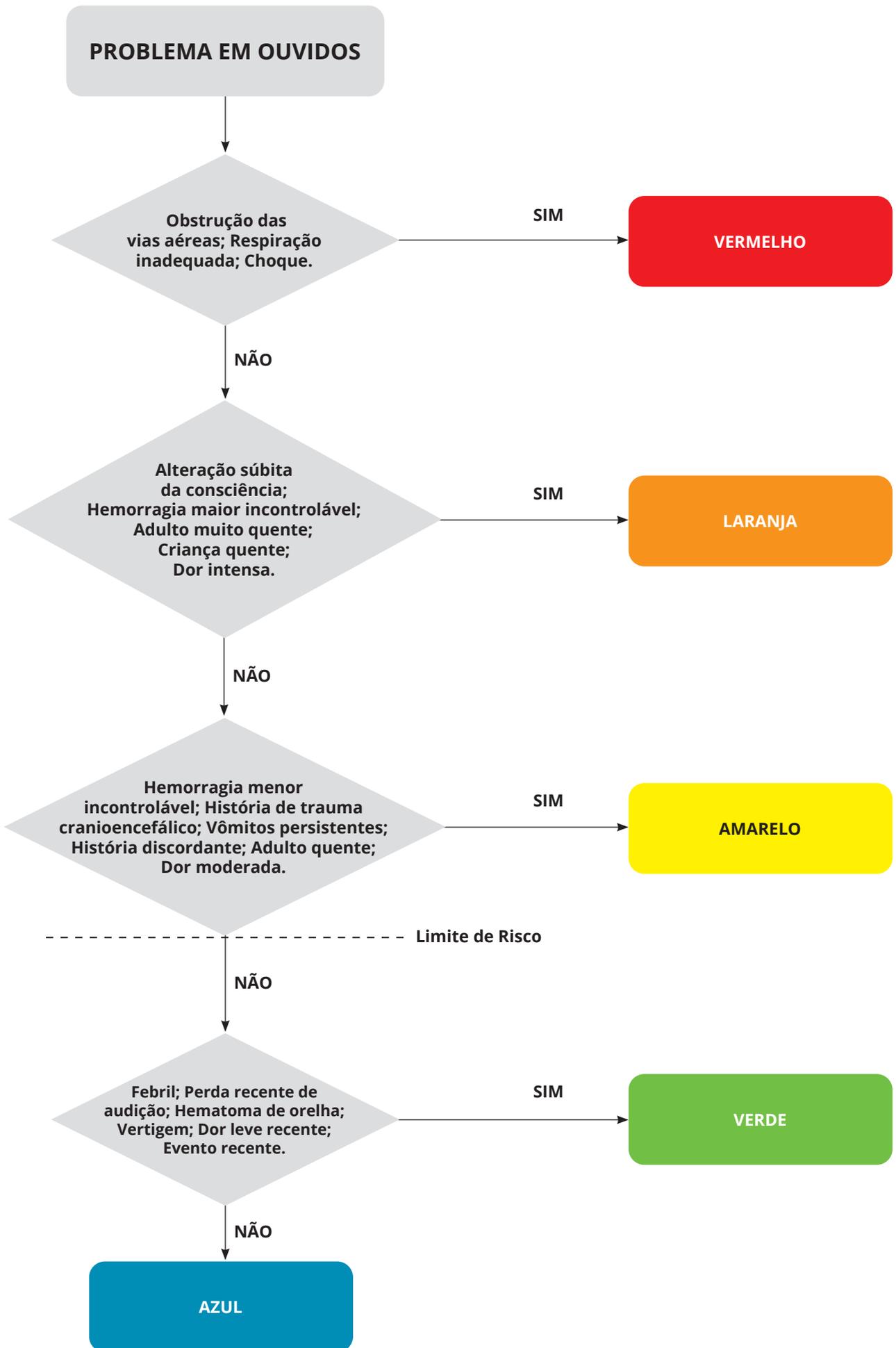
NOTAS: OVERDOSE E ENVENENAMENTO

Veja também	Notas do Fluxograma
Autoagressão	Este fluxograma foi desenhado para avaliar aspectos e psiquiátricos a serem considerados em caso de overdose. Também permite priorizar pacientes que foram envenenados de forma acidental ou intencional. Discriminadores gerais avaliam risco de vida e estado de consciência em crianças e adultos. Discriminadores específicos incluem avaliação da letalidade da overdose e abordagem do risco de posterior tentativa de autoagressão.
Discriminadores específicos	Explicação
Agitação psicomotora	Pacientes que estão físico e/ou emocionalmente muito perturbados.
Alto risco de (nova) autoagressão	Uma avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele que tem passado importante de autoagressão está ativamente tentando se machucar ou está tentando ir embora para tal finalidade é de alto risco.
Hipoglicemia	Glicemia < 55mg/dL.
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
História psiquiátrica importante	História de evento ou doença psiquiátrica significativa.
Mortalidade alta	Letalidade é o potencial de uma substância ingerida causar dano. Alta probabilidade da substância a qual a vítima foi exposta causar doença grave ou morte. Interconsulta com um Centro de Intoxicações pode ser necessária para se estabelecer o nível de risco do paciente.
Pulso anormal	Bradycardia (< 60/min em adultos), taquicardia (> 100/min em adultos) ou um ritmo irregular. Na criança deve-se definir bradicardia e taquicardia conforme idade.
Risco moderado de (nova) autoagressão	Avaliação inicial do risco de autoagressão pode ser feita pelo comportamento do paciente. Aquele sem passado importante de autoagressão, que não está ativamente tentando se machucar nem tentando ir embora para tal, mas manifesta desejo de se machucar está em risco moderado.
Sat O₂ baixa	Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente.
Sat O₂ muito baixa	Saturação < 95% em terapia com O ₂ ou < 90% em ar ambiente.



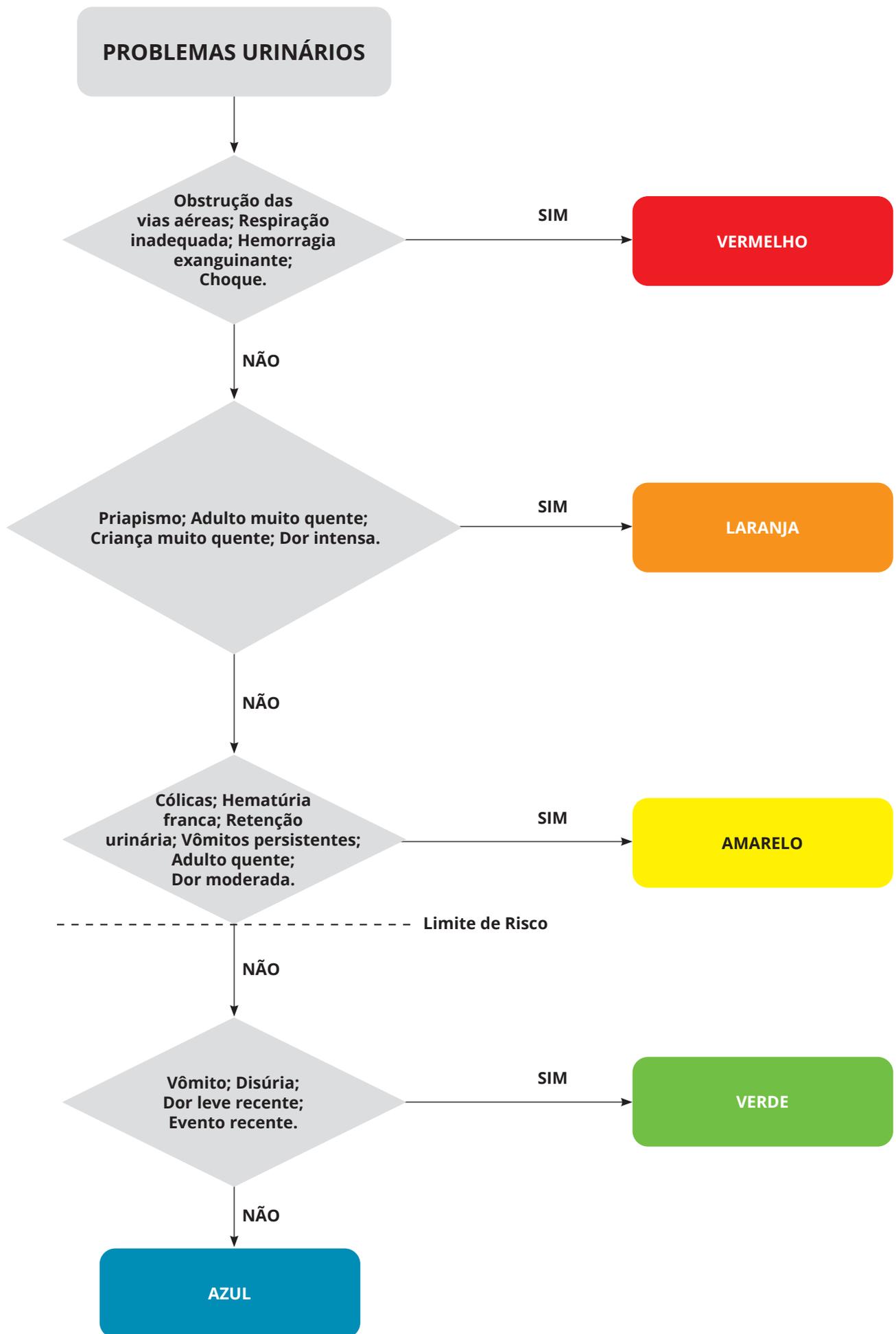
NOTAS: PROBLEMAS EM OLHOS

Veja também	Notas do Fluxograma
Problemas em face	Dor usualmente é usada como discriminador geral. Discriminadores específicos incluem história de lesão química que indique a necessidade de intervenção imediata.
Discriminadores específicos	Explicação
Diplopia	Visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Lesão ocular química	Qualquer substância que respinga ou caiu nos olhos nas últimas 24 horas e causa dor, queimação, redução da visão ou qualquer outro sintoma.
Olho vermelho	Qualquer vermelhidão. Pode ou não haver dor, e esta ser difusa ou parcial.
Perda total da visão aguda	Perda da visão em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas e que não voltou ao normal.
Redução recente da acuidade visual	Qualquer redução da acuidade visual corrigida nos últimos 7 dias.
Sensação de corpo estranho	Sensação de alguma coisa no olho, geralmente expresso como raspando ou arranhando.
Trauma ocular penetrante	Evento traumático físico recente com perfuração do globo ocular.



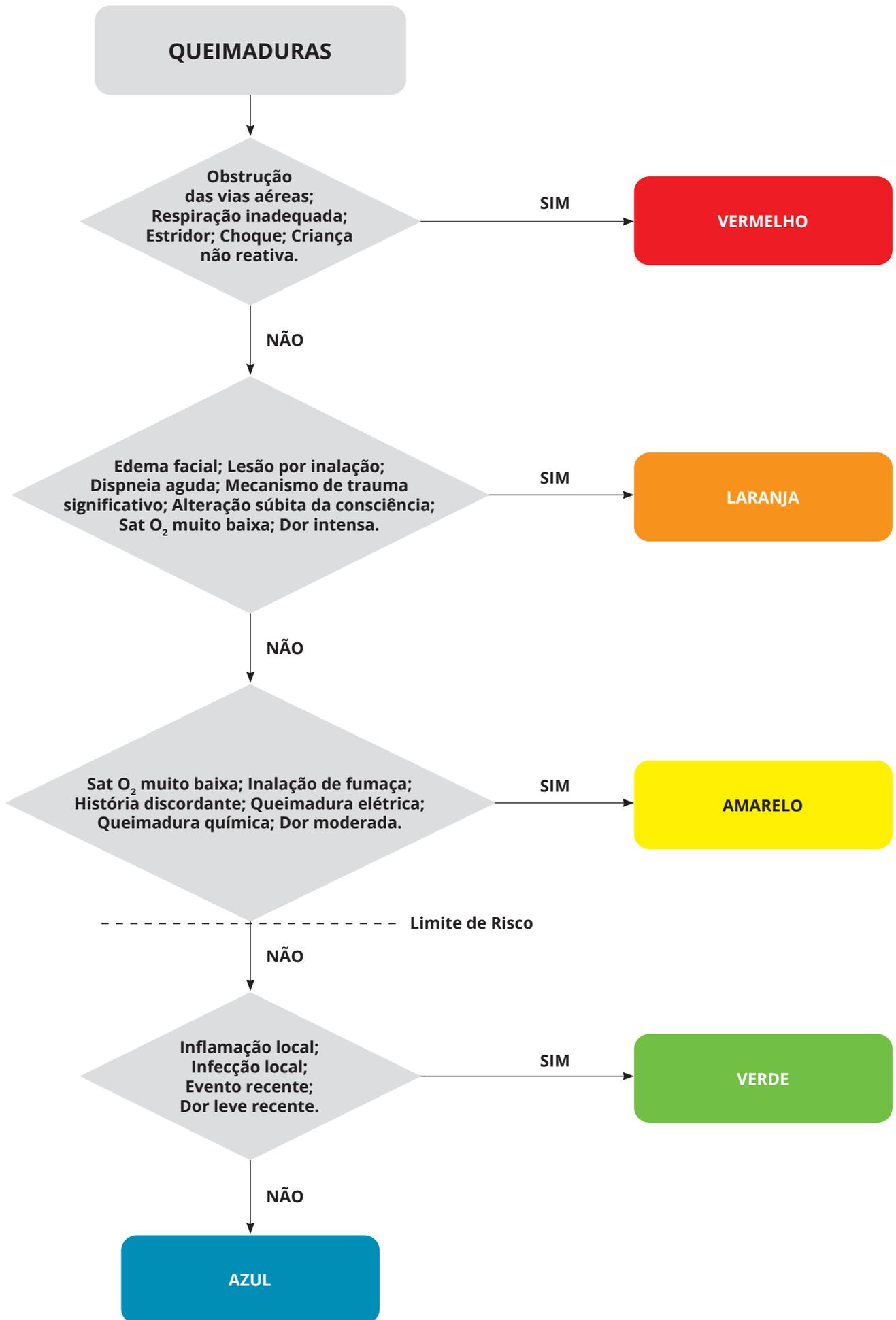
NOTAS: PROBLEMAS EM OUVIDOS

Veja também	Notas do Fluxograma
Problemas em face Trauma craniano	Este é um fluxograma permite a avaliação de pacientes com condições que afetam o ouvido. Discriminadores gerais incluem risco de vida, dor, hemorragia e temperatura.
Discriminadores específicos	Explicação
Hematoma de orelha	Hematoma tenso (geralmente pós-traumático) na orelha.
História de trauma cranioencefálico	História de trauma físico envolvendo a cabeça. Geralmente isso será relatado pelo paciente, mas se ele esteve inconsciente, a história deverá ser colhida de uma testemunha confiável.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Perda recente da audição	Perda da audição em um ou ambos ouvidos na última semana.
Vertigem	Uma sensação aguda de estar tonto ou rodando, podendo se associar náusea e vômito.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

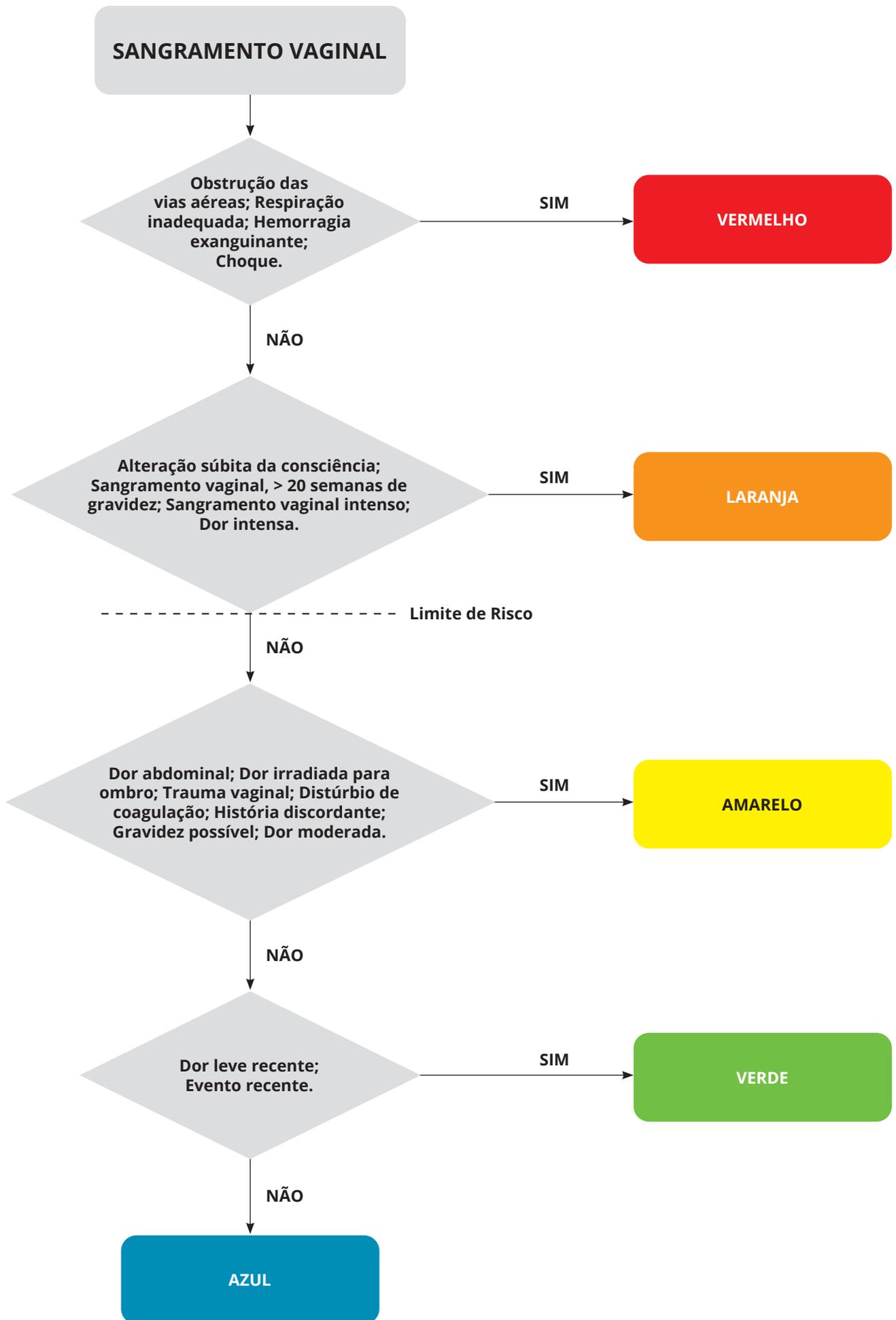


NOTAS: PROBLEMAS URINÁRIOS

Veja também	Notas do Fluxograma
Infecções Sexualmente Transmissíveis Dor testicular	Muitos dos pacientes que apresentam problemas urinários, além da dor podem ter doenças sérias relacionadas. Discriminadores gerais incluem risco de vida, dor e temperatura. Discriminadores específicos foram incluídos, para assegurar que pacientes que se apresentem com retenção urinária e infecção sejam avaliados em categorias apropriadas.
Discriminadores específicos	Explicação
Cólicas	Dores intermitentes. Por exemplo: cólica renal tende a melhorar e piorar a cada 20 minutos.
Disúria	Dor ou dificuldade em urinar. A dor é tipicamente descrita como fincada ou queimação.
Hematúria franca	Coloração vermelha da urina por sangue.
Priapismo	Ereção peniana sustentada.
Retenção urinária	Impossibilidade de eliminar urina pela uretra associada a bexigoma. É uma condição de muita dor, exceto se houver alteração do sensorio.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.

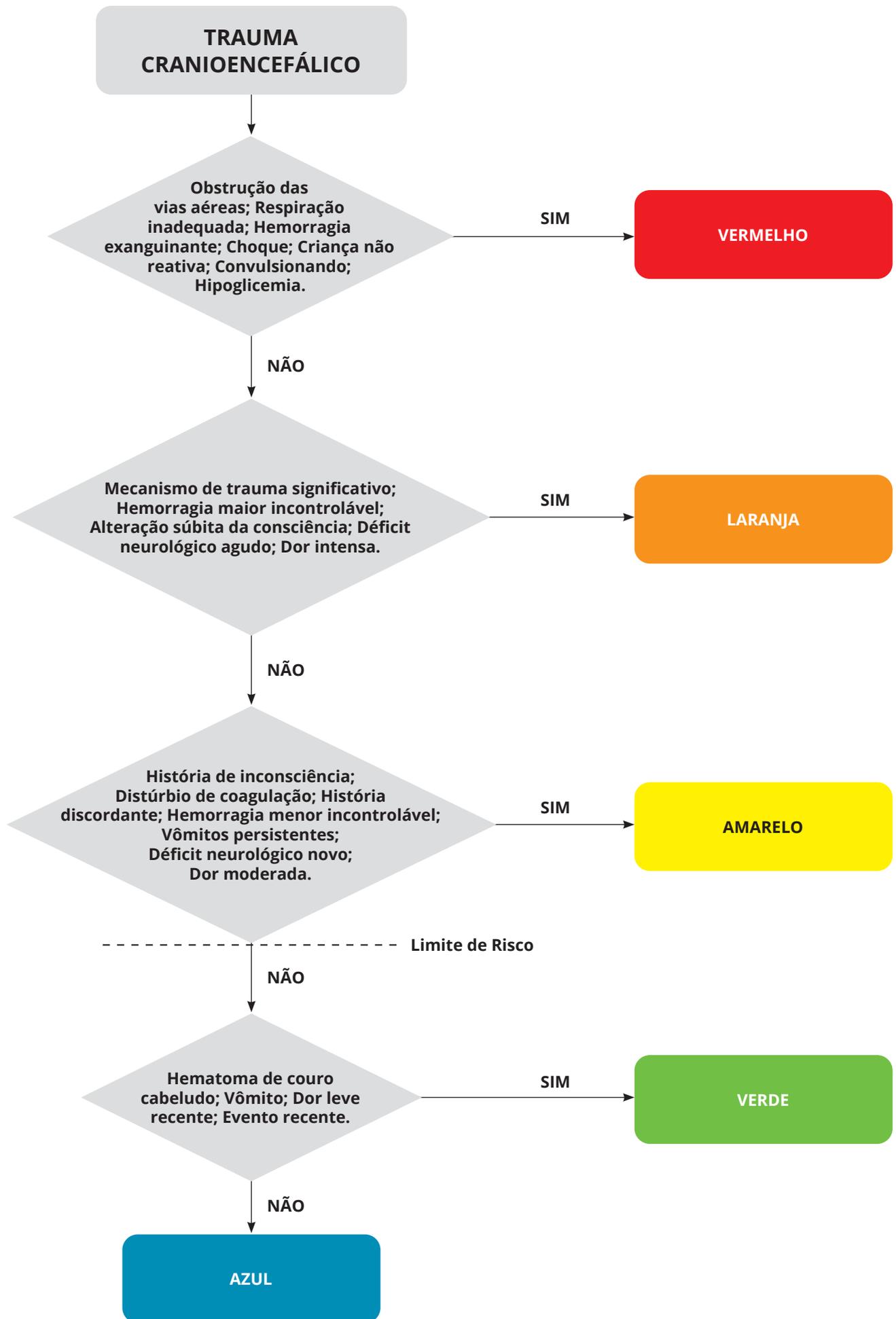


NOTAS: QUEIMADURAS	
Veja também	Notas do Fluxograma
-	Existe um amplo espectro de gravidade nas queimaduras, e o fluxograma foi desenhado para a priorização adequada de cada categoria. São usados discriminadores gerais para risco de vida, estado de consciência e dor. Discriminadores específicos foram adicionados, para permitir a identificação de pacientes que sofram de lesão por inalação e daqueles cujo mecanismo sugira necessidade de posterior investigação e tratamento mais específico.
Discriminadores específicos	Explicação
Dispneia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora a falta de ar crônica.
Edema facial	Inchaço difuso na face, geralmente envolvendo os lábios.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Inalação de fumaça	História de confinamento em lugar com fumaça é o indicador mais confiável de inalação de fumaça. Pode haver fuligem em torno da boca e nariz.
Infecção local	Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.
Inflamação local	Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.
Lesão por inalação	História de confinamento em espaço com fumaça é o indicador mais confiável de aspiração de fumaça. Pode haver fuligem em torno da boca e nariz, além de rouquidão. História é também a forma mais segura de se diagnosticar inalação de agentes químicos – pode ou não haver nenhum outro sinal.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.
Sat O₂ baixa	Saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente.
Sat O₂ muito baixa	Saturação < 95% em terapia com O ₂ ou < 90% em ar ambiente.
Queimadura elétrica	Qualquer queimadura causada ou possivelmente causada por corrente elétrica. Isto inclui correntes alternadas e contínua, tanto de fontes naturais como de artificiais.
Queimadura química	Qualquer substância que respinga ou cai no corpo e causa dor, queimação, redução da visão ou outros sintomas deve ser considerada capaz de causar queimadura química.



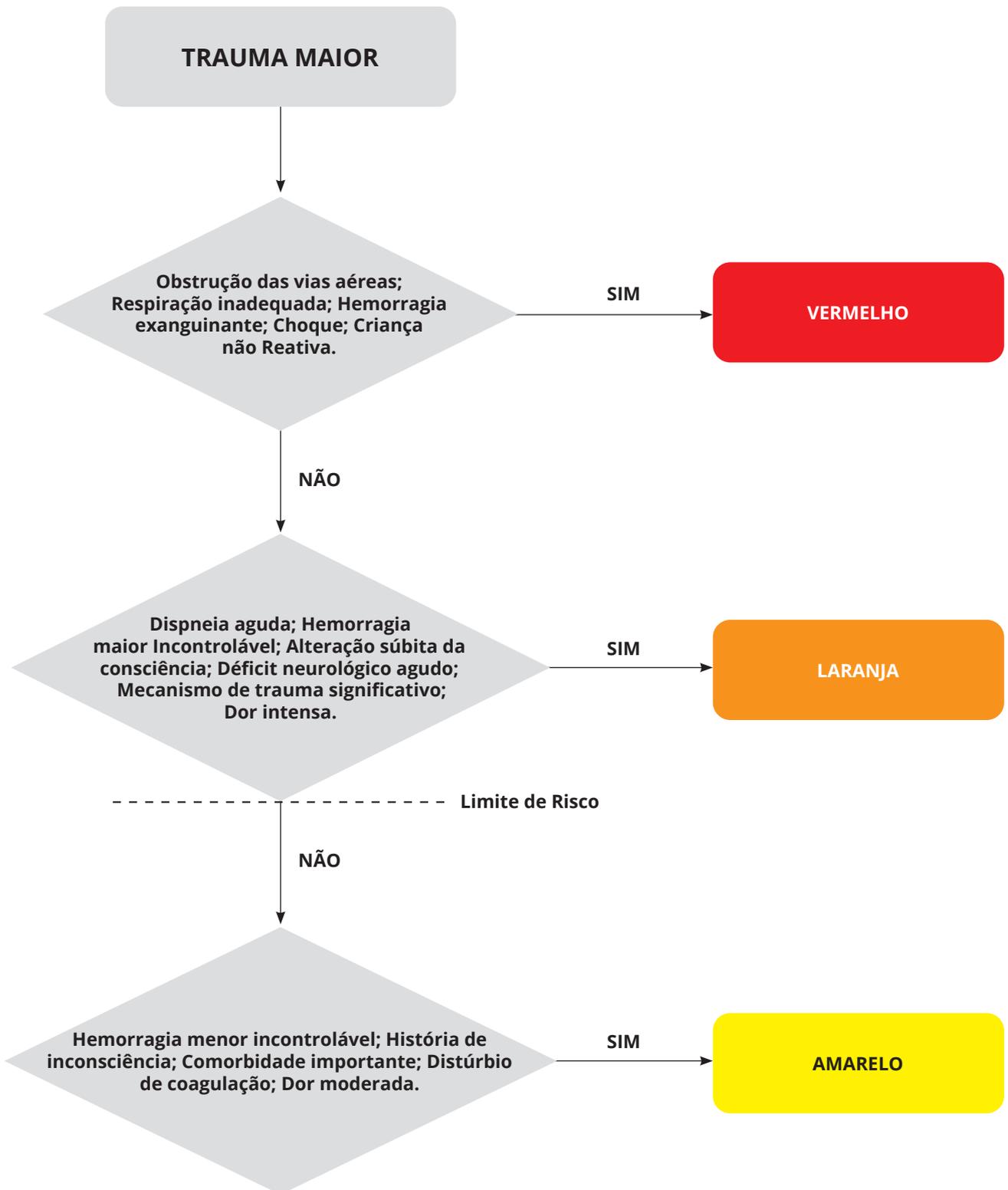
NOTAS: SANGRAMENTO VAGINAL

Veja também	Notas do Fluxograma
Gravidez Dor abdominal	Hemorragia vaginal pode ocorrer em mulheres grávidas e não grávidas e pode ter várias causas. Alguns discriminadores gerais foram incluídos para risco de vida, hemorragia e dor.
Discriminadores específicos	Explicação
Dor abdominal	Qualquer dor sentida no abdome. Se irradiada para o dorso pode indicar dissecação de aorta; se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento.
Dor irradiada para ombro	Dor sentida a ponta do ombro. Geralmente indica irritação diafragmática.
Gravidez possível	Qualquer mulher cuja menstruação normal não ocorreu está possivelmente grávida. Além disso, qualquer mulher em idade fértil com vida sexual ativa sem proteção deverá ser considerada potencialmente grávida.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Sangramento vaginal intenso	Sangramento vaginal é muito difícil de quantificação. Grandes coágulos ou fluxo constante preenchem este critério. O uso de grande número de absorventes higiênicos sugere perda intensa.
Sangramento vaginal, > 20 semanas de gravidez	Qualquer perda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez.
Trauma vaginal	Qualquer história ou outra evidência de trauma na vagina.



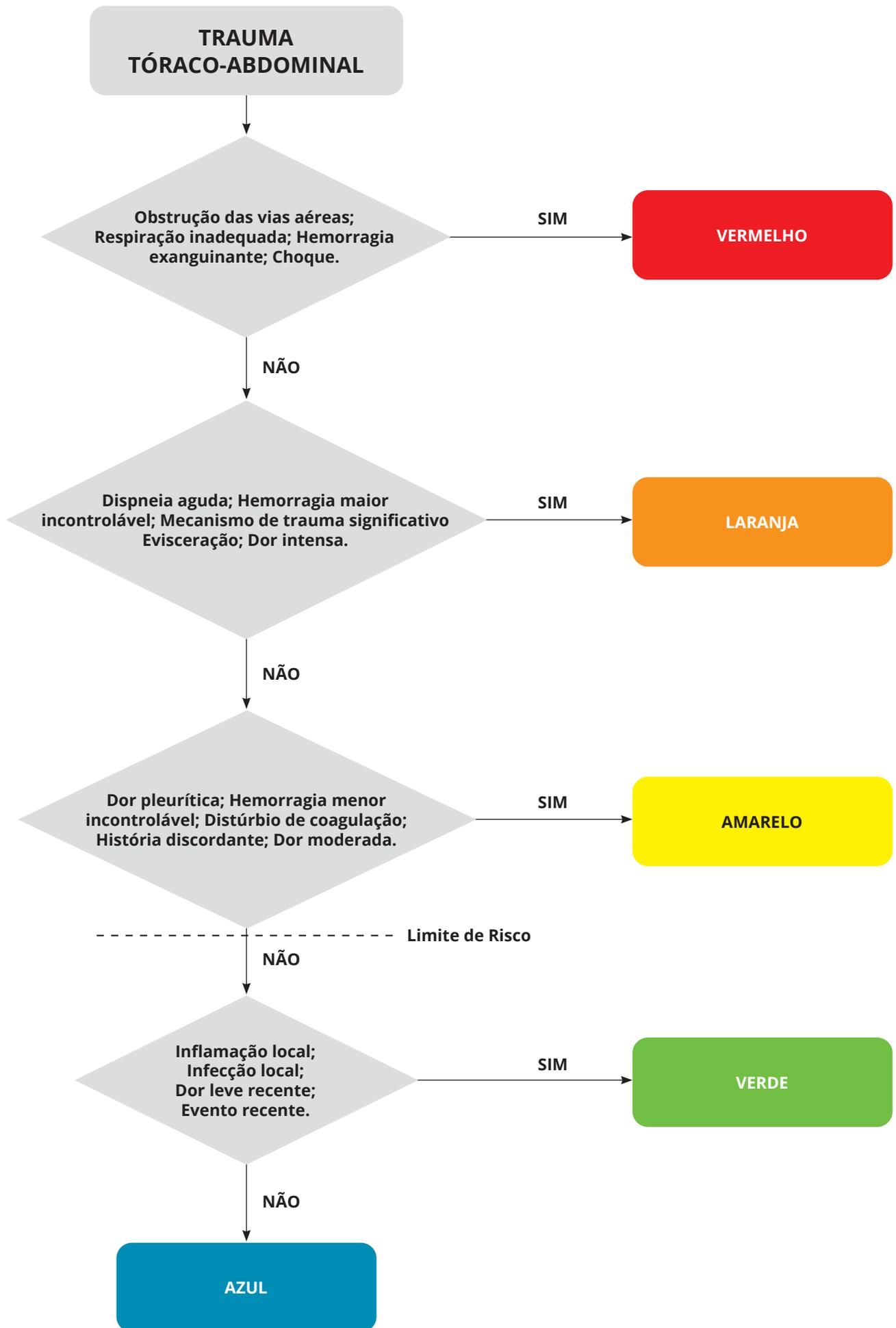
NOTAS: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Veja também	Notas do Fluxograma
Cefaleia Dor cervical Convulsão	<p>Trauma cranioencefálico é uma apresentação muito comum nos serviços de urgência e pode variar desde hematoma extra dural com risco de vida até cortes mínimos no couro cabeludo. Alguns discriminadores gerais foram usados para risco de vida, estado de consciência (adultos e crianças) hemorragia e dor. Discriminadores específicos foram selecionados para mecanismo significativo de trauma e desenvolvimento de novos sinais ou sintomas neurológicos em prioridade mais alta.</p>
Discriminadores específicos	Explicação
Convulsionando	Pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva do tipo "Grande Mal" ou apresentando convulsão parcial.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24 horas.
Distúrbio de coagulação	Distúrbio da coagulação, congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica.
Hematoma no couro cabeludo	Área do couro cabeludo contusa, machucada e elevada (contusão na testa, abaixo da linha do cabelo é dita frontal).
Hipoglicemia	Glicemia < 55mg/dL.
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem alívio entre os episódios.



NOTAS: TRAUMA MAIOR

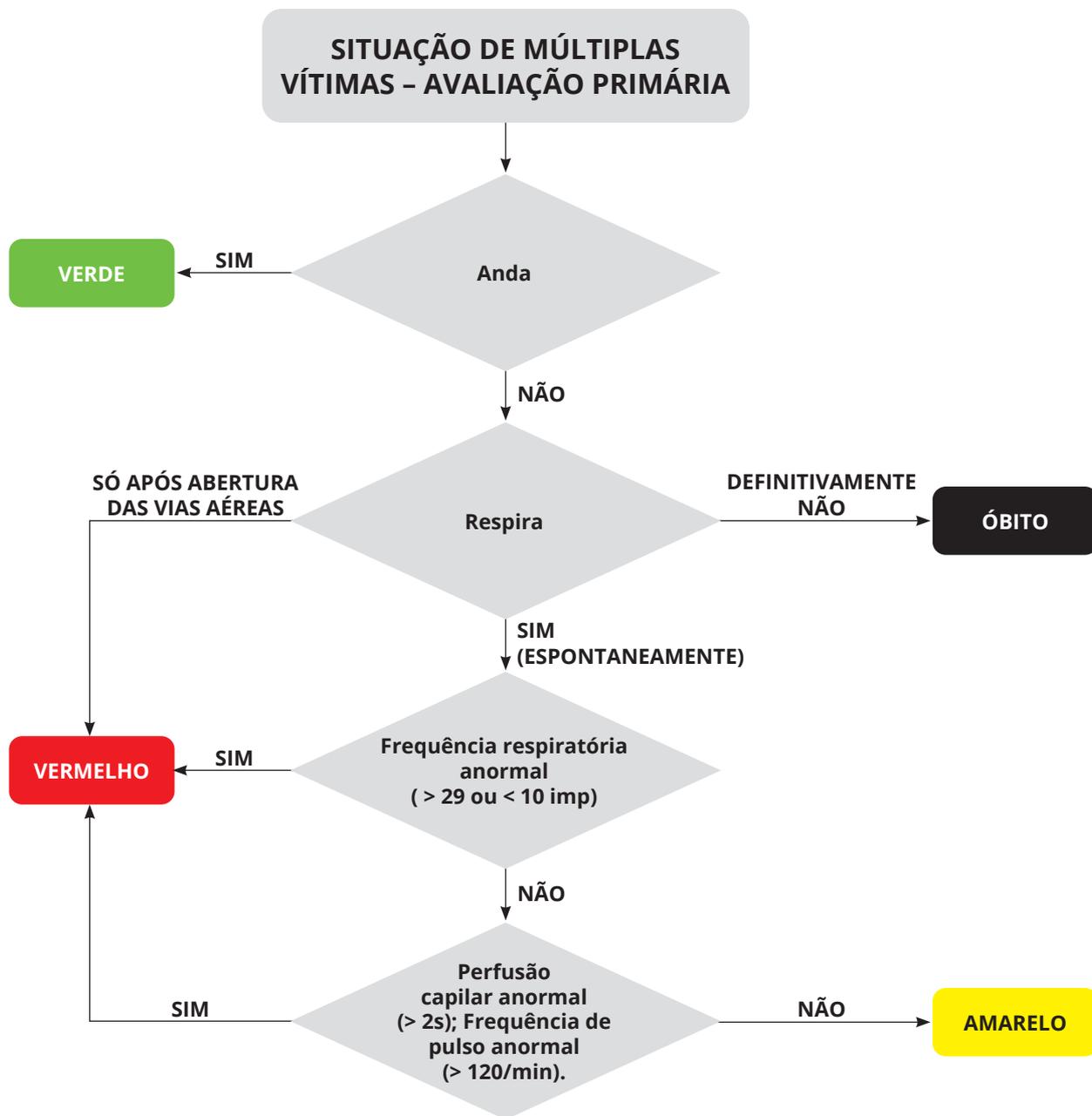
Veja também	Notas do Fluxograma
-	<p>A maior parte dos profissionais sabe o significado de um trauma maior. Esta forma de apresentação não deve ser definida pelo paciente ou sua lesão, mas por uma análise do trauma como um todo pelo profissional de saúde. É impossível classificar, portanto, um paciente com apresentação de trauma maior em categoria menor que urgente (AMARELA). Se este fluxograma foi escolhido, mas a descrição inicial do paciente que sofreu o trauma estiver incorreta, então o paciente deverá ser classificado com o uso de outro fluxograma de apresentação. Alguns discriminadores gerais foram escolhidos para risco de vida, hemorragia, estado de consciência (adultos e crianças) e dor. Discriminadores específicos foram incluídos, para assegurar que pacientes com mecanismo significativo de trauma sejam alocados como muito urgentes, e aqueles com comorbidades e com déficit neurológico novo sejam avaliados no tempo adequado.</p>
Discriminadores específicos	Explicação
Comorbidade importante	Qualquer condição médica pré-existente que requeira medicação contínua ou outros cuidados.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 horas: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Dispneia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina, piora de falta de ar crônica.
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.



NOTAS: TRAUMA TÓRACO-ABDOMINAL

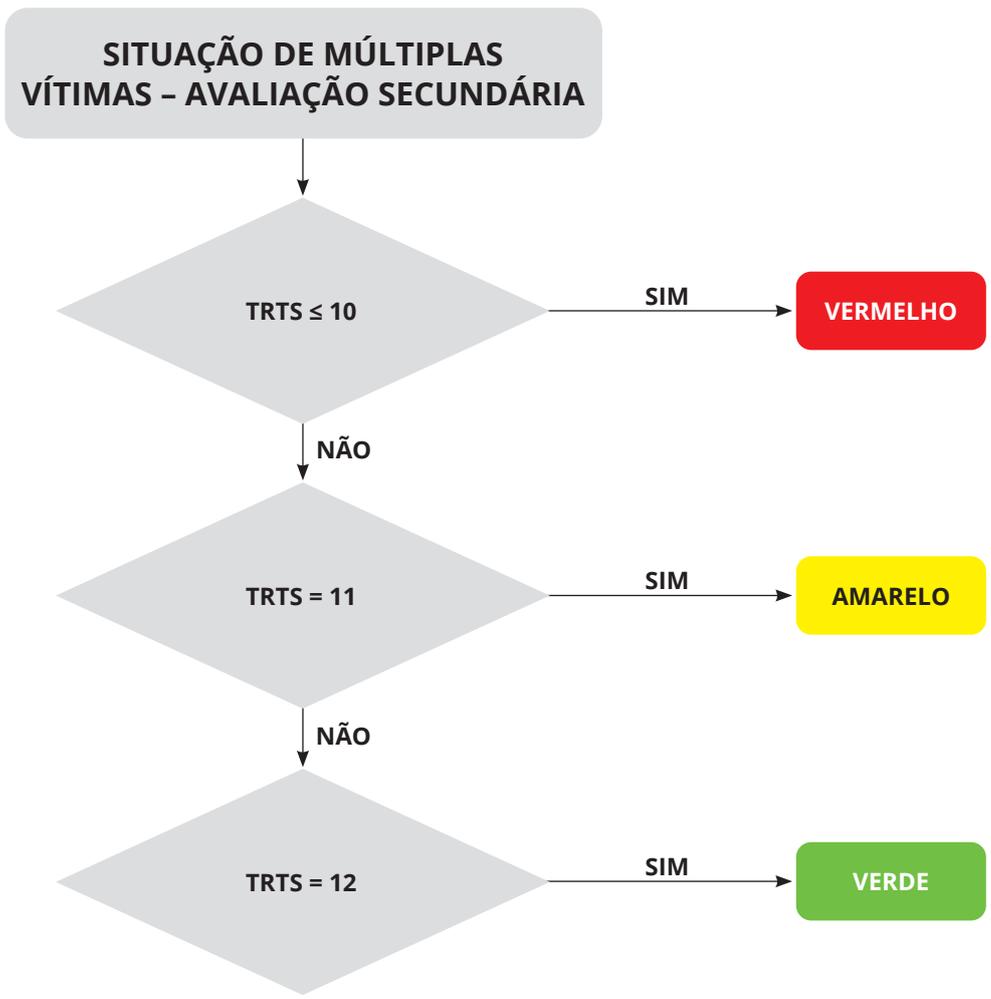
Veja também	Notas do Fluxograma
Trauma maior Agressão Feridas	Este Fluxograma foi criado para permitir o estabelecimento adequado da prioridade dos doentes que sofrem trauma no tórax e abdome. Discriminadores gerais incluem risco de vida, hemorragia e dor. Discriminadores específicos permitem a avaliação de pacientes que sofreram lesões internas menos óbvias, entretanto graves, incluindo dispneia aguda e história de mecanismo significativo de trauma.
Discriminadores específicos	Explicação
Dispneia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita, ou repentina piora de falta de ar crônica.
Dor pleurítica	Dor fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Evisceração	Herniação ou franca exteriorização de órgãos internos.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças e adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Infecção local	Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.
Inflamação local	Implica dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.

PROTOCOLOS PARA SITUAÇÕES DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS (Avaliações Primária e Secundária)



NOTAS: SITUAÇÃO DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS – AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

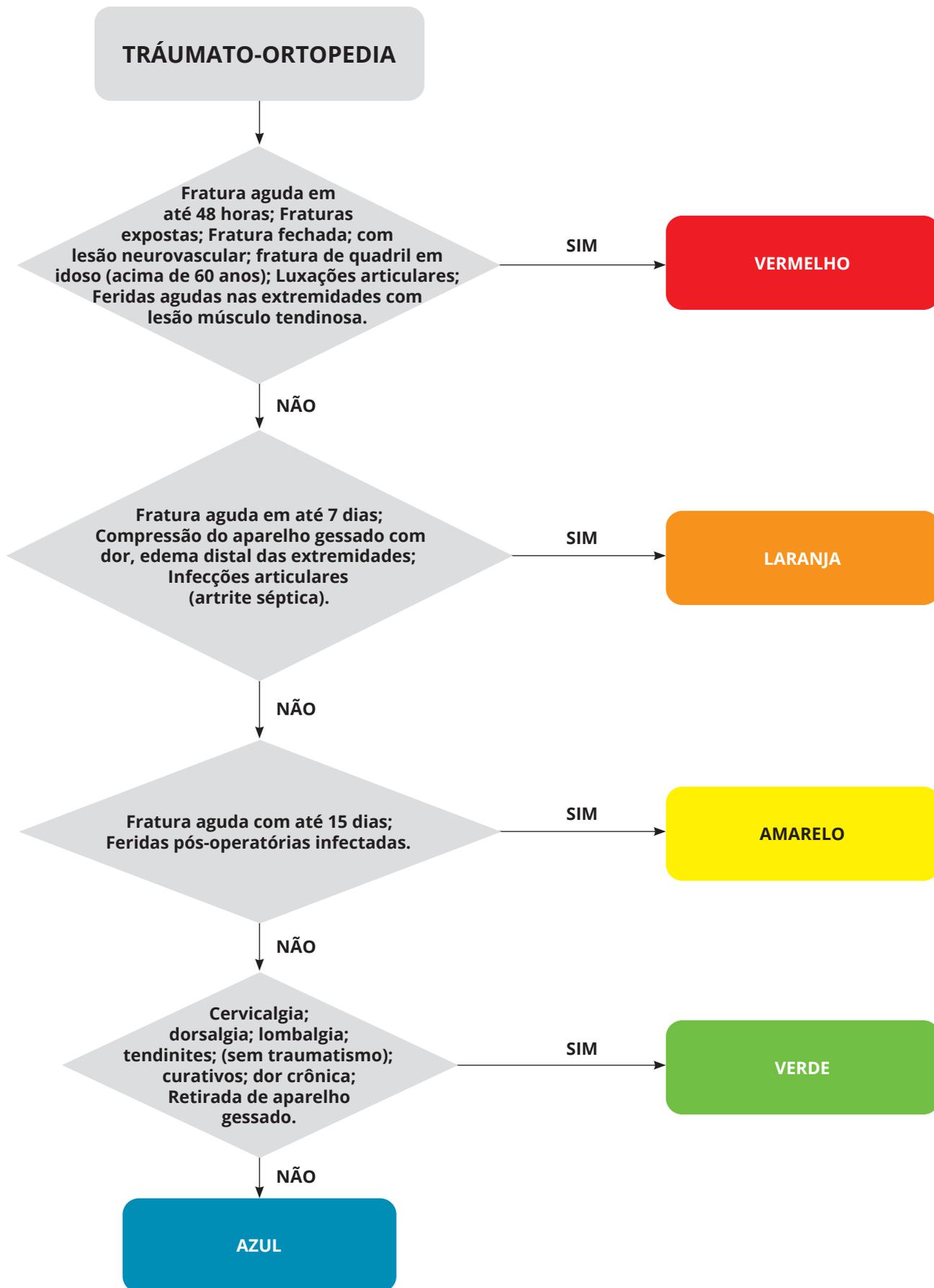
Veja também	Notas do Fluxograma
Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Primária	<p>A triagem frente a um acidente com múltiplas vítimas tem um objetivo completamente diferente da classificação de risco usual do dia a dia dos serviços de urgência. Para conseguir este objetivo (que é inicialmente salvar o maior número de pessoas possível e depois encaminhá-las ao melhor cuidado dentro dos recursos disponíveis), tem sido adotada uma abordagem diferente. Ao invés de selecionar antes os mais graves, nesta situação são preparados os menos graves. Os discriminadores gerais e específicos são substituídos por outros mais simples, que fazem uma divisão grosseira dos pacientes em três categorias.</p> <p>Este fluxograma descreve a metodologia inicial de abordagem em acidentes de múltiplas vítimas. Ele foi desenhado para permitir o ordenamento do atendimento quando um grande número de pacientes chega ao mesmo tempo. Ele não seleciona os mais graves primeiro, mas separa os mais numerosos que andam (verdes) – o ABC está preservado: via aérea, ventilação, circulação. Depois subdivide os demais (que não andam) em mortos, vermelhos ou amarelos. Obviamente este método rápido não é totalmente seguro e outros métodos deverão ser usados assim que possível. Não mais que 15 segundos devem ser gastos com cada paciente.</p>
Discriminadores específicos	Explicação
Anda	Em acidente envolvendo múltiplas vítimas, ao ser acionado o Plano de Catástrofe, qualquer paciente que possa caminhar, independentemente de seu ferimento, preenche este critério, sendo priorizado como padrão (VERDE).
Frequência de pulso normal	Se a perfusão capilar não puder ser medida em situações de múltiplas vítimas, a frequência de pulso maior que 120 por minuto é priorizada como VERMELHA.
Frequência respiratória	Em situações de múltiplas vítimas, considera-se frequência respiratória anormal quando ela está muito alta (> 29) ou muito baixa (< 10). É priorizada como VERMELHA.
Respira após abertura de vias aéreas	Em situações de múltiplas vítimas, deve ser avaliada a presença de respiração após abertura da via aérea. A ausência de respiração por 10 segundos após a manobra de abertura da via aérea implica em declaração de óbito (uma competência médica), a não ser que haja recurso para ressuscitação cardiopulmonar sem prejuízo ao atendimento de outras vítimas classificadas como VERMELHO.
Tempo de perfusão capilar anormal	Tempo de perfusão capilar é o tempo de preenchimento do leito ungueal após ser aplicada pressão por 5 segundos. O valor normal é menor que 2 segundos, mas este sinal é pouco útil em caso de hipotermia. Em situações de múltiplas vítimas, quando a perfusão capilar está prolongada (maior que 2 segundos), o paciente é priorizado como VERMELHO.



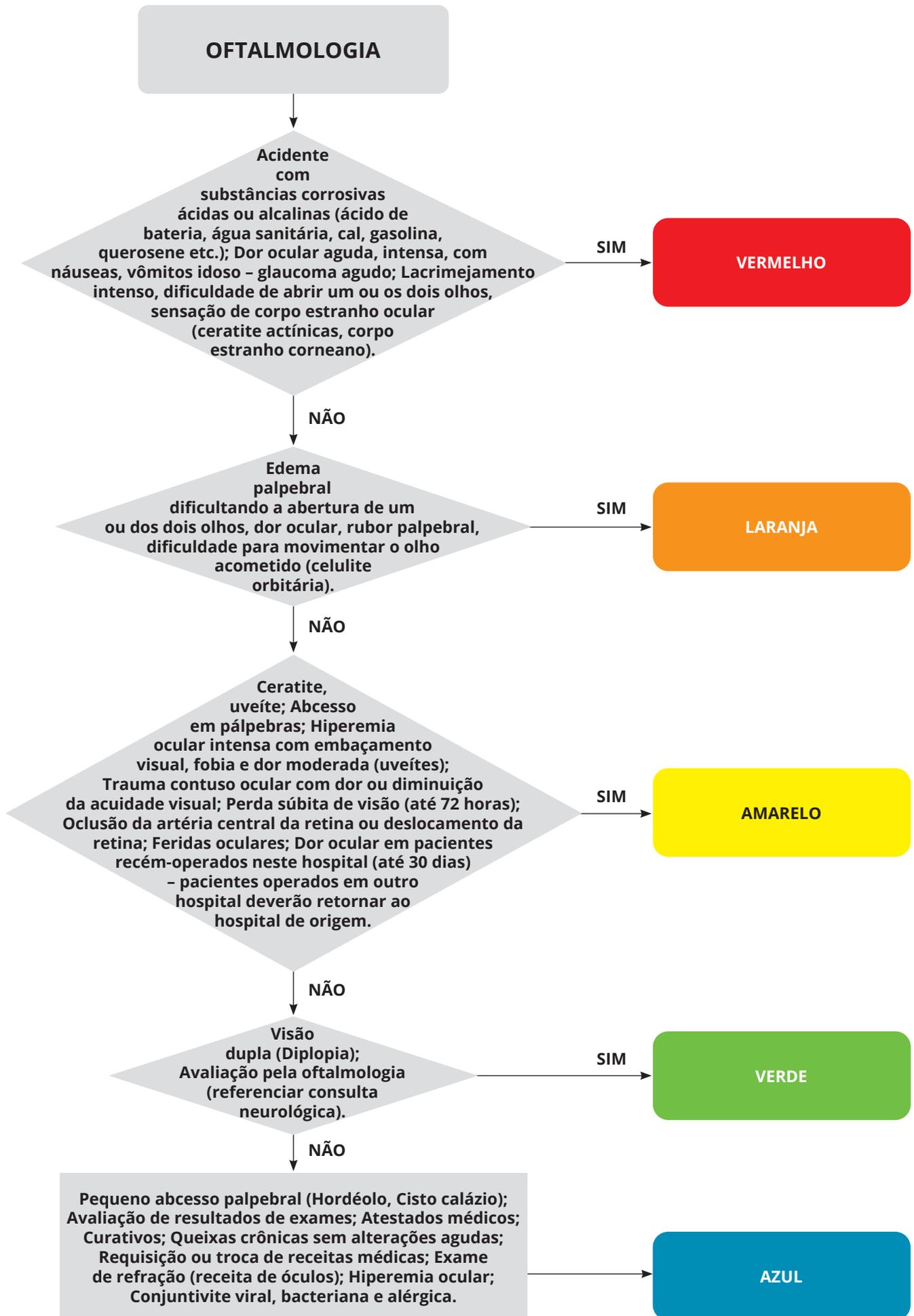
NOTAS: SITUAÇÃO DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS – AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Veja também	Notas do Fluxograma	
<p>Situação de Múltiplas Vítimas – Avaliação Secundária</p>	<p>A metodologia de avaliação primária de acidente de múltiplas vítimas é usada para rapidamente separar um grande número de pacientes em três categorias simples.</p> <p>A avaliação secundária é usada para reavaliar os pacientes. O Escore Revisado de Triagem do Trauma – ERTT (<i>Triage Revised Trauma Score</i> – TRTS) é uma abordagem fisiológica mais refinada para classificar grande número de casos. É baseado na pontuação de três parâmetros fisiológicos: estado de consciência, frequência respiratória e pressão arterial sistólica.</p> <p>Pelo TRTS, as prioridades são alocadas como se segue: 1-10 = Prioridade 1 11 = Prioridade 2 12 = Prioridade 3 (0 = Prioridade 4)</p>	
Discriminadores específicos	Explicação	
ETTR	Escala de Triagem do Trauma revisada	Pontos
Frequência respiratória	10 – 29	4
	> 29	3
	6 – 9	2
	1 – 5	1
	0	0
Pressão Arterial Sistólica	≥ 90	4
	76 – 89	3
	50 – 75	2
	1 – 49	1
	0	0
Escala de Coma de Glasgow	13 – 15	4
	9 – 12	3
	6 – 8	2
	4 – 5	1
	3	0
TRTS	<p>A pontuação do TRTS é feita considerando a frequência respiratória (0-4), pressão arterial sistólica e Escala de Coma de Glasgow (0-4) para se obter pontuação final de 0 a 12.</p>	

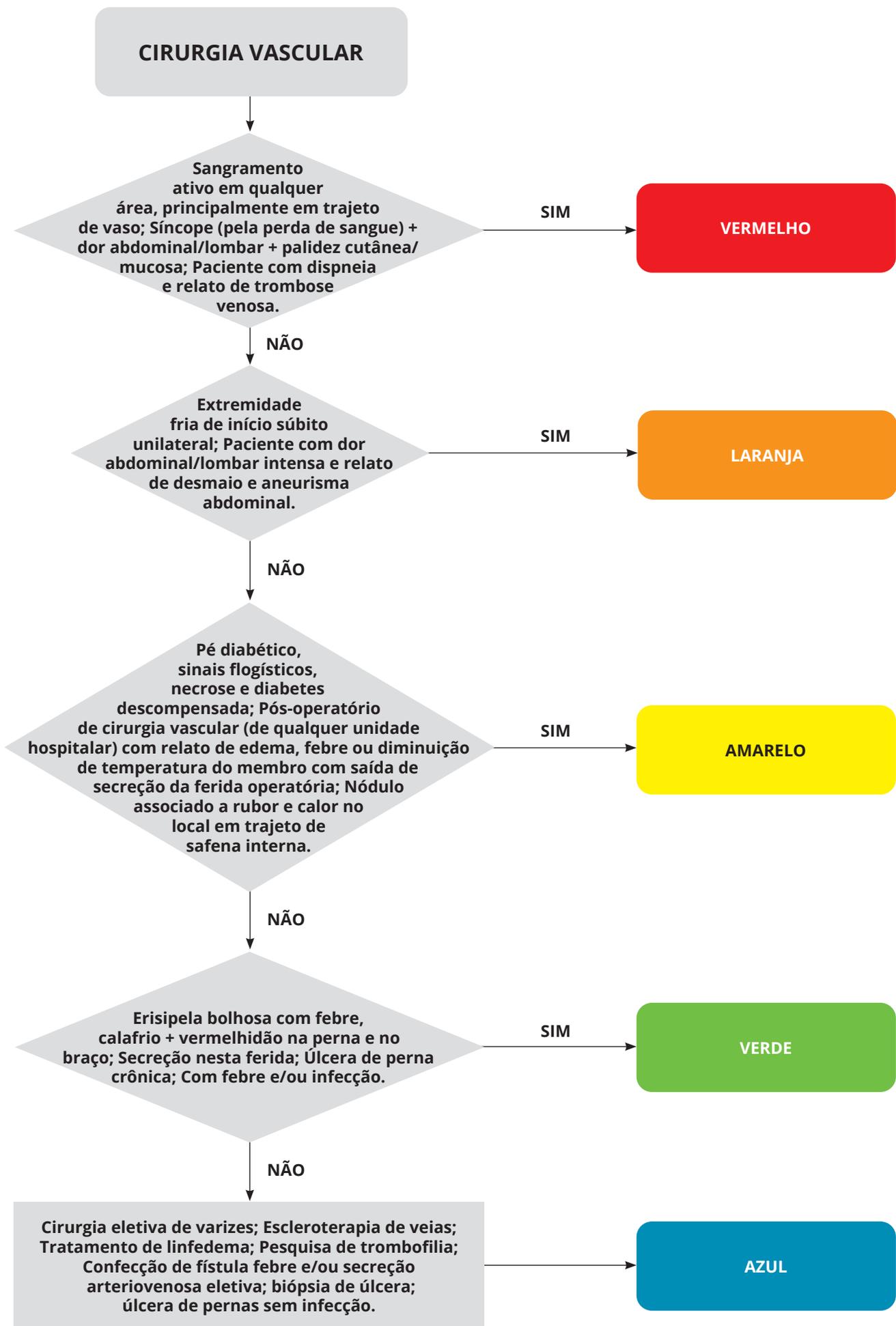
PROTOCOLOS DE ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS



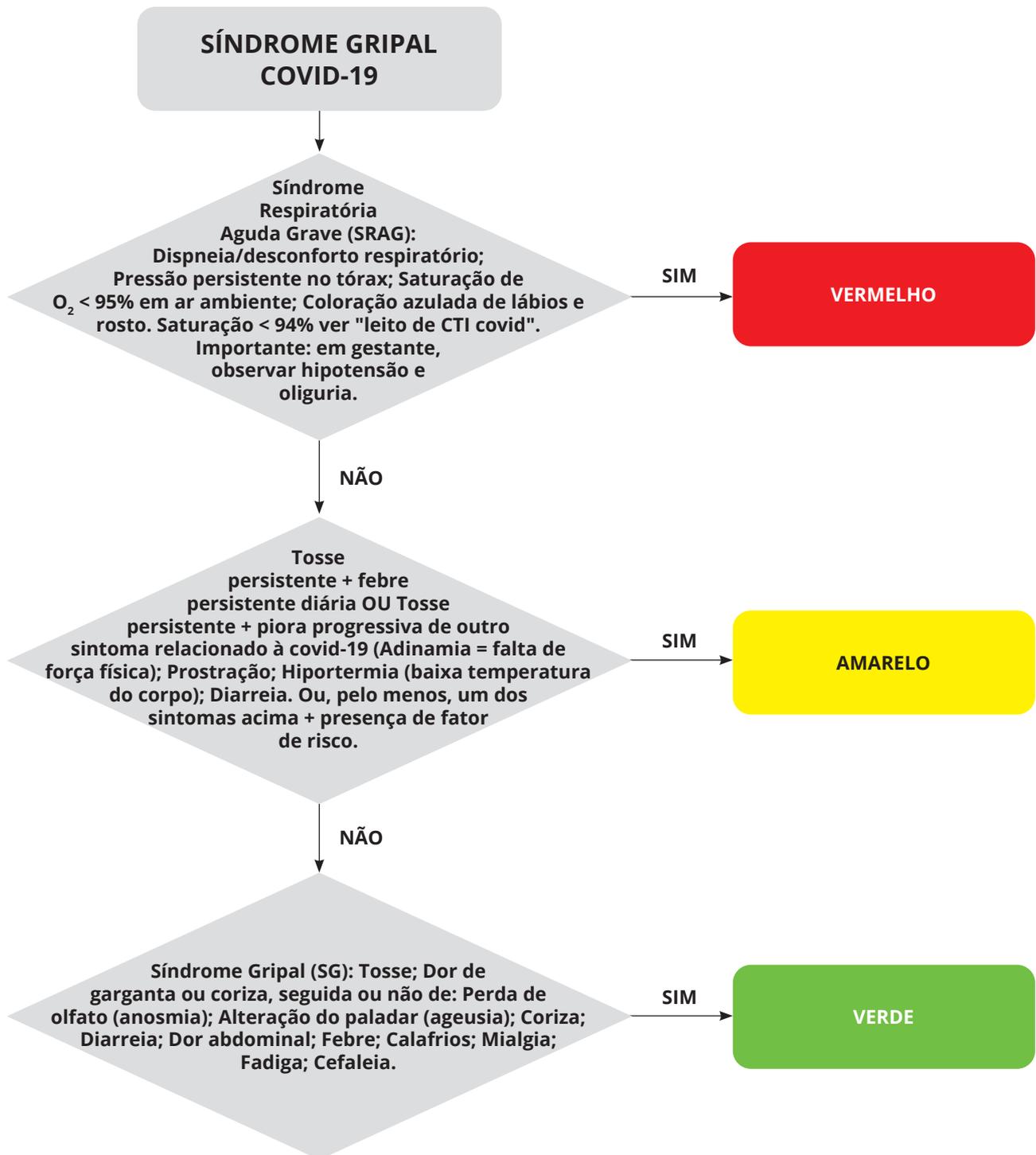
DISCRIMINADORES / TRÁUMATO-ORTOPEDIA	
Veja também	Notas do Fluxograma
Prioridade verde Trauma de Arcos costais	Pacientes com essa prioridade não têm fluxograma de atendimento na rede de atenção hospitalar de urgência e emergência. O limite de atendimento é até a prioridade AMARELA. Encaminhar para a clínica médica, cirurgião geral ou cirurgião torácico.
Discriminadores específicos	Explicação
Artrite séptica Osteomielite	Dor músculo esquelética, bloqueio articular, rubor, calor local.
Compressão do gesso	Dor (intensa), palidez cutânea, edema (pensar em síndrome de compartimento).
Fratura de quadril do idoso	Com história de queda, dor no quadril (rotação externa e encurtamento). Atendimento imediato e ser operado em até 72 horas.
Fratura aguda com dores intensa	Mesmo que tenha sido atendido em outra unidade.
Pacientes com prioridade azul, cervicalgia, dorsalgia, tendinites etc.	Encaminhar para a Rede de Atenção Primária/Clínica da Família/CER (ver protocolo da dor).



DISCRIMINADORES / OFTALMOLOGIA	
Veja também	Notas do Fluxograma
Ordéolo, cisto calázio, atestados, exame de refração, conjuntivite viral	Estes casos deverão ser encaminhados para a Rede de Atenção Primária para seguir o fluxograma de atendimento com garantia de acesso.
Discriminadores específicos	Explicação
Visão dupla (diplopia)	Encaminhar para avaliação do oftalmologista e referenciar para consulta neurológica.
Perda súbita de visão até 72 horas, diminuição da visão	Pode acarretar cegueira, associada com enxaqueca, pessoa com miopia alta, dentre outros.
Feridas oculares em pacientes recém-operados	Deve ser atendido pelo oftalmologista, e se for encaminhado para o hospital onde fez a cirurgia, ligar informando, para que o mesmo tenha garantia de acesso.
Dor ocular aguda intensa com ou sem náuseas e vômitos	Pensar em glaucoma, atendimento de urgência.
Pacientes com prioridade azul	Encaminhar para a Rede de Atenção Primária/Clínica da Família/CER (ver fluxograma de atendimento da Rede de Atenção Primária).



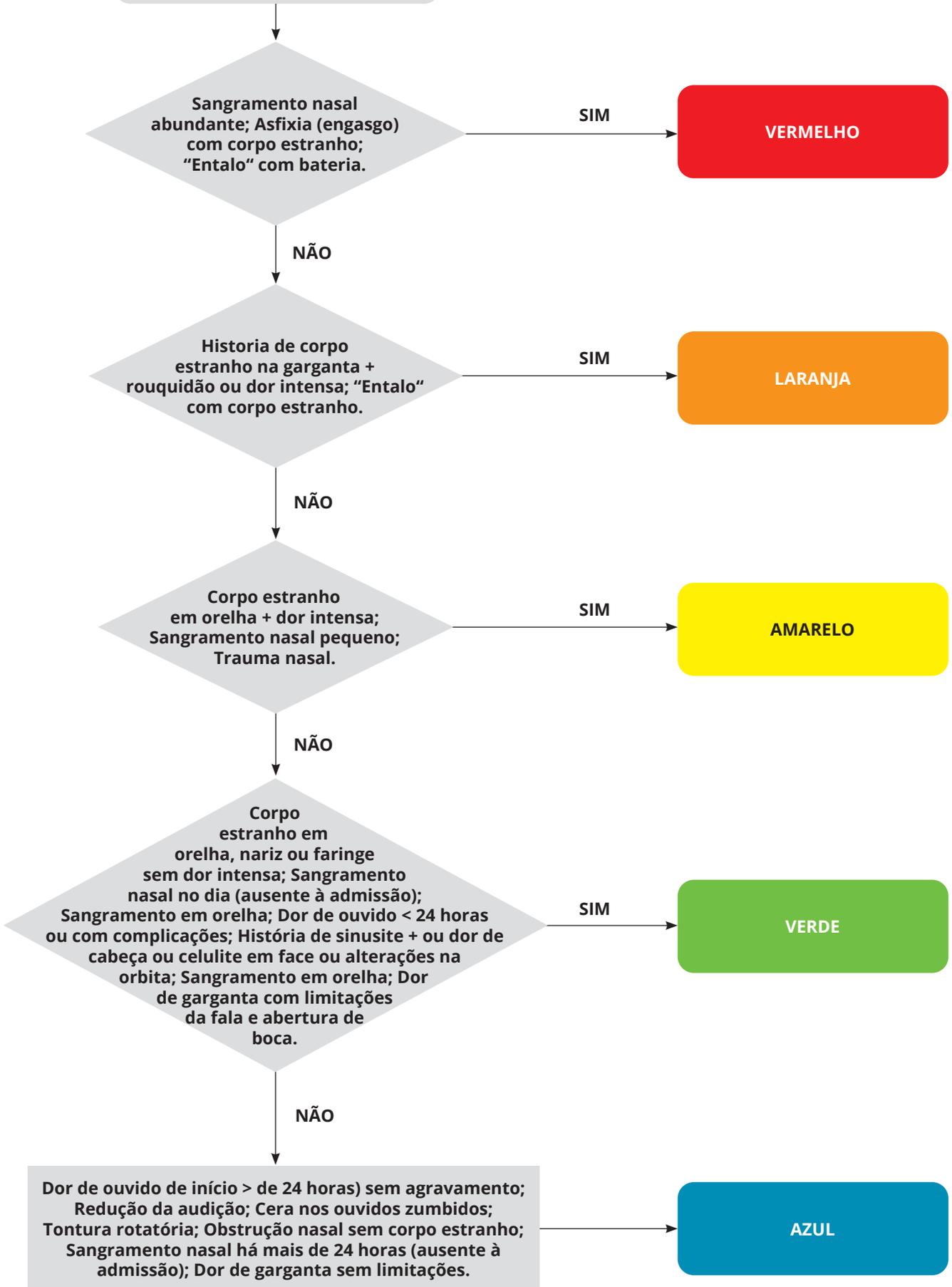
DISCRIMINADORES / CIRURGIA VASCULAR	
Discriminadores específicos	Explicação
Aneurisma roto	Síncope pela perda de sangue, associada à dor abdominal ou lombar, palidez.
Embolia pulmonar	Paciente com relato de trombose profunda e dispneia.
Aneurisma pulmonar	Paciente com abdominal/lombar intensa e desmaio.
Trombose	Edema unilateral com início < 7 dias.
Uso de anticoagulante oral	Paciente em tratamento de trombose apresentando sangramento pela gengiva ou pela urina ou com hematomas, pode ser atendido pelo clínico medico e, se necessário, solicitar parecer do cirurgião vascular.
Aneurisma roto Embolia pulmonar Aneurisma pulmonar Trombose Uso de anticoagulante oral	<ul style="list-style-type: none"> • Pela perda de sangue (síncope) associada à dor abdominal ou lombar mais palidez. • Paciente com relato de trombose profunda e dispneia. • Paciente com dor abdominal/lombar intensa e desmaio. • Edema unilateral com início < 7 dias. • Paciente em tratamento de trombose apresentando sangramento pela gengiva ou pela urina ou com hematomas, pode ser atendido primeiro pelo clínico médico e, se necessário, solicitar parecer do cirurgião vascular.



DISCRIMINADORES / SÍNDROME GRIPAL – COVID-19

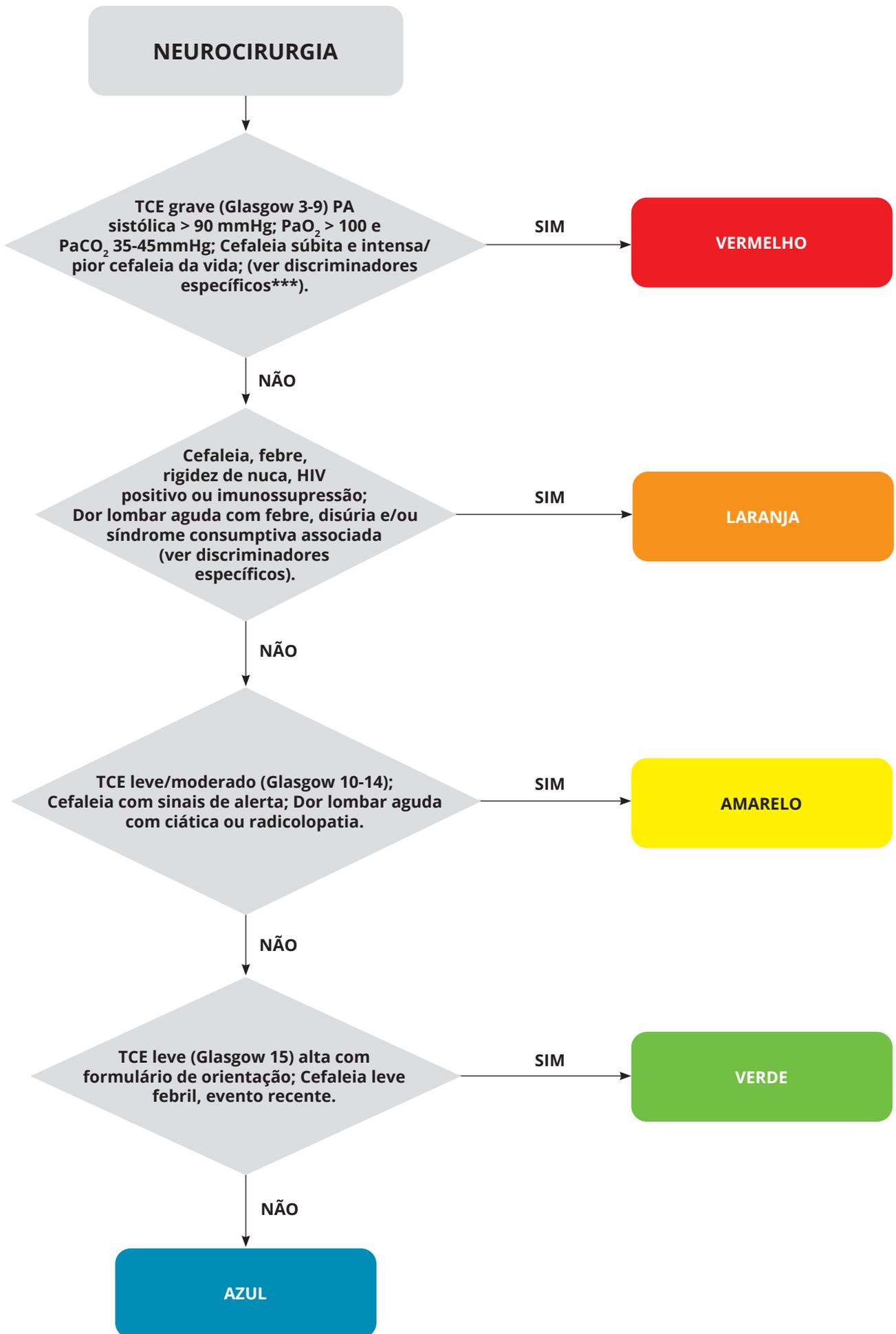
Discriminadores Gerais	Explicação
Casos suspeitos	Os casos suspeitos, como clínica leve e moderada, podem ser atendidos em serviços básicos de saúde (APS) e/ou intermediários (UPA e CERs) com garantia de acompanhamento por meio de visitas e <i>call centers</i> , entre outros. O acesso deve ser garantido com corresponsabilização. Os casos com maior gravidade serão referenciados para a rede de urgência e emergência. (ver fluxograma de atendimento interno e externo)
Contexto local	Contexto local da epidemia deve ser avaliado diariamente pela gestão e trabalhadores, com decisões sobre a manutenção/implantação, entre outros. Os trabalhadores dos serviços devem permanecer em extrema vigilância quanto ao aparecimento de sintomas, contato com casos confirmados e necessidades de isolamento e/ou acompanhamento. (ver protocolo da instituição)
Discriminadores Específicos	Explicação
Covid-19	É uma doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2. Apresenta espectro clínico variado, de infecções assintomáticas ou oligossintomáticas a quadros graves.
Período de incubação	De 2 a 14 dias (em média) – cada pessoa infectada pode transmitir o vírus a 2 ou 3 indivíduos.
Transmissão	Se dá através da via respiratória de pessoa a pessoa por secreções produzidas durante tosse, espirros, coriza e mãos.
Tratamento ou Vacina	A vacina é eficiente para a prevenção coletiva da doença (é necessária alta cobertura da população para eficácia), e o tratamento para a covid-19 ainda é inespecífico. (ver protocolo farmacológico em cada instituição)
Casos suspeitos SG = Síndrome Gripal	Síndrome Gripal (SG) – Indivíduo com quadro respiratório agudo. Caracterizada por febre ou estado febril (pode ser relatado) com tosse ou dor na garganta de coriza ou dificuldade de respirar. Em crianças – considera-se também obstrução nasal. // Em idoso – a febre pode estar ausente, considera-se outros critérios, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
Casos suspeitos SRAG = Síndrome Respiratória Aguda Grave	Síndrome respiratória aguda grave (SRAG) → Apresenta dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O ₂ menor que 95% ou coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças, além desses sinais/sintomas, observar os batimentos de asa do nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. (ver fluxograma de atendimento)
Casos confirmados	Por critério laboratorial → SG ou SRAG teste de: Biologia Molecular – RT-PCR em tempo real, detecção de vírus SARS-CoV-2 ou VSR → Doença pelo coronavírus 2019; Imunológico → teste rápido ou sorologia clássica, para a detecção de anticorpos, e teste de antígeno. Por critério clínico epidemiológico → caso suspeito de SG ou SRAG com histórico de contato próximo, nos últimos 7 dias do aparecimento dos sintomas, com casos confirmado laboratorialmente de covid-19. Na fase atual de mitigação da epidemia, o diagnóstico etiológico só será realizado em casos de SRAG junto aos serviços de urgência e emergência.

OTORRINOLARINGOLOGIA

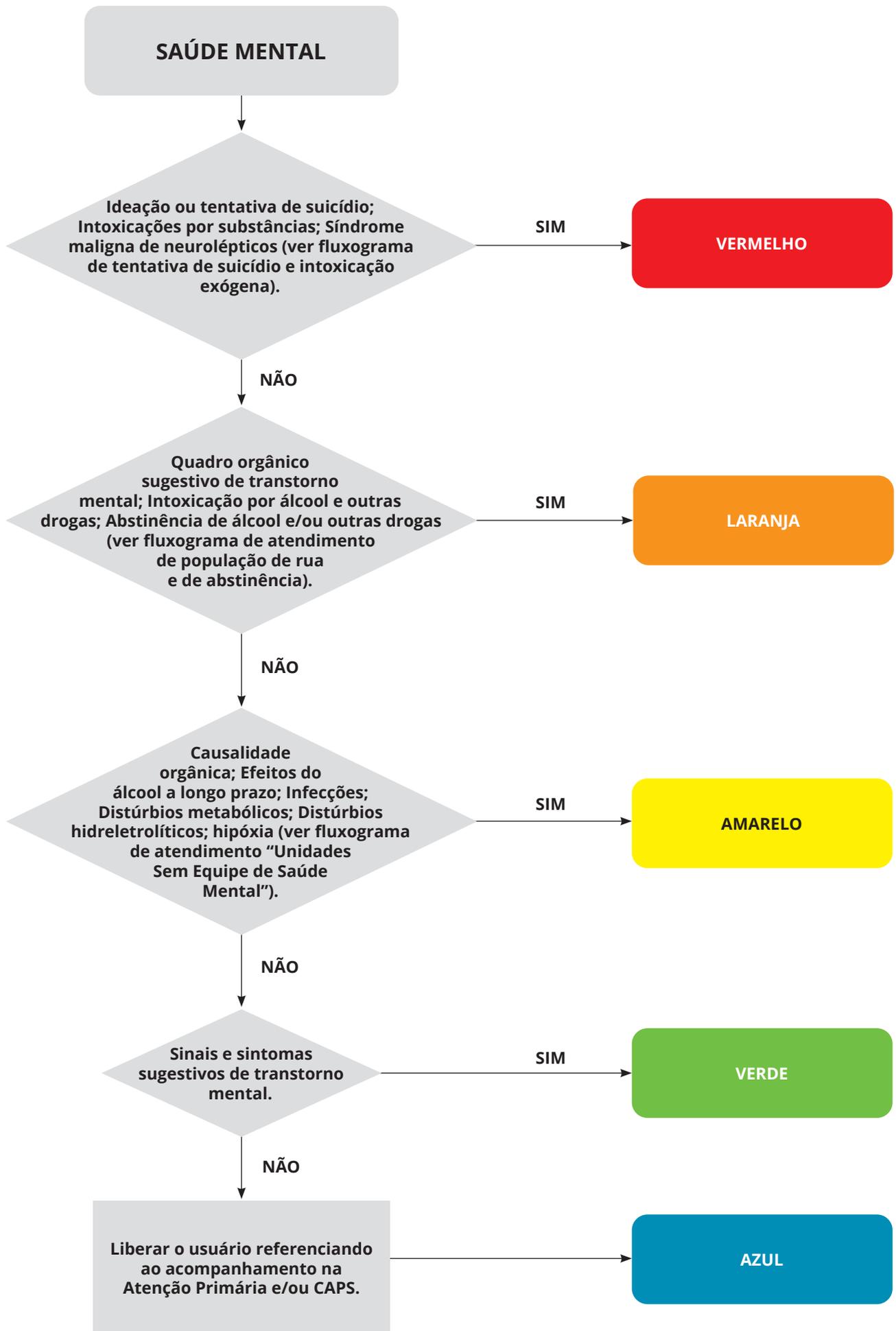


DISCRIMINADORES / OTORRINOLARINGOLOGIA

Discriminadores específicos	Explicação
Epistaxe	Sangramento nasal abundante com taquicardia e palidez, em casos mais severos, hipotensão e agitação/confusão mental podem estar presentes.
Asfixia	Engasgo e asfixia com corpos estranhos levando a dispneia. *Obs.: (1) “Engasgo” – o corpo estranho tomou outro caminho, estando na laringe ou na traqueia e levando à tosse ou mesmo a obstruções na respiração.
Bateria como corpo estranho esofágico	Normalmente, crianças pequenas com salivação e história de deglutição acidental de bateria e “entalo” com a mesma. A liberação de substâncias cáusticas já ocorre após as primeiras horas e pode ser extremamente danosa ao órgão. *Obs.: (2) “Entalo” – o corpo estranho está no esôfago, sem tosse frequente ou obstrução respiratória.
Corpo estranho na laringe com risco	Paciente refere corpo estranho na garganta, porém com rouquidão sem dispneia (o que indica que está em nível das pregas vocais, porém não obstrutivo) ou dor intensa (o que indica que está em região dolorosa).
Corpo estranho em esôfago	“Entalo” com corpo estranho (seja ele carne ou ossos ou outros objetos). Neste caso ocorre salivação e dor/incomodo local, porém, sem dispneia.
Corpos estranhos em orelha com sinais de infecção local Corpos estranhos de orelha animados (vivos)	Nestes casos, a principal queixa é a dor (otalgia), o que não seria visto em casos de corpos de orelha inanimados e/ou sem complicações.
Epistaxe pequena, sem repercussão direta	Sangramento nasal de pequena monta, ativo à admissão, normalmente associado à hipertensão.
Fratura nasal	Histórico de trauma nasal e/ou nariz torto traumático e/ou Epistaxe e/ou afundamento nasal.
Corpos estranhos em orelha, nariz ou faringe sem complicações ou inanimados	Histórico de corpo estranho em alguma destas regiões, sem dor ou com incômodo discreto.
Epistaxe	“Entalo” com corpo estranho.

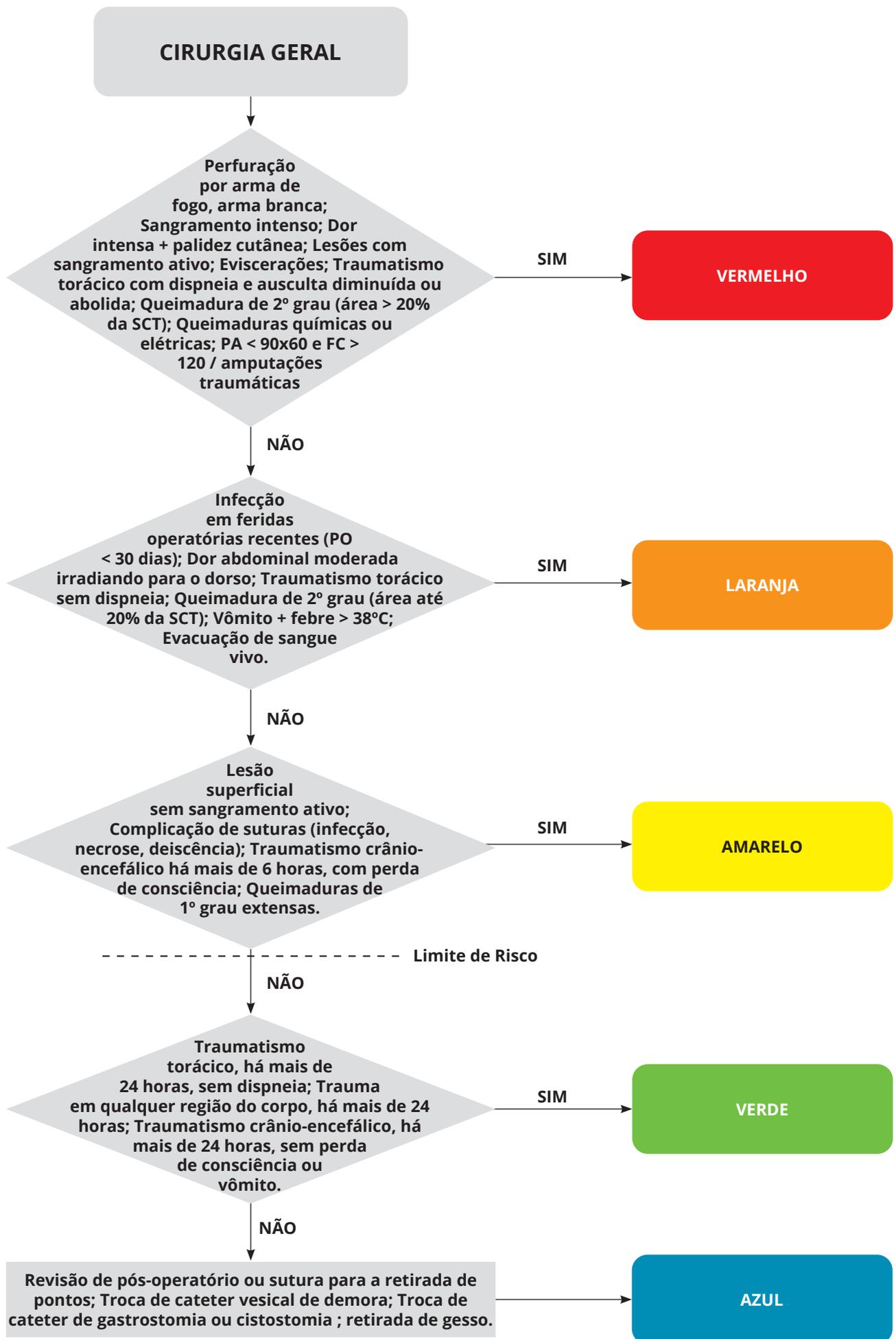


DISCRIMINADORES / NEUROCIRURGIA	
Discriminadores específicos	Explicação
TCE Grave Glasgow 3-9	AVALIAR ESCALA DE GLASGOW E STATUS HEMOVENTILATORIO (PA sistólica, oxímetro de pulso e gasometria arterial). Após estabilização, encaminhar por Vaga Zero para a unidade neurocirúrgica mais próxima.
TCE moderado Glasgow 10-14	Presença de sinais de alerta (perda efetiva da consciência, cefaleia e não cranialgia, náuseas e vômitos, crise convulsiva, déficit neurológico central, queda na escala de Glasgow. Após estabilização, encaminhar para a unidade de neurocirurgia mais próxima.
TCE Leve Glasgow 15	Sem sinais de alerta. Apos atendimento, liberar com formulário de orientação.
Cefaleia súbita e intensa***	Com sinais de alarme: mudança no padrão dor ou piora progressiva, alteração evolutiva no exame neurológico (rebaixamento da consciência, convulsão, alteração da marcha, vômito, alteração da visão), gestação ou puerpério, coagulopatia ou uso de anticoagulante, história de neoplasia ou emagrecimento importante – encaminhar para o neurocirurgião). Febre, rigidez de nuca, HIV positivo ou imunossupressão – encaminhar para avaliação da clínica médica.
Dor lombar aguda (evento novo)	Com radiculopatia ou ciática, atendimento pela clínica médica e, se necessário, solicita parecer da neurocirurgia. Sem radiculopatia ou ciática, atendimento pelo clínico (médico) da unidade de saúde e/ou encaminhado para a Clínica da Família ou Unidade de Atenção Primária (UAP).

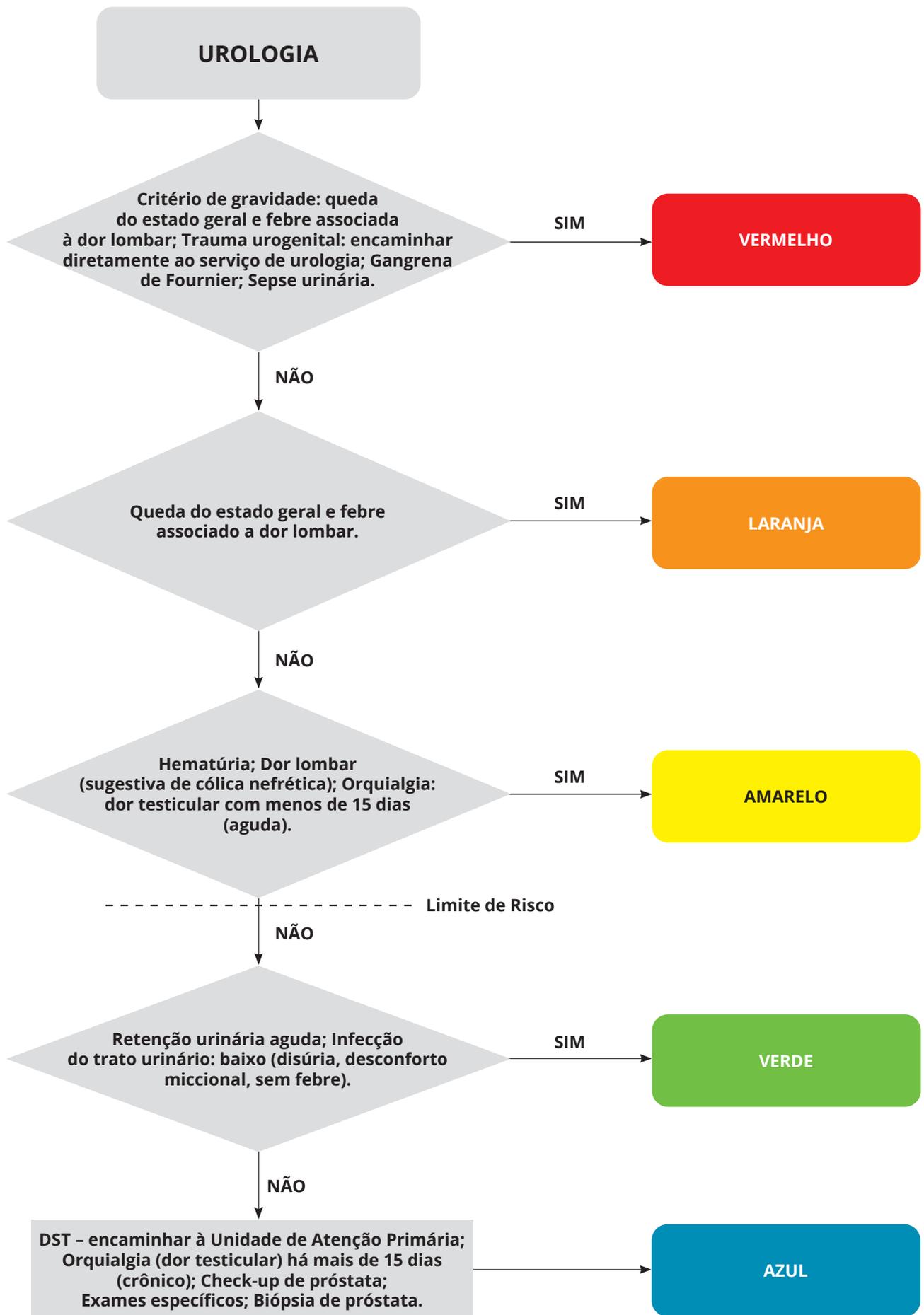


DISCRIMINADORES / SAÚDE MENTAL

Discriminadores gerais	Explicação
População de rua	Não se pode recusar atendimento ao usuário. É preciso garantir o cuidado adequado e humanizado, acolher o usuário relacionado ou não ao álcool e drogas. Se tiver transtorno mental, encaminhar ao atendimento médico, e se precisar, pedir Vaga Zero para serviço de emergência com psiquiatra (ver fluxograma de atendimento).
Intoxicação ou abstinência por álcool e/ou drogas	Acolher usuários e cuidadores, fazer intervenções clínicas de acordo com o quadro orgânico, identificar cuidadores. Seguir os protocolos clínicos para intoxicação exógena e abstinência, acionar os cuidadores diretos, CAPS e Rede de Atenção Primária da Saúde.
Tentativa de suicídio	Acolher o usuário e cuidadores, evitar postura de julgamento, avaliar e estabilizar. Fazer acesso dos meios de suporte, acionando os cuidadores diretos, o CAPS e a unidade de atenção primária da saúde (ver fluxograma de atendimento).
Lesões físicas e/ou intoxicação de substâncias	Prestar atendimento necessário, preencher notificação de violência, acionar os equipamentos de saúde, CAPS, Rede de Atenção Primária da Saúde e cuidadores.
Pacientes com prioridade azul	Pacientes sem agravos deverão ser encaminhados para a Rede de Atenção Primária.

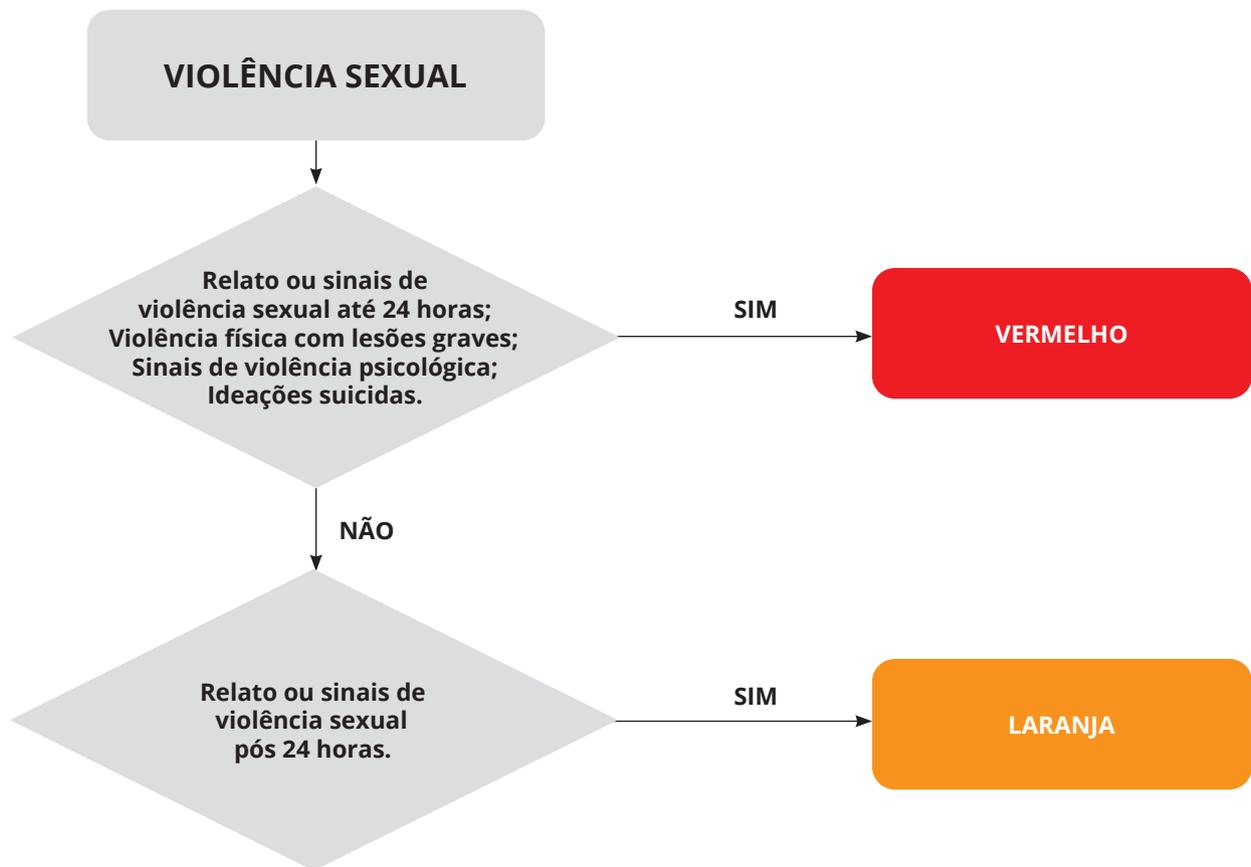


NOTAS: CIRURGIA GERAL	
Veja também	Notas do Fluxograma
Dor abdominal aguda Febre Hemorragia digestiva	São situações frequentes nas urgências e emergências, e devido a isso utilizamos os discriminadores específicos com foco no paciente classificado como laranja e amarelo.
Discriminadores específicos	Explicação
Apendicite	Após diagnóstico confirmado, internar o paciente e operá-lo em 12 horas.
Caso de complicação pós-cirúrgica	Mesmo que tenha sido operado em outro hospital, fazer o primeiro atendimento na unidade que procurou.
Pacientes com prioridade verde e azul Vômitos Diarreia com fezes escuras Dor que irradia para o dorso	<p>Encaminhar para a rede de Atenção Primária/Clínica de Família/CER (ver protocolo de dor) pelo site "onde ser atendido".</p> <p>Qualquer tipo de vômito (sangue/borra de café).</p> <p>Fezes com coloração vermelha ou escura.</p> <p>Dor que irradia para o dorso de forma constante e intermitente.</p>
Colecistite	Após diagnóstico confirmado, internar e, na presença de idade maior que 65 anos e com comorbidade, operar em até 12 horas.
Obstrução intestinal	Após diagnóstico confirmado, internar e iniciar tratamento clínico com sonda nasogástrica. Se apresentar sinais e sintomas compatíveis com irritação peritonial, operar em até 6 horas.



NOTAS: UROLOGIA

Veja também	Notas do Fluxograma
Emergência em urologia	Pacientes com sinais clínicos e laboratoriais de gravidade. Quando houver falha no tratamento clínico (sinais de infecção em vigência do tratamento / dor refratária ao AINE e analgésico / dor controlada apenas com opioides).
Discriminadores específicos	Explicação
Sinais clínicos de gravidade	Pacientes com febre aferida alta, calafrios, taquicardia, desorientação e anúria são alguns sinais de gravidade e que demandam atendimento urológico. Pacientes que chegam com quadro clínico típico de cálculo renal de atendimento urológico.
Exames que devem ser solicitados para avaliação inicial	Hemograma, glicose, ureia, creatinina, sódio, potássio, coagulograma, EAS, urinocultura e TC.
Sinais laboratoriais com resultados de gravidade	Leucocitose, insuficiência renal aguda, acidose metabólica, gás no sistema coletor, coleções e/ou abscessos.
Quando encaminhar ao urologista	<p>Cálculos renais: hidronefrose, insuficiência renal aguda, acidose metabólica, gás no sistema coletor, coleções e/ou abscessos;</p> <p>Cálculos uretrais < 1,0cm não complicados: devem ser tratados com terapia expulsiva medicamentosa = AINE + analgesia + alfa bloqueador por 4 a 6 semanas (ex.: Nimesulida 5 dias + Dipirona + Doxazosina 2mg);</p> <p>Cálculos uretrais < 1,0cm complicados (com sinais clínicos e laboratoriais de gravidade) ou > 1,0cm Sintomáticos: devem ser encaminhados para avaliação no setor de emergência urológica.</p>

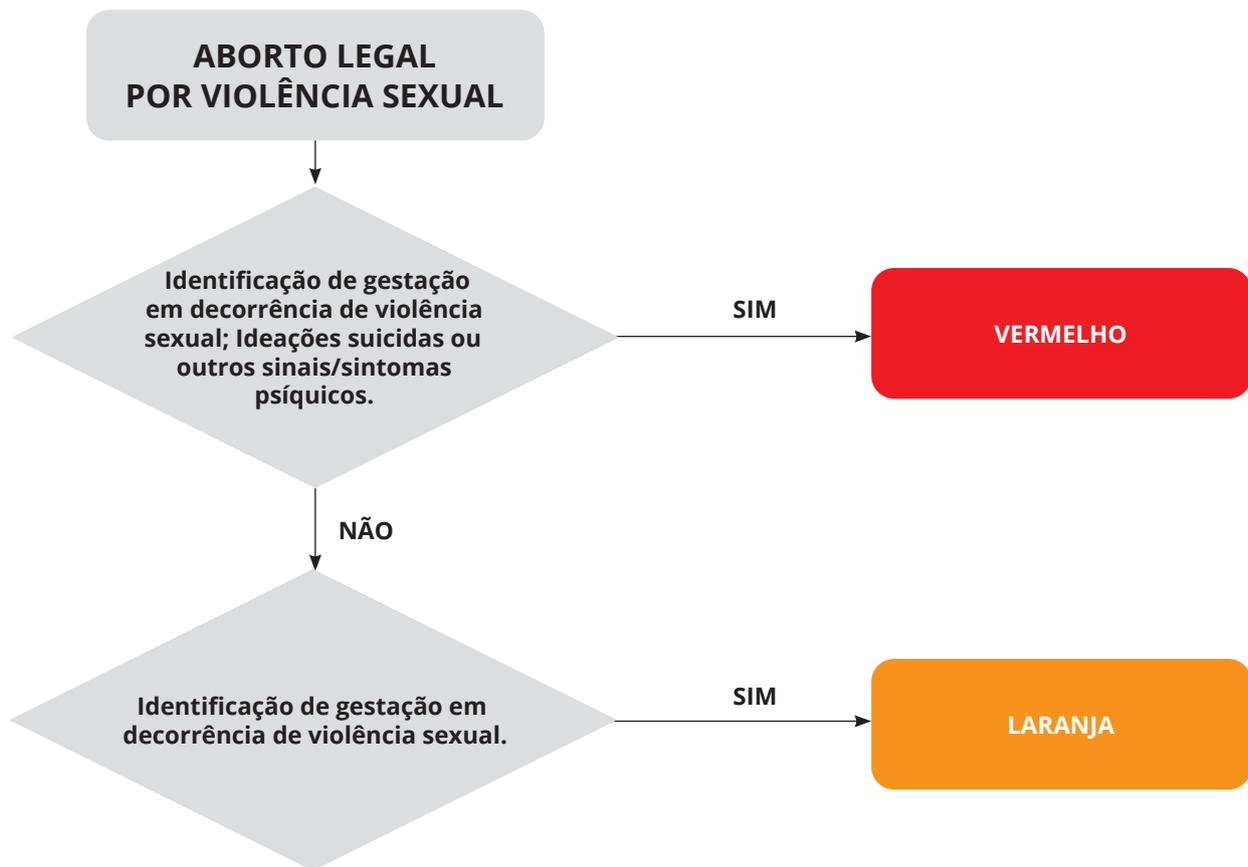


Observações:

1. Atenção ao quesito raça/cor – inclusão das populações vulneráveis como prioritárias (pretas, pardas e indígenas).
2. Protocolo específico para o caso de crianças ou adolescentes – realizar atendimento em saúde e contato com o Conselho Tutelar.
3. Atentar para situação de vulnerabilidade e proximidade de agressor, e fazer contato com serviço especializado caso identifique necessidade de abrigo e/ou situações específicas por meio do telefone (21) 98555-2151 (Centro Especializado de Atendimento à Mulher – CEAM).

NOTAS: VIOLÊNCIA SEXUAL

Discriminadores gerais	Explicação
Acesso à saúde	<p>Para acessar o serviço de saúde, NÃO é obrigatório o registro de ocorrência policial para a mulher ou pessoa vítima de violência sexual.</p> <p>Deve ser feita orientação sobre o direito à denúncia da violência, mas esta não é condição para o atendimento.</p> <p>O atendimento deve ser feito por equipe multiprofissional, enfermeiro(a), médico(a), psicólogo(a) e assistente social (onde houver estes profissionais).</p>
Linha de cuidado a vítimas de violência	Deve seguir os seguintes passos: ACOLHIMENTO > ATENDIMENTO > NOTIFICAÇÃO > SEGUIMENTO.
Acolhimento	Deve-se oferecer atendimento humanizado e escuta cuidadosa, evitando uma postura baseada em julgamentos morais e preconceitos, e a culpabilização da vítima.
Atendimento	<p>O atendimento à vítima de violência sexual deve ser feito em sala reservada, e deve ofertar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 72 horas: profilaxia para o HIV; • Até 120 horas: anticoncepção de emergência; • De acordo com os protocolos específicos: profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis. <p>Realização de Testes Rápidos sempre que disponíveis, na frente do paciente, disponibilizando os resultados no dia do primeiro atendimento. Se houver sinais de infecção, iniciar tratamento medicamentoso imediato, de acordo com o protocolo adequado ao caso.</p>
Notificação	<p>A notificação imediata da violência sexual deve ser realizada pelo(a) profissional de saúde que prestar o primeiro atendimento ao caso em até 24 horas, podendo ser notificado por qualquer profissional da equipe, e PODE ser encaminhada, por e-mail ou telefone, ao Serviço de Vigilância em Saúde (informações na página 84).</p> <p>Atentar para a importância do preenchimento completo, claro e com letra legível da Ficha do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Utilizar sempre o campo "OBSERVAÇÕES" para maior detalhamento do caso.</p> <p>A Ficha do SINAN deve ser preenchida e encaminhada ao Serviço de Vigilância em Saúde da respectiva Coordenadoria de Atenção Primária (CAP).</p>
Seguimento	Durante o primeiro atendimento, o(a) profissional de saúde deve traçar condutas de acordo com a particularidade do caso e orientar sobre a rede de saúde e de proteção social. Deve ser garantida a continuidade do acompanhamento à vítima de violência sexual, com encaminhamento responsável ao serviço que fará o seguimento. Os serviços devem ser identificados no território, para facilitar os encaminhamentos (referências na APS, serviços de assistência social, centro especializado de atendimento à mulher).



Observações:

1. Protocolo específico para o caso de crianças ou adolescentes – realizar atendimento em saúde e contato com o Conselho Tutelar.
2. Atenção ao limite da idade gestacional para a realização do aborto legal: 22 semanas.

NOTAS: ABORTO LEGAL POR VIOLÊNCIA SEXUAL

Discriminadores gerais	Explicação
Marco legal	De acordo com o Código Penal de 1940, o aborto é permitido apenas nos casos de risco de vida para a mulher e estupro, conforme disposto no Artigo 128. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto, não cabe ao profissional duvidar da palavra da vítima, o que agravaria as consequências da violência sofrida. Não se deve confundir os procedimentos do serviço de saúde com os procedimentos policiais ou judiciais.
Acesso à saúde	Para acessar o serviço de saúde, NÃO é obrigatório o registro de ocorrência policial para a mulher ou pessoa que sofreu violência sexual e demanda a realização do aborto legal. Deve ser feita orientação sobre o direito à denúncia da violência, mas esta não é condição para o atendimento, que deve ser feito por equipe multiprofissional: enfermeiro(a), médico(a), psicólogo(a) e assistente social (onde houver estes profissionais).
Linha de cuidado a vítimas de violência	Deve seguir os seguintes passos: ACOLHIMENTO > ATENDIMENTO > NOTIFICAÇÃO > SEGUIMENTO.
Acolhimento	Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca, pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres. Nestes casos, deve-se oferecer atendimento humanizado, escuta cuidadosa, evitando uma postura baseada em julgamentos morais e preconceitos, e a culpabilização da vítima.
Atendimento	<p>O atendimento à mulher ou pessoa que demanda o aborto legal por violência sexual deve ser feito em sala reservada e deve ofertar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acordo com os protocolos específicos: profilaxia/tratamento para Infecções Sexualmente Transmissíveis, sendo a conduta definida a partir de avaliação clínica; • Orientação quanto ao direito à interrupção legal da gestação em uma das maternidades da cidade do Rio de Janeiro (Lista de Maternidades na página 85). • Informação quanto à necessidade de estimar a idade gestacional por meio de exame de ultrassonografia, que deve ser feito na maternidade de referência. Pela Norma Técnica do Ministério da Saúde/2012, o limite estabelecido para a interrupção da gestação é de 20 a 22 semanas, ainda que seja direito da paciente ter uma avaliação especializada em qualquer idade gestacional. Informar, ainda, sobre a avaliação multiprofissional realizada na maternidade.

<p>Notificação</p>	<p>A notificação imediata da violência sexual deve ser realizada pelo(a) profissional de saúde que prestar o primeiro atendimento ao caso em até 24 horas, podendo ser notificada por qualquer profissional da equipe, ainda que a violência tenha ocorrido há mais tempo, como no caso de uma demanda por aborto legal. A notificação pode ser encaminhada, por e-mail ou telefone, ao Serviço de Vigilância em Saúde (informações no final desta página).</p> <p>Atentar para a importância do preenchimento completo, claro e com letra legível da Ficha do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Utilizar sempre o campo "OBSERVAÇÕES" para maior detalhamento do caso.</p> <p>A Ficha do SINAN deve ser preenchida e encaminhada ao Serviço de Vigilância em Saúde da respectiva Coordenadoria de Atenção Primária (CAP).</p>
<p>Seguimento</p>	<p>Durante o primeiro atendimento, o(a) profissional de saúde deve traçar condutas de acordo com a particularidade do caso e orientar sobre a rede de saúde e de proteção social.</p> <p>Identificando a demanda por aborto legal por violência sexual, é fundamental orientar quanto à procura ágil pela maternidade, de acordo com o local de moradia e/ou Clínica da Família de referência. Deve ser feito encaminhamento responsável ao serviço que poderá realizar a avaliação sobre a interrupção da gestação.</p> <p>As Unidades de Atenção Primária à Saúde têm suas maternidades de referência definidas pelo Programa Cegonha Carioca, para a realização de partos, intercorrências e, também, para o aborto legal.</p>

NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL OU ABORTO LEGAL POR VIOLÊNCIA SEXUAL E VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada – Notificação compulsória e imediata
Portaria nº 264/2020 // www.subpav.org

COMO NOTIFICAR

Entre em contato com a Divisão de Vigilância da sua área: de 2ª a 6ª, das 8h às 18h.

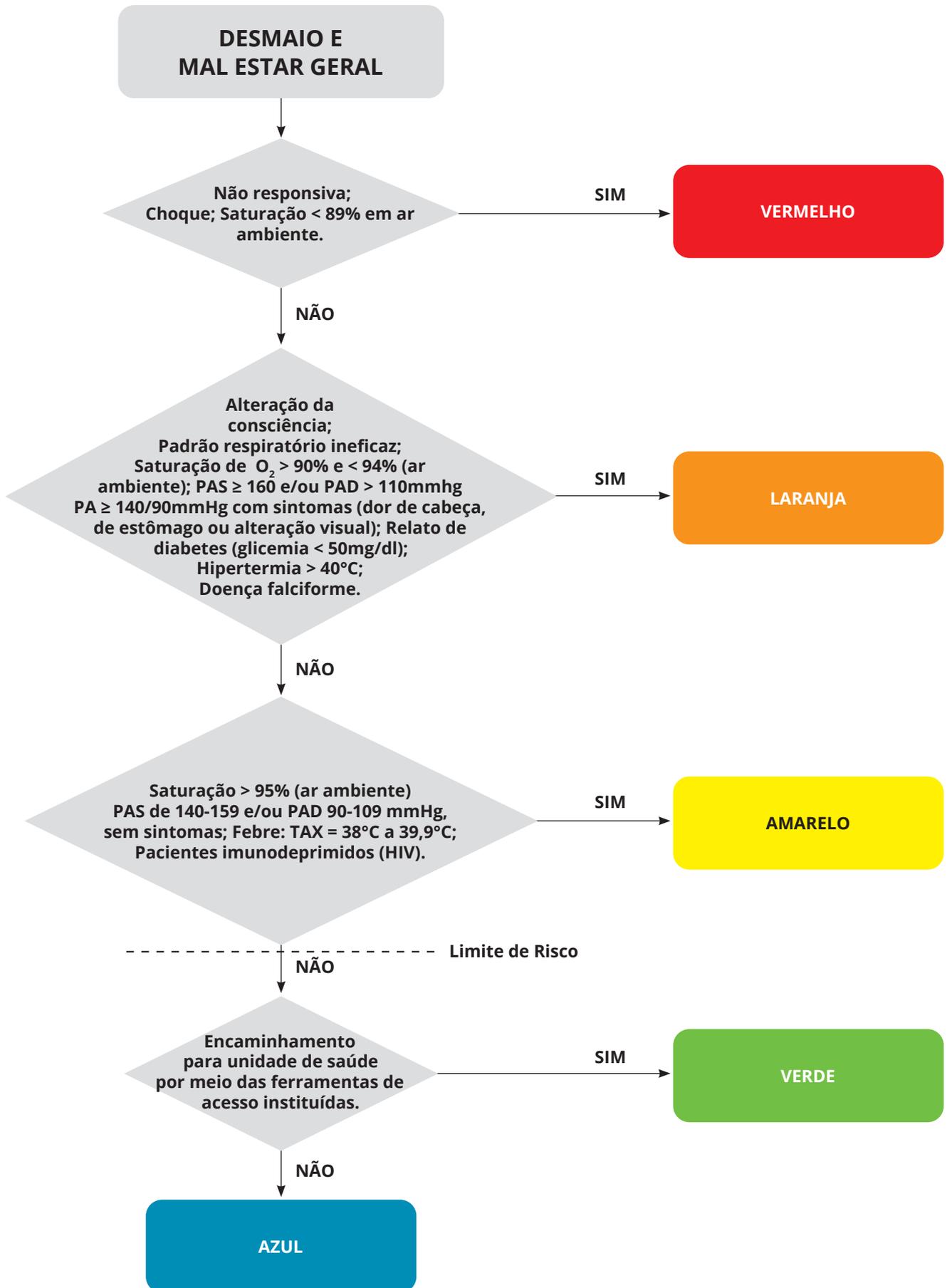
Em caso de dúvidas, ligue para a Coordenação de Vigilância Epidemiológica nos números **3971.3040 / 3971.1768**, ou envie um e-mail para **vigidant.rio@gmail.com**



MATERNIDADES QUE REALIZAM ABORTO LEGAL POR VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

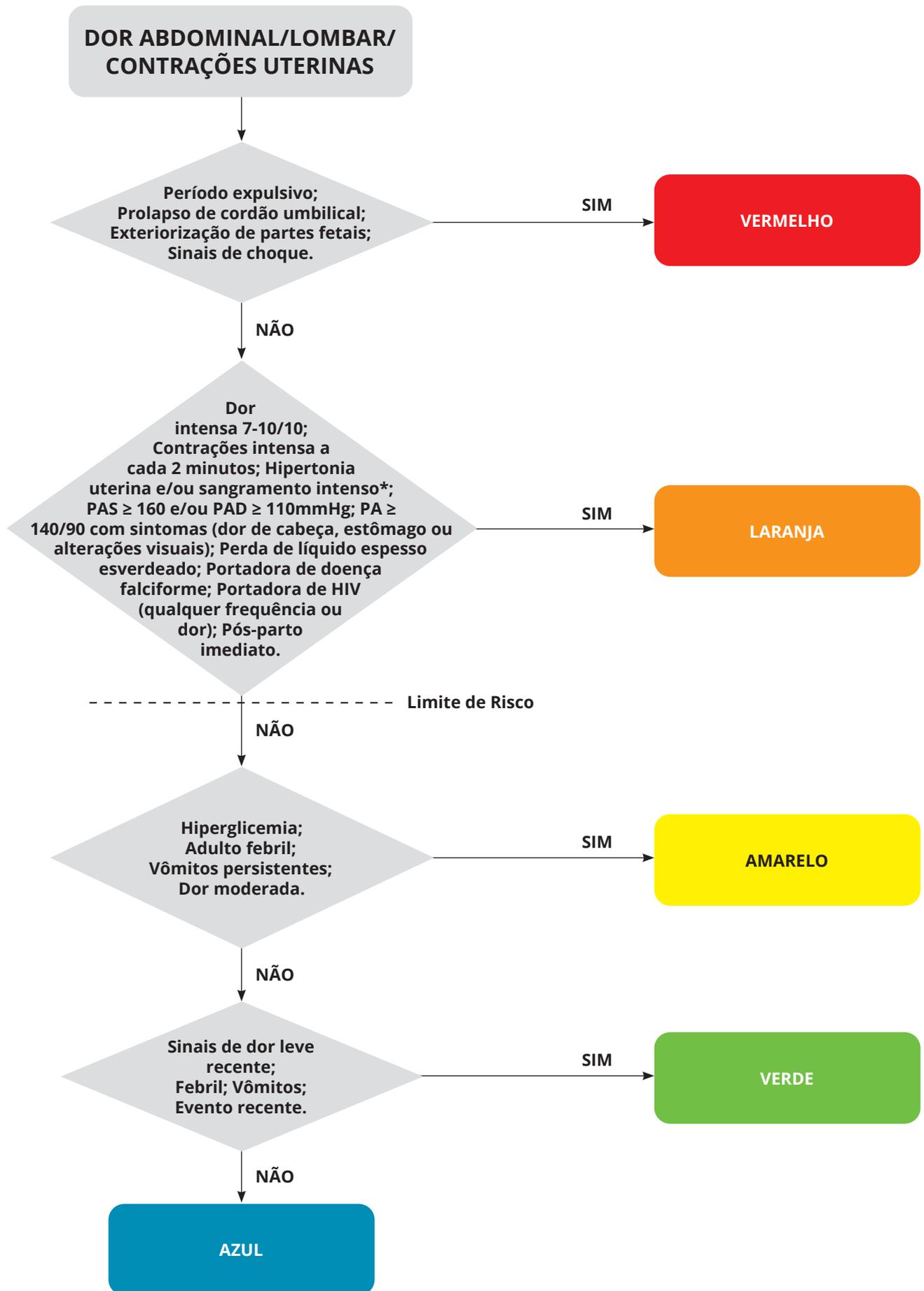
- Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda
Rua Moncorvo Filho, nº 67 – Centro // Tel.: 2252-3416
- Hospital Maternidade Fernando Magalhães
Rua General José Cristino, nº 87 – São Cristóvão // Tel.: 3878-2327
- Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto
Rua Mário Ribeiro, nº 117 – Leblon // Tel.: 3111-3742
- Hospital Maternidade Carmela Dutra
Rua Aquidabã, nº 1.037 – Lins de Vasconcelos // Tel.: 3111-6762
- Hospital Maternidade Herculano Pinheiro
Rua Andrade Figueira, s/nº – Madureira // Tel.: 2458-8601 / 2458-8602
- Hospital Maternidade Alexander Fleming
Rua Jorge Schimidt, nº 331 – Marechal Hermes // Tel.: 3111-6241 / 2489-7161
- Maternidade Leila Diniz (Hospital Municipal Lourenço Jorge)
Av. Ayrton Senna, 2.000 – Barra da Tijuca // Tel.: 3111-4900 / 3111-4923
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
Praça 1º de Maio, s/nº – Bangu // Tel.: 3747-0437
- Maternidade do Hospital Municipal Pedro II
Rua do Prado, nº 325 – Santa Cruz // Tel.: 2419-4782
- Maternidade do Hospital Municipal Albert Schweitzer
Rua Nilópolis, nº 239 – Realengo // Tel.: 2018-0063
- Maternidade do Hospital Municipal Rocha Faria
Av. Cesário de Melo, nº 3.215 – Campo Grande // Tel.: 2233-6791 / 2233-6789
- Maternidade Escola da UFRJ
Rua das Laranjeiras, nº 180 – Laranjeiras // Tel.: 2265-5194

PROTOS COLS OBSTÉTRICOS



NOTAS: DESMAIO E MAL ESTAR GERAL

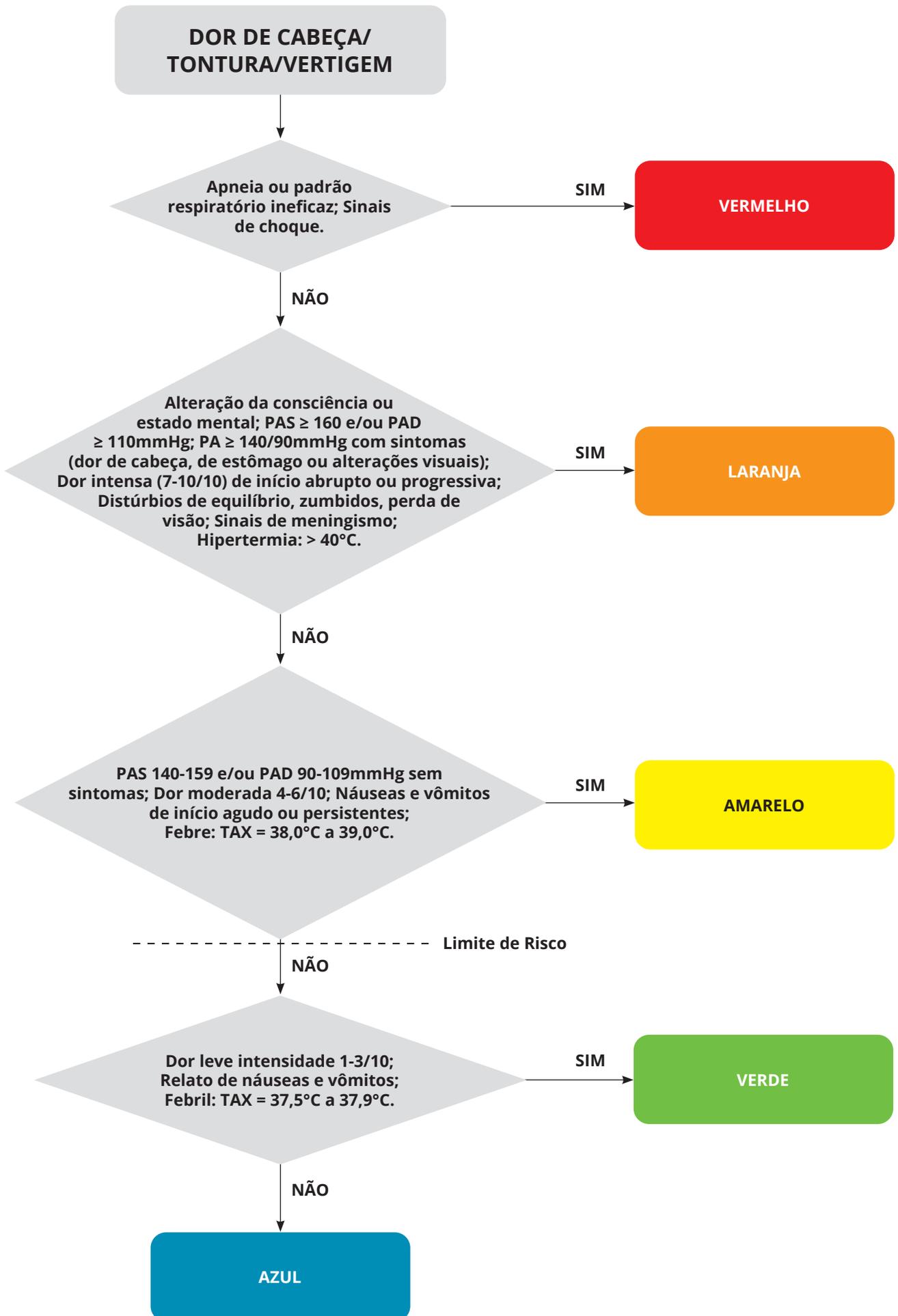
Veja também	Notas do Fluxograma
Análise primária Avaliação sumária do nível de consciência	Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificados como VERMELHO/LARANJA. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar. O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos (ver discriminadores específicos).
Discriminadores específicos	Explicação
Vias aéreas	Incapacidade de manter via aérea pérvia; estridor respiratório e expiratório representam grave risco.
Respiração	Paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, <i>gasping</i> ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório, como retração intercostal e batimento de asa de nariz.
Circulação	A ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
Hemorragia	Na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida. A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500ml.
Sangramento intenso	Perda brusca > 150ml ou mais de 2 absorventes noturnos em 20 minutos.
Sangramento moderado	60 a 150ml em 20 minutos (1 absorvente noturno).
Sangramento leve	> 60ml em 6 horas = 1 absorvente normal.



NOTAS: DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

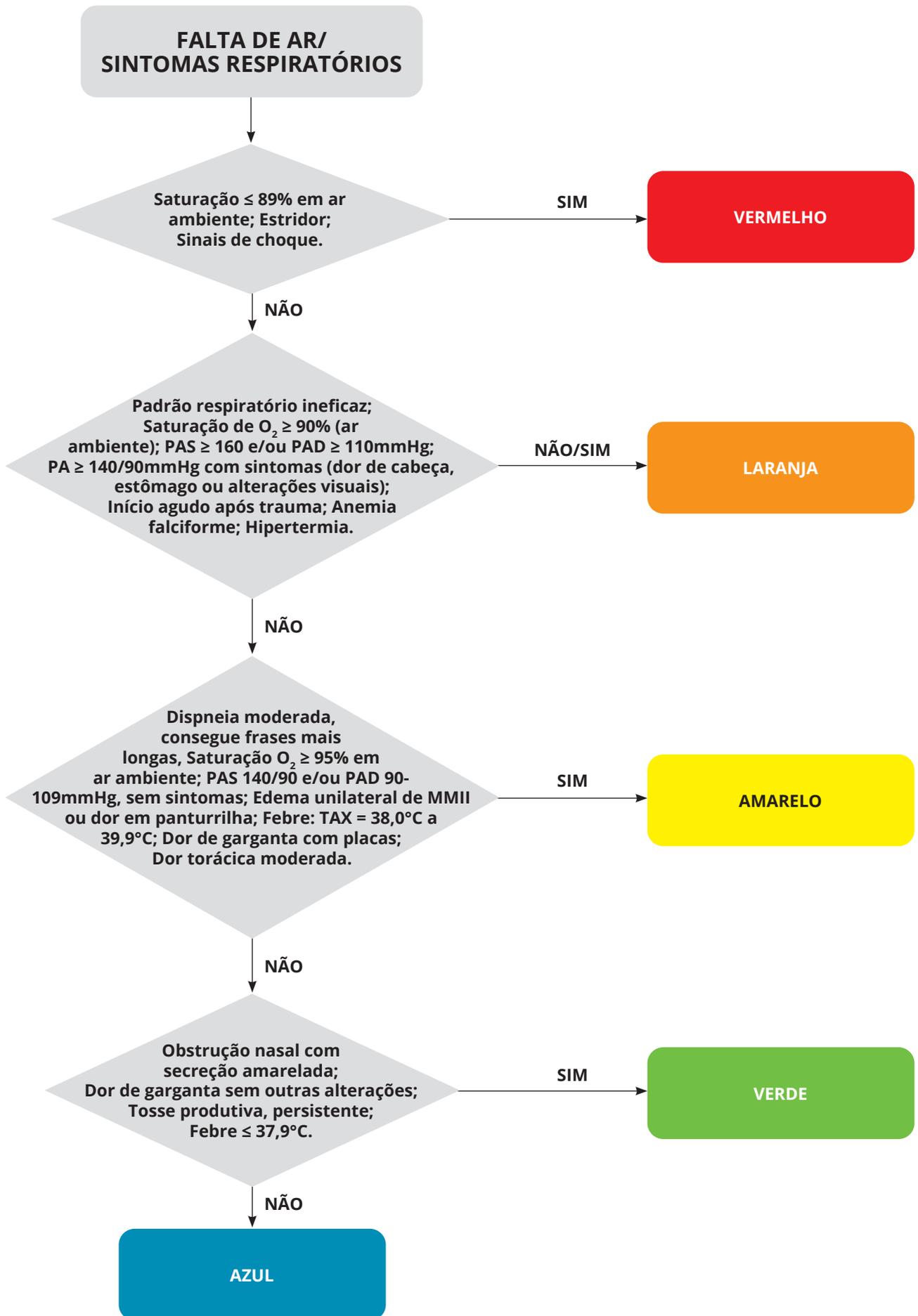
Veja também	Notas do Fluxograma
Pacientes classificados com Risco Azul*	Esse fluxograma foi desenhado para classificar gestante com dor abdominal, lombar e com contrações uterinas.
Dicas de como abordar o paciente	<p>– Você tem dor?</p> <p>– Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor, e 10 a pior dor que você pode imaginar?</p> <p>Observação: se não tiver dor, a classificação é zero; se a dor for moderada, seu nível de referencia é de 4 a 6; se for intensa seu nível de referencia é de 7 a 10.</p>

Discriminadores específicos	Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguinante	Perda ≥ 1500ml (um lençol encharcado abruptamente)	≥ 120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso	Perda brusca ≥ 150ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Sangramento moderado	60 a 150ml em 20 minutos (1 absorvente noturno)	91-100	Hipotensão leve
Sangramento Leve	< 60ml em 6 horas = 1 absorvente normal	≤ 90	Normal



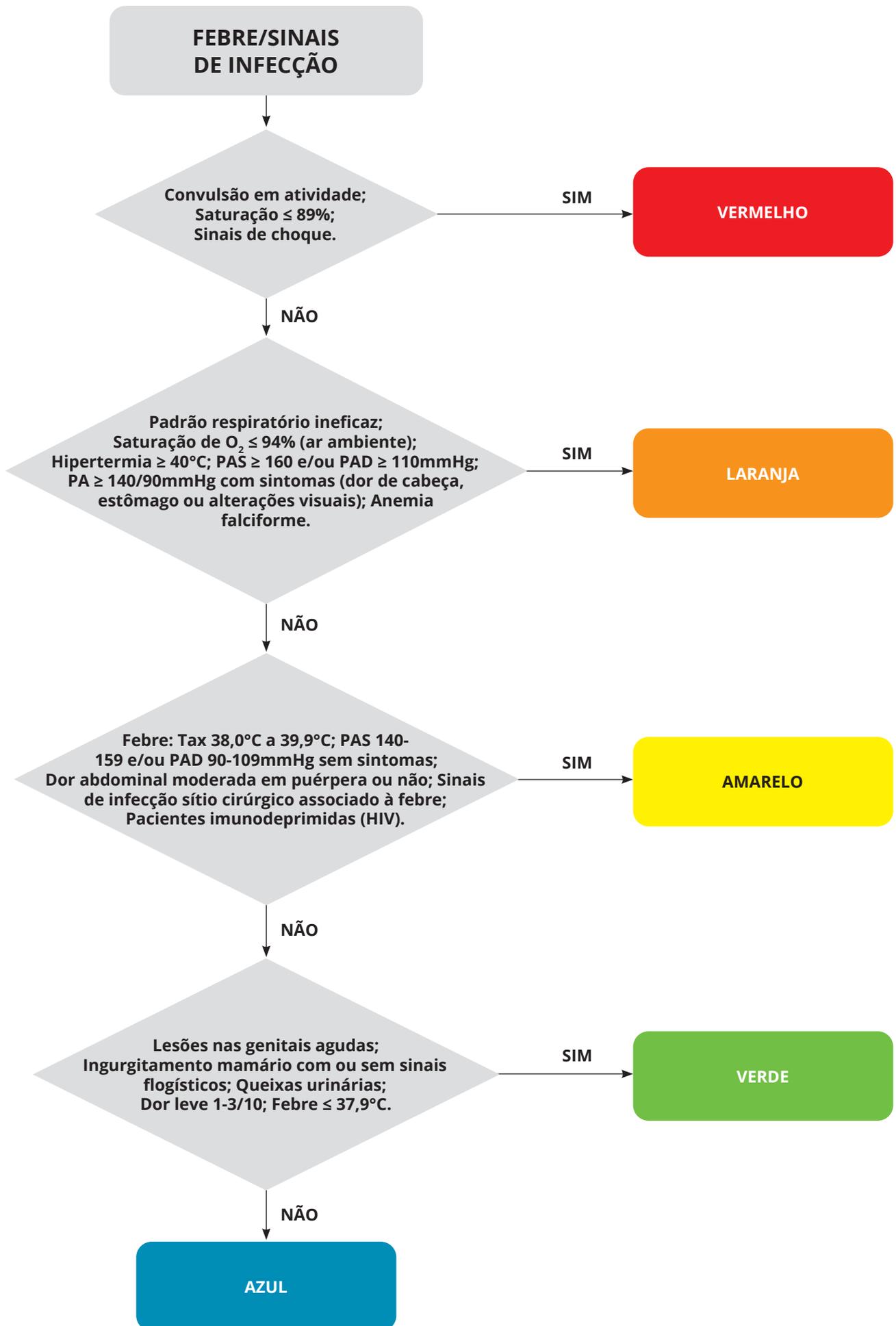
NOTAS: DOR DE CABEÇA/TONTURA/VERTIGEM

Veja também	Notas do Fluxograma
Pacientes de Risco Azul	Paciente sem dor e sem febre: atendimento não prioritário ou encaminhamento para a Rede de Atenção Primária ou Clínica da Família.
Paciente de risco maior	Qualquer marcador de cefaleia apresentado de forma abrupta deve ser considerado de maior risco.



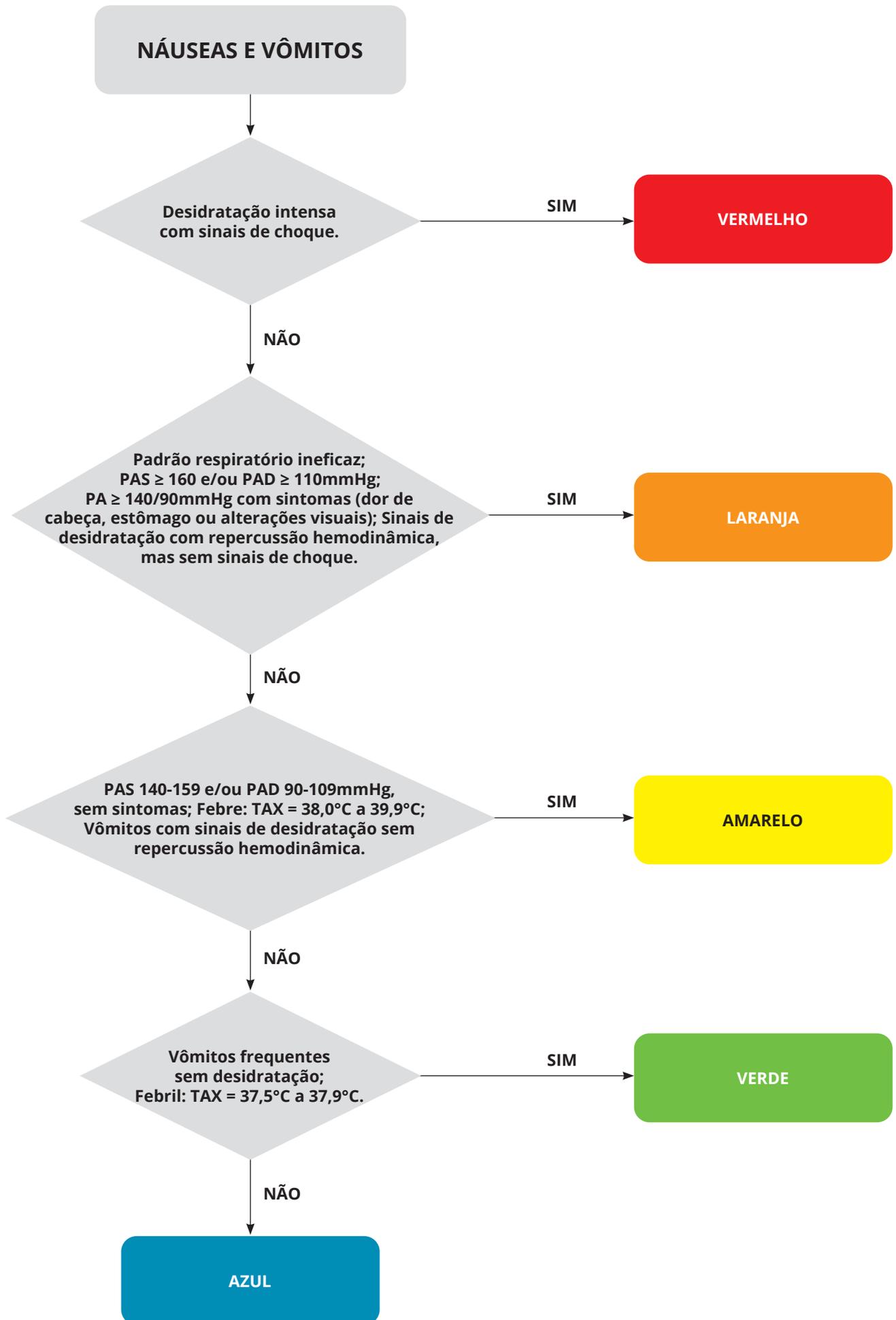
NOTAS: FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

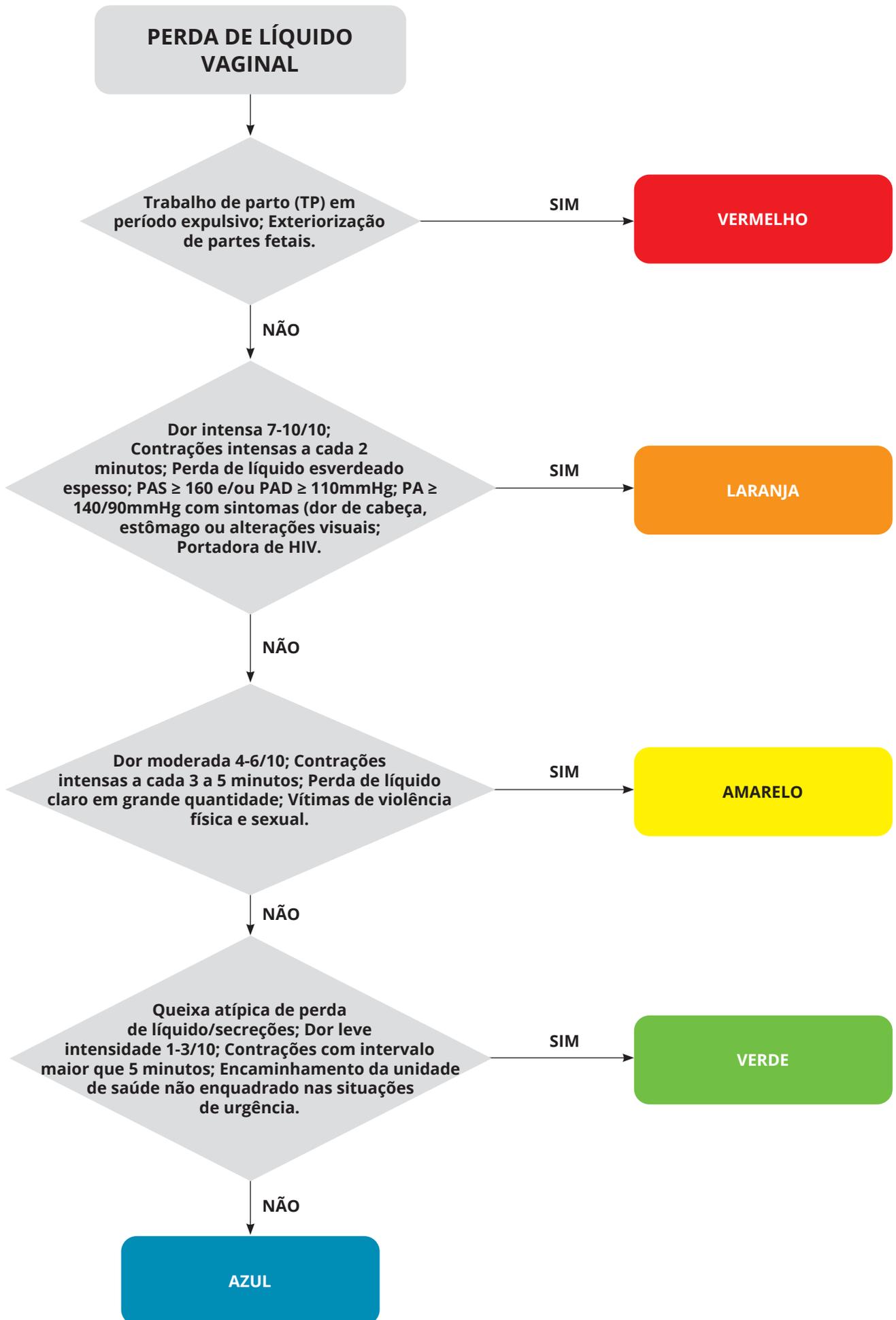
Veja também	Notas do Fluxograma
Análise primária Avaliação sumaria do nível de consciência	Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificados como VERMELHO/LARANJA. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar. O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos (ver discriminadores específicos).

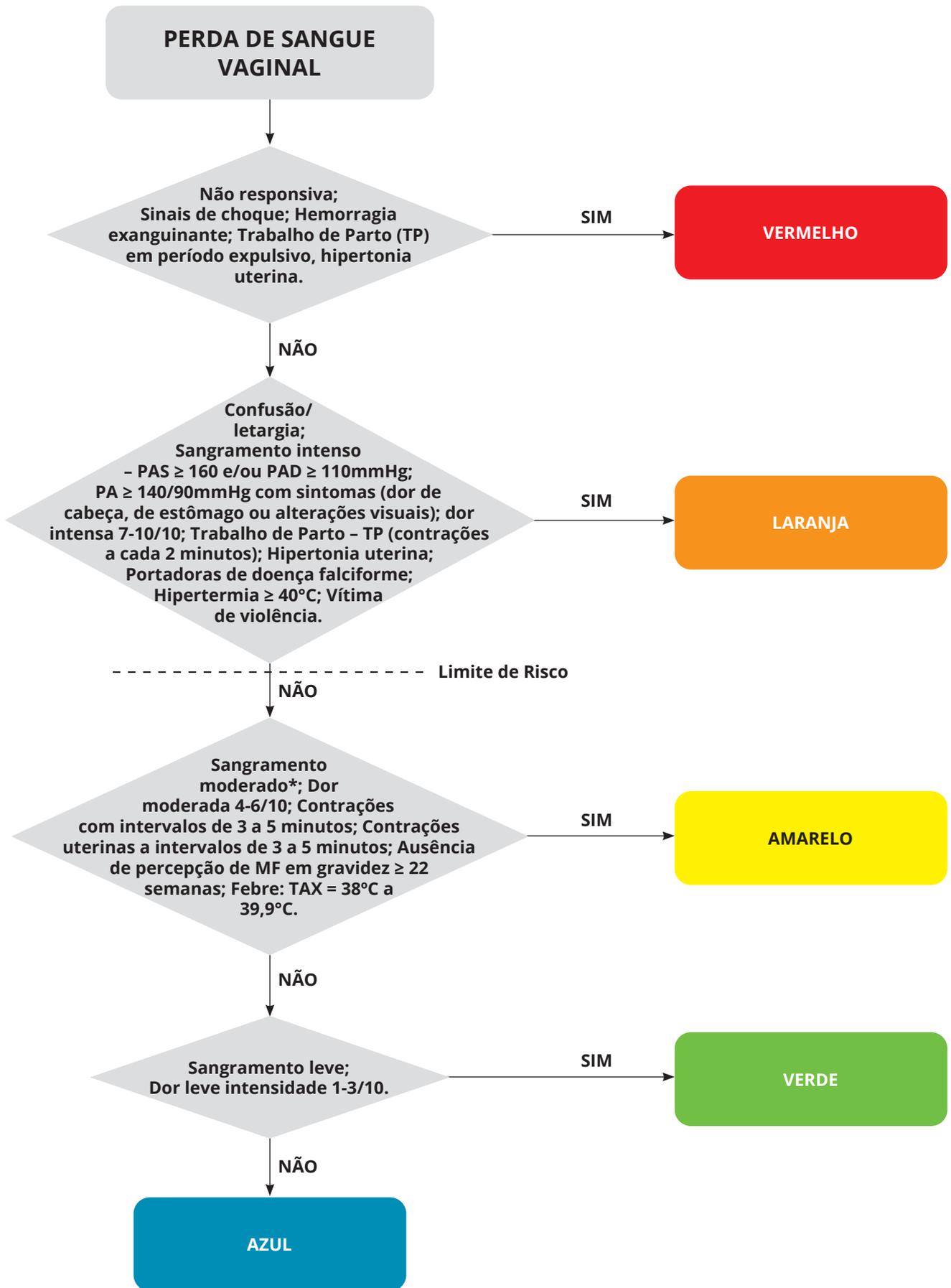


NOTAS: FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO**Veja também****Notas do Fluxograma****Pacientes
classificados
como Risco Azul**

Atendimento não prioritário ou encaminhamento para as Rede de Atenção Primária e/ou Clínicas da Família.

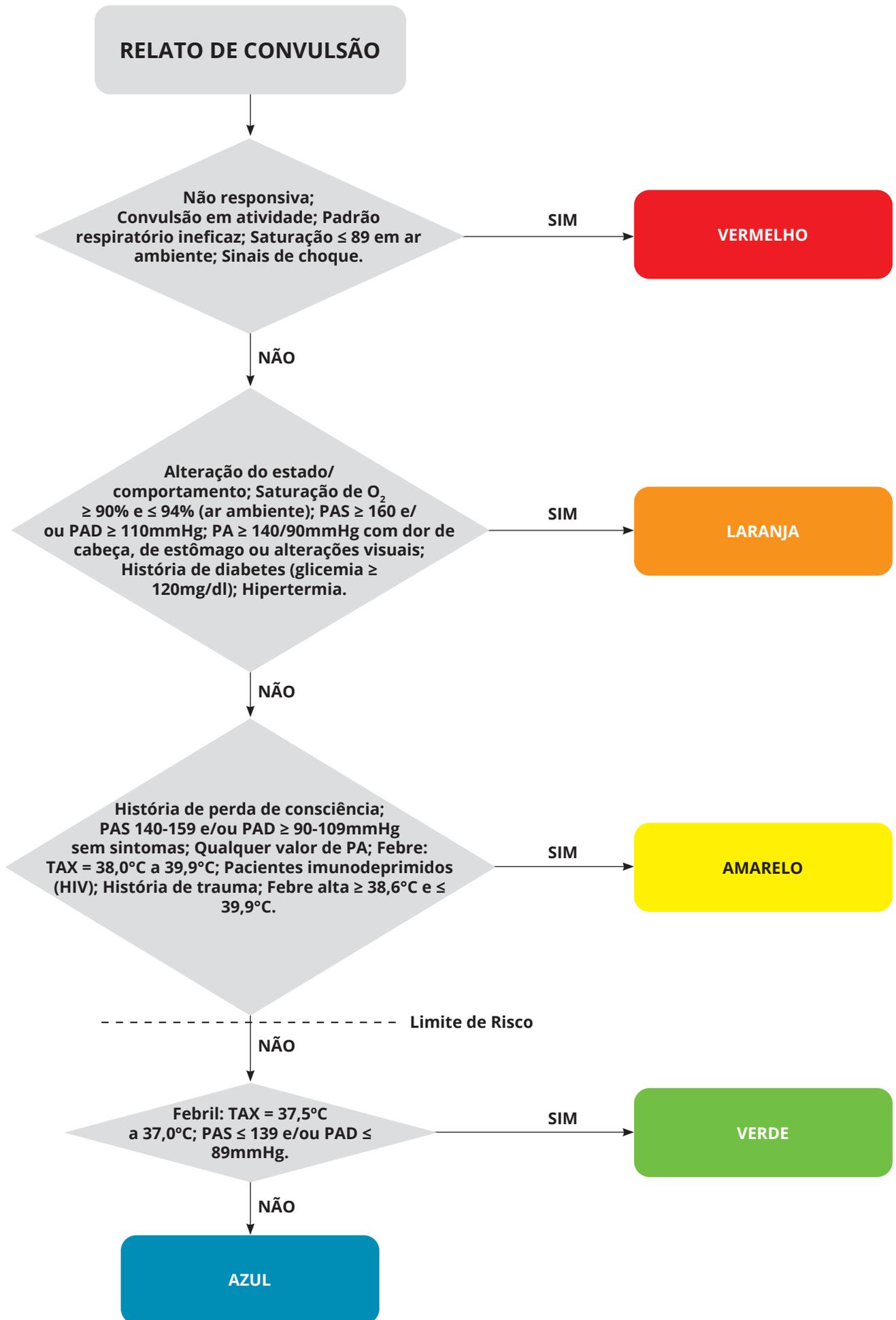






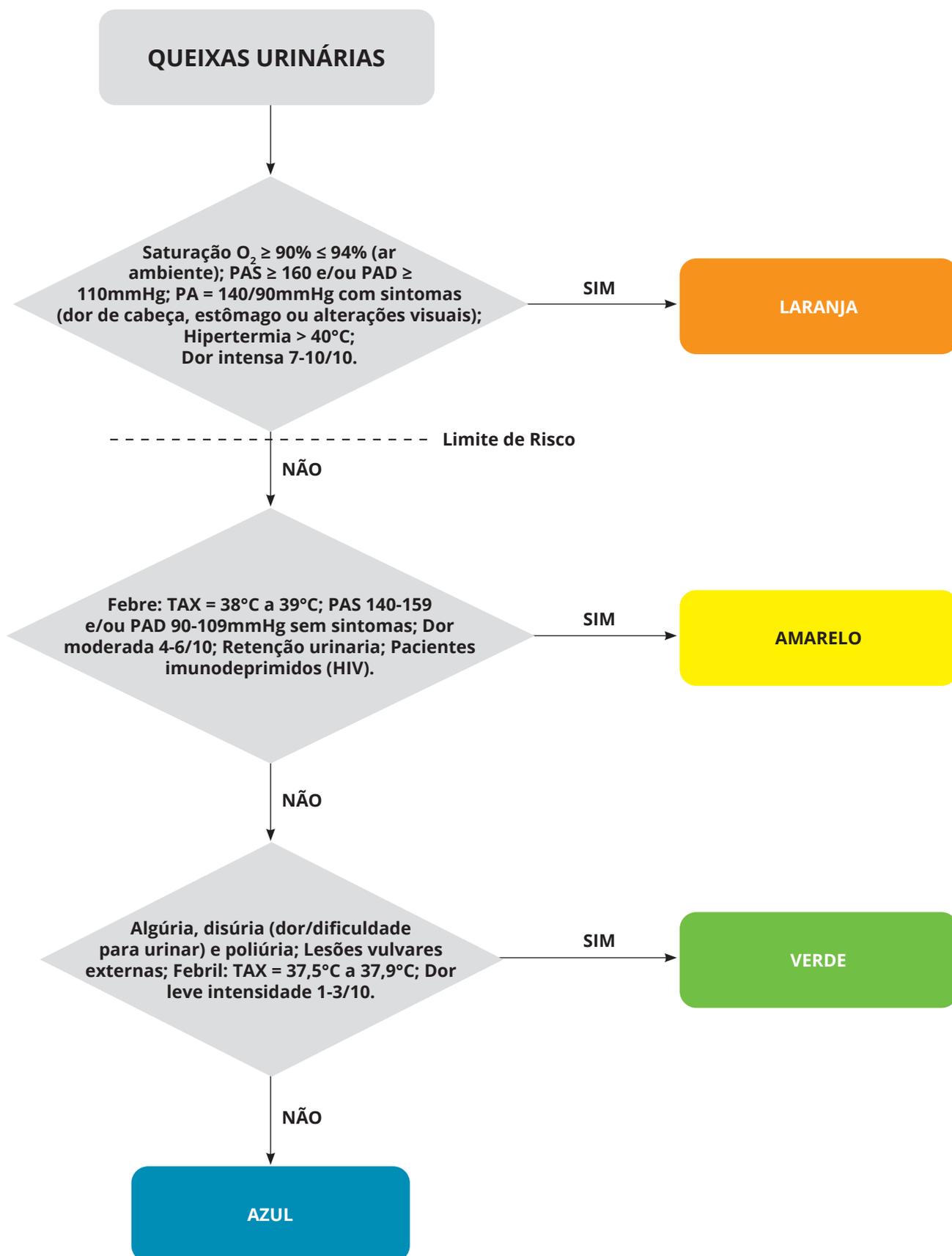
Volume de sangue perdido em ml para uma mulher entre 50 e 70kg	Sensório	Perfusão	Pulso (bpm)	PA sistólica mmHg	Grau de choque	Transfusão
10-15% 500-1000ml 3 a 5 absorventes pós-parto	Normal	Normal	60-90	> 90	Compensado	Usualmente não requer
16-25% 1000-1500ml 5 a 7 absorventes pós-parto	Normal ou agitada	Fria e pálida	91-100	80-90	Leve	Possível
26-35% 1500-2000ml 7 a 10 absorventes pós-parto	Agitada	Fria, pálida e sudoreica	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requer
> 35% > 2000ml + de 10 absorventes pós-parto	Letárgica e inconsciente	Fria, pálida, sudoreica com lentificação	> 120	< 70	Severo	Maciça

Fonte: OMS – *Guideline de Prevenção e Tratamento de Hemorragia Pós-parto*, 2012.



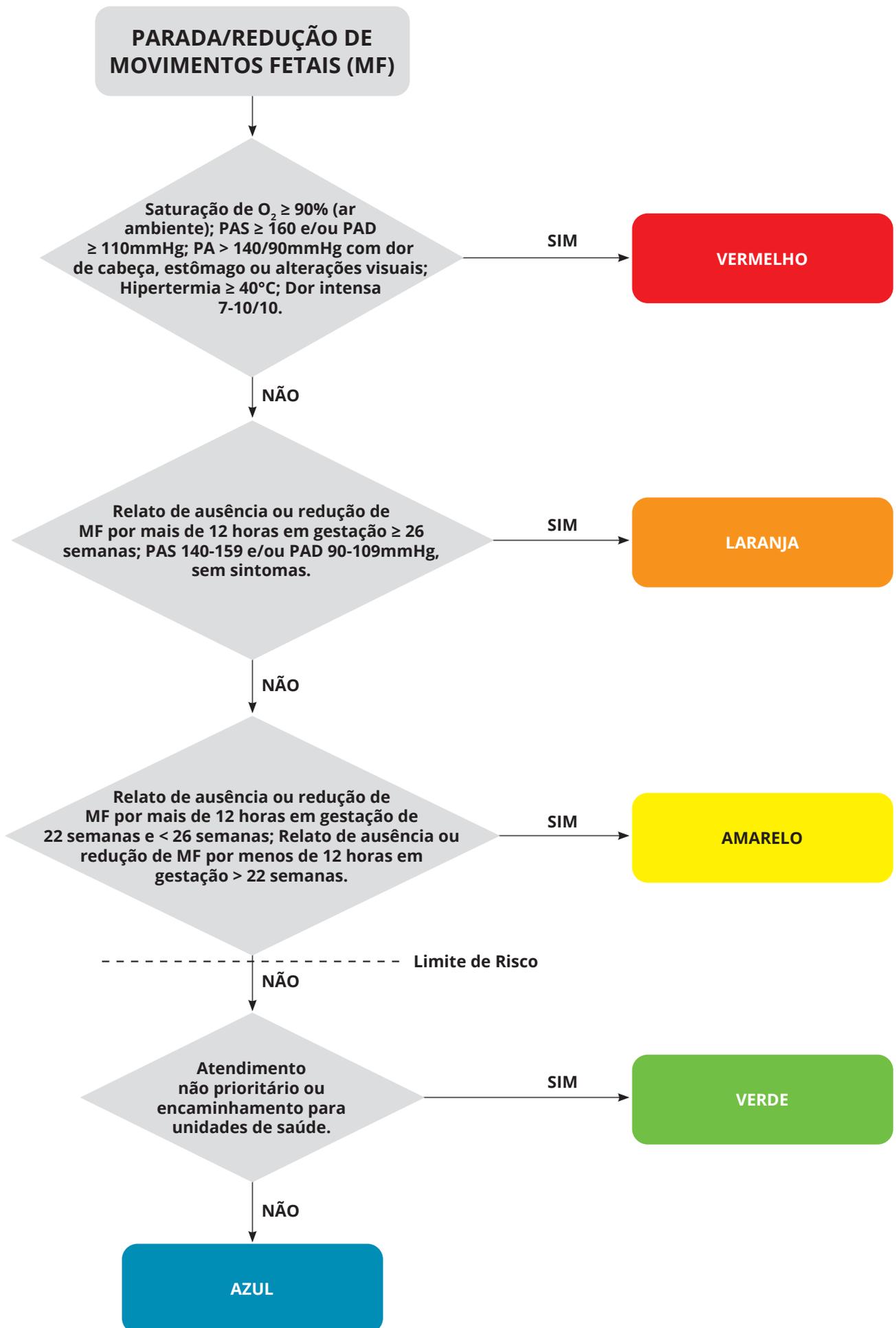
NOTAS: RELATO DE CONVULSÃO

Veja também	Notas do Fluxograma
Análise primária Avaliação sumária do nível de consciência	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificados como VERMELHO/LARANJA.• Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.• O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos (ver discriminadores específicos).• Fatores de riscos agravantes presentes.



NOTAS: QUEIXAS URINÁRIAS**Veja também****Notas do Fluxograma****Pacientes
Classificados
como Risco Azul**

Atendimento não prioritário ou encaminhamento para a Rede de Atenção Primária e/ou Clínicas da Família.



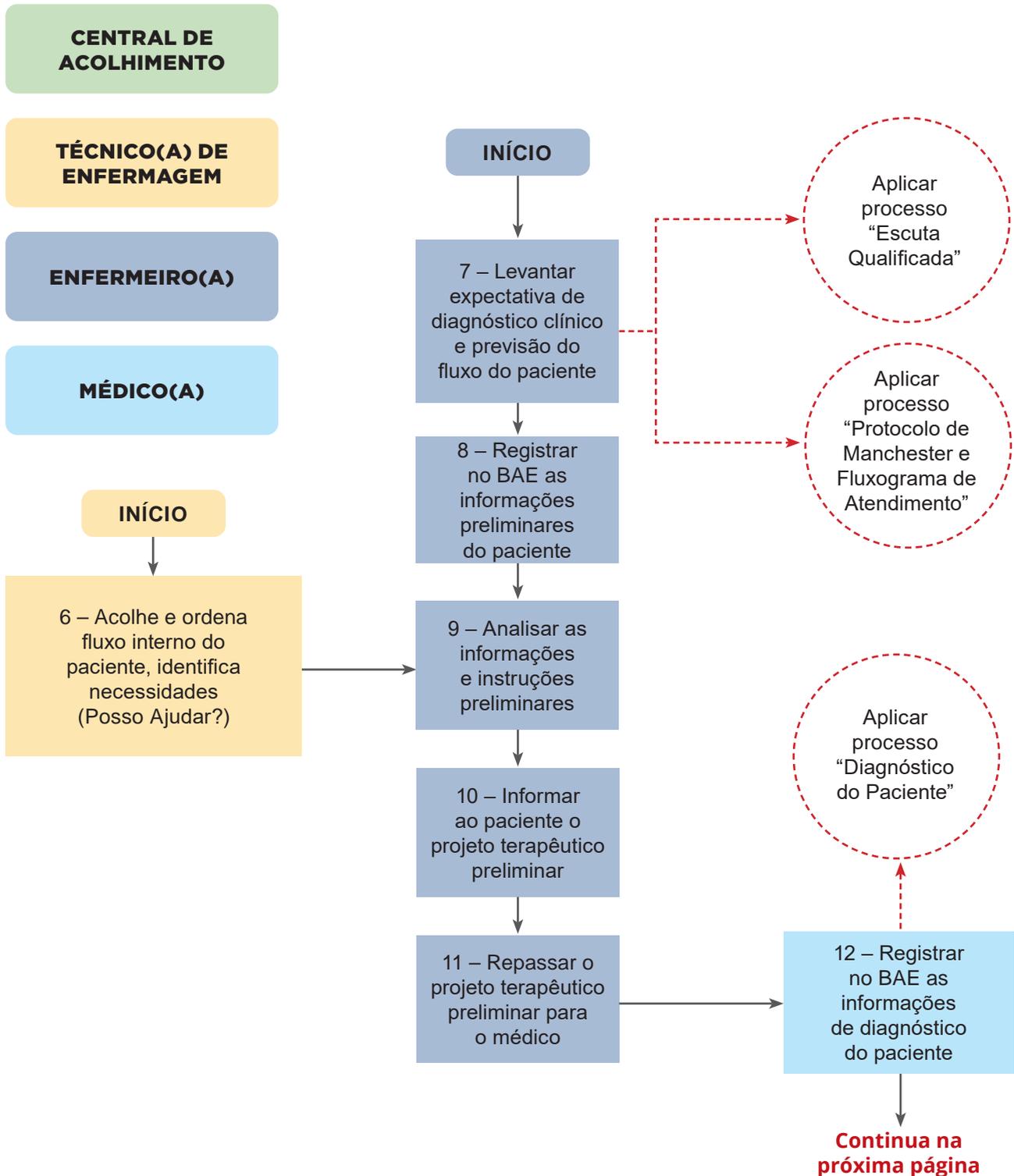
NOTAS: PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS (MF)

Veja também	Notas do Fluxograma
O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais	Incapacidade de manter via aérea pérvia, oxigenação inadequada, ausência de pulso periférico, entre outros.

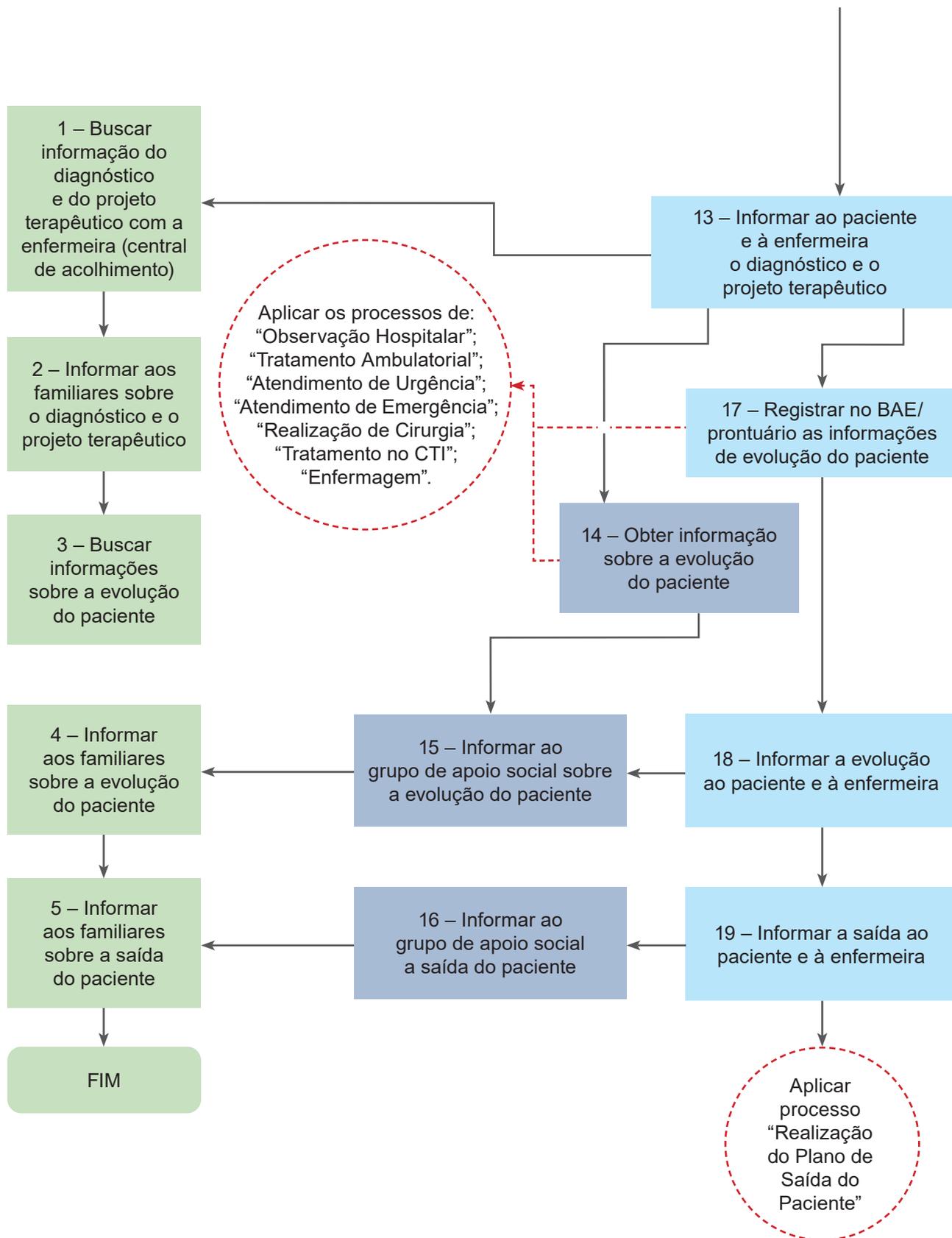
ACOLHIMENTO

TÉCNICO DE ENFERMAGEM, ENFERMEIRO, MÉDICO E ASSISTENTE SOCIAL

Parte 1/3



Continuação da página anterior



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1 a 3 – É utilizada a escuta qualificada, o BAE (Boletim de Atendimento de Emergência) do sistema informatizado para a busca das informações sobre o paciente.

4 – Nessa etapa, os familiares que possuem parentes internados conseguirão obter informações sobre a evolução do paciente. É utilizado o BAE (Boletim de Atendimento de Emergência) do sistema informatizado para a busca das informações sobre o paciente.

5 – Nessa etapa, os familiares e/ou responsáveis conseguirão obter informações sobre hipóteses do diagnóstico e o projeto terapêutico.

6 – Informações pessoais e queixas são: nome, sexo, o que aconteceu, o que lhe trouxe ali, qual a queixa, como foi que aconteceu, se utiliza algum medicamento, informações sobre o agravo etc.

7 – É utilizado nessa etapa o BAE (Boletim de Atendimento de Emergência) do sistema informatizado (Sistema Hospitalar Público).

13 e 14 – Hipóteses do diagnóstico e projeto terapêutico:

- Observação (12 a 24 horas – sala amarela);
- Internado no próprio hospital;
- Transferido para outro serviço (hospital, CER etc.); necrotério.

19 – A saída do paciente do hospital pode ser:

- Alta;
- Transferência para outra unidade de saúde;
- Óbito (médico + equipe de apoio).

Procedimento Operacional Padrão

8 – POP-001: Registro no BAE de informações preliminares do paciente.

12 – POP-002: Registro no BAE de informação de diagnóstico do paciente.

17 – POP-003: Registro no BAE de informação de acompanhamento do paciente.

PROTOCOLO DA DOR

Responsável técnico:

Dr. Marcio Rondinelli

Médico especialista da Clínica da Dor. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).

Certificado pela *International Association for the Study of Pain* (IASP).

Conceito de Dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.

Classificação da Dor

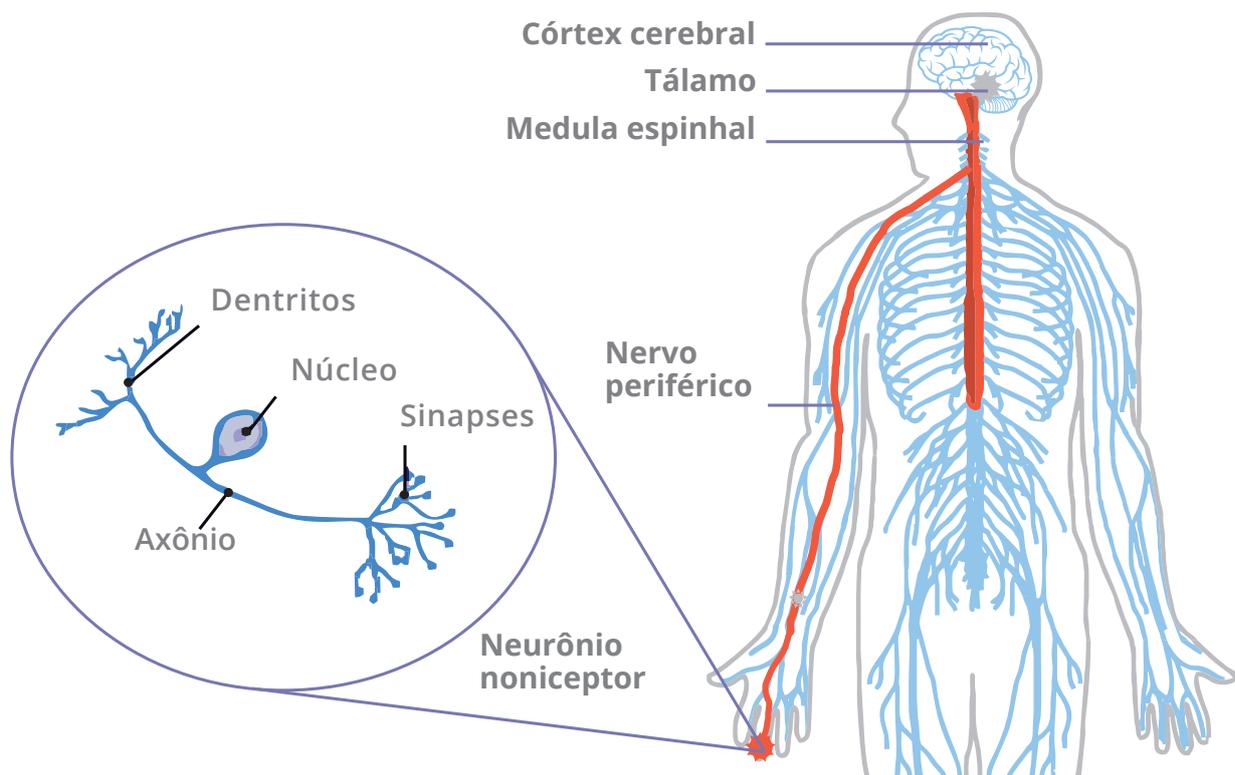
DURAÇÃO	Aguda < 3 meses Crônica > 3 meses
MECANISMO	Nociceptiva: somática e visceral Neuropática: periférica, central e de manutenção simpática Disfuncional Mista (combinação entre as anteriores)
LOCALIZAÇÃO	Somática Visceral
INTENSIDADE	Leve Moderada Forte Intensa
ETIOLOGIA	Infecciosa, por câncer, genética, degenerativa, pós-traumática, pós-cirúrgica, autoimune, inflamatória, metabólica, tóxica, disfuncional e psicológica.

Fisiopatologia da Dor

A liberação de substâncias inflamatórias e os estímulos periféricos mecânicos, químicos e térmicos ocasionam a estimulação de receptores localizados nas fibras A Delta e C, denominados nociceptores. Esta estimulação resulta na transmissão do impulso doloroso através destas fibras até o corno posterior da medula espinhal, principalmente nas lâminas I, II e V. Nestas lâminas, cada fibra faz conexão com um segundo neurônio formando dois tratos: o neoespinotalâmico e o paleoespinotalâmico. Neste trajeto, ocorre a ligação com o sistema límbico, responsável pela característica afetivo motivacional e agrega a experiência dolorosa individual (figura 1). Do tálamo partem as conexões para o córtex. É importante lembrar que, neste trajeto ascendente, as fibras também estimulam centros descendentes inibitórios da dor, que tentam impedir a ascendência dos estímulos dolorosos. Estes centros formam o sistema inibitório de dor.

Desta forma, entendemos que a dor é o resultado das ações que provocam e inibem a dor. Este conceito é importante porque, dessa forma, determinamos a estratégia terapêutica, aumentando os mecanismos que diminuem a sensibilização nociceptiva periférica e central, inibindo os mecanismos algogênicos.

COMO FUNCIONA A DOR



Identificando a Dor Neuropática

Dor neuropática é definida como aquela iniciada ou causada por uma lesão primária do sistema somatossensorial. Pode decorrer de lesão incisional ou por esmagamento do tecido nervoso e agressões nutricionais, químicas, isquêmicas, metabólicas, neoplásicas ou paraneoplásicas do sistema nervoso periférico ou central.

Como já referido anteriormente, a dor mantida leva à sensibilização das vias de dor, isto é, aumento do número de receptores e neurotransmissores. Então estas vias ficarão muito mais sensíveis e dispararão (dor) com estímulos às vezes até sutis. O mesmo ocorre quando há lesão do nervo e, nesta situação, a dor seria qualificada como dor neuropática. Já a dor disfuncional se caracteriza por ausência de uma lesão, porém o paciente refere frequentemente queixa de dor, fadiga, sono não reparador, ansiedade e depressão, no conjunto de uma dor funcional. Exemplificando, temos as síndromes da fadiga crônica, do cólon irritável, a fibromialgia e o transtorno de estresse pós-traumático. Estas síndromes somáticas funcionais têm grandes implicações socioculturais e econômicas.

Tanto a dor neuropática como a dor disfuncional são percebidas ou descritas como queimação, lancinante ou punhalada, vibrátil, em formigamento. A sensibilidade na área afetada envolvida pela dor é habitualmente anormal. Por exemplo, estímulos não nocivos (como toque, pressão leve ou temperatura) são frequentemente amplificados, de modo a se tornarem hiperalgésicos. A sensação causada pelo estímulo pode estar dissociada do estímulo em si (um leve toque com uma pena pode causar dor; dificuldade em identificar sensações térmicas – frio e quente – pode ser sentido como calor; os estímulos provocados por um instrumento pontiagudo podem ser percebidos como dormência).

O exame neurológico é fundamental para definir a localização da inervação afetada.

Por que é importante tratar a Dor?

Além da questão relativa ao sofrimento humano, o tratamento inadequado da dor pós-operatória gera consequências físicas (como aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, do tempo de permanência no leito) e pode determinar alterações crônicas no sistema somatossensorial, como a dor crônica pós-operatória. Para alcançarmos o tratamento adequado, trabalhamos com a educação interprofissional, que prioriza o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e o compromisso com a integralidade das ações, que deve ser alcançado como o amplo reconhecimento e respeito às especialidades de cada profissão.

Avaliação do paciente com a dor

A severidade da dor nem sempre é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, e muitos fatores podem influenciar a percepção deste sintoma, tais como fadiga, depressão, raiva, medo/transtorno de ansiedade, e sentimentos como falta de esperança e sensação de desamparo.

O controle da dor deve ser baseado em avaliação cuidadosa com elucidação das possíveis causas e dos efeitos deste sintoma na vida do paciente, investigando fatores psicossociais que possam estar influenciando seu impacto no paciente. Uma anamnese completa e exame clínico são vitais, e investigações laboratoriais e radiológicas também são necessárias.

A avaliação da dor é realizada pela equipe interdisciplinar, por meio de escalas padronizadas, desde a pré-internação. Na internação, a avaliação é realizada, no mínimo, quatro vezes ao dia, ou seja, durante a aferição de sinais vitais (dor como quinto sinal vital) e sempre que necessário, de acordo com a escala equivalente, conforme especificado no protocolo institucional de

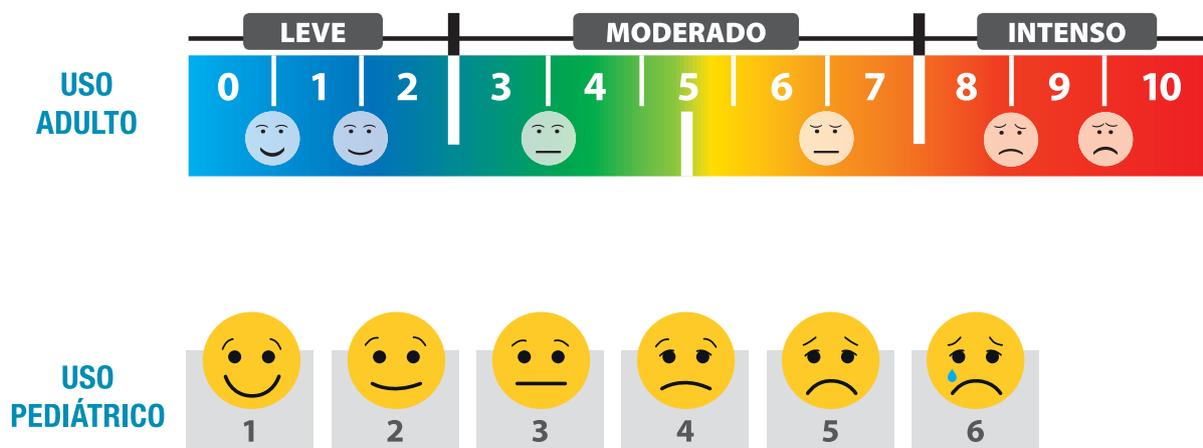
manejo da dor, identificando sempre o horário em que iniciou o quadro álgico e sua duração, escala utilizada para mensuração, intensidade da dor segundo a escala utilizada, a localização da dor, característica do quadro álgico, alívio obtido e tempo de duração contínua ou intermitente. Deve ser observado se há aparelho gessado e atentar para perfusão, edema e sensibilidade de extremidades do membro operado. Também deve ser observada a característica da dor conforme ela é descrita pelo paciente (ex.: pontadas, aperto, fígada, queimação), e se existem fatores que melhoram ou pioram a dor. O exame físico pode mostrar sinais e sintomas associados, como náusea, vômito, sudorese, respiração ofegante, vocalização, fadiga, taquicardia, tremores, ou outros sinais de sofrimento. Além disso, deve ser anotado qual o comportamento frente ao processo de dor e se o paciente adota postura corporal. Atenção especial para a avaliação e o registro do nível de consciência. Após a avaliação é aplicado o Protocolo Analgésico da Instituição, e o médico que realizou o atendimento é o responsável pela conduta.

Escalas Utilizadas

A intensidade de dor pode ser avaliada pelo emprego de escalas. É importante escolher uma escala apropriada ao grau de desenvolvimento do paciente com base na sua idade e em seu status cognitivo. São usadas quatro escalas para mensuração da dor, que apresentamos a seguir.

Para pacientes adultos e crianças maiores de 7 anos, orientados:

Escala da Dor (uso adulto e pediátrico)



AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS DE 0 A 1 ANO: ESCALA CRIES (CRYING, REQUIRES OF OXIGEN FOR SATURATION ABOVE 95%, INCREASE VITAL SIGNS, EXPRESSION SLEEP)

CRITÉRIO	NO MOMENTO	PONTOS
Choro	Ausente ou normal	0
	Agudo, consolável	1
	Agudo e inconsolável	2
Exigência de oxigênio	Nenhum	0
	Menos de 30% de FiO ₂	1
	Mais de 30% de FiO ₂	2
Aumento da FC e PA	Sem aumento	0
	Até 20% de aumento	1
	Mais de 20% de aumento	2
Expressão facial	Normal ou relaxada	0
	Caretas eventuais	1
	Crispada, contraída	2
Sono na última hora	Normal	0
	Acordada frequentemente	1
	Acordado	2

Interpretação:

- A escala vai de 0 a 10;
- A escala deve ser aplicada em intervalos de 2 horas, nas primeiras 24 horas de pós-operatório, e a cada 4 horas por mais um ou dois dias;
- Deve-se considerar um escore igual ou maior que 5 como indicativo de necessidade de analgesia.

AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS DE 1 A 7 ANOS: ESCALA CHEOPS (CHILDREN'S HOSPITAL OF EASTERN ONTARIO PAINSCALE)

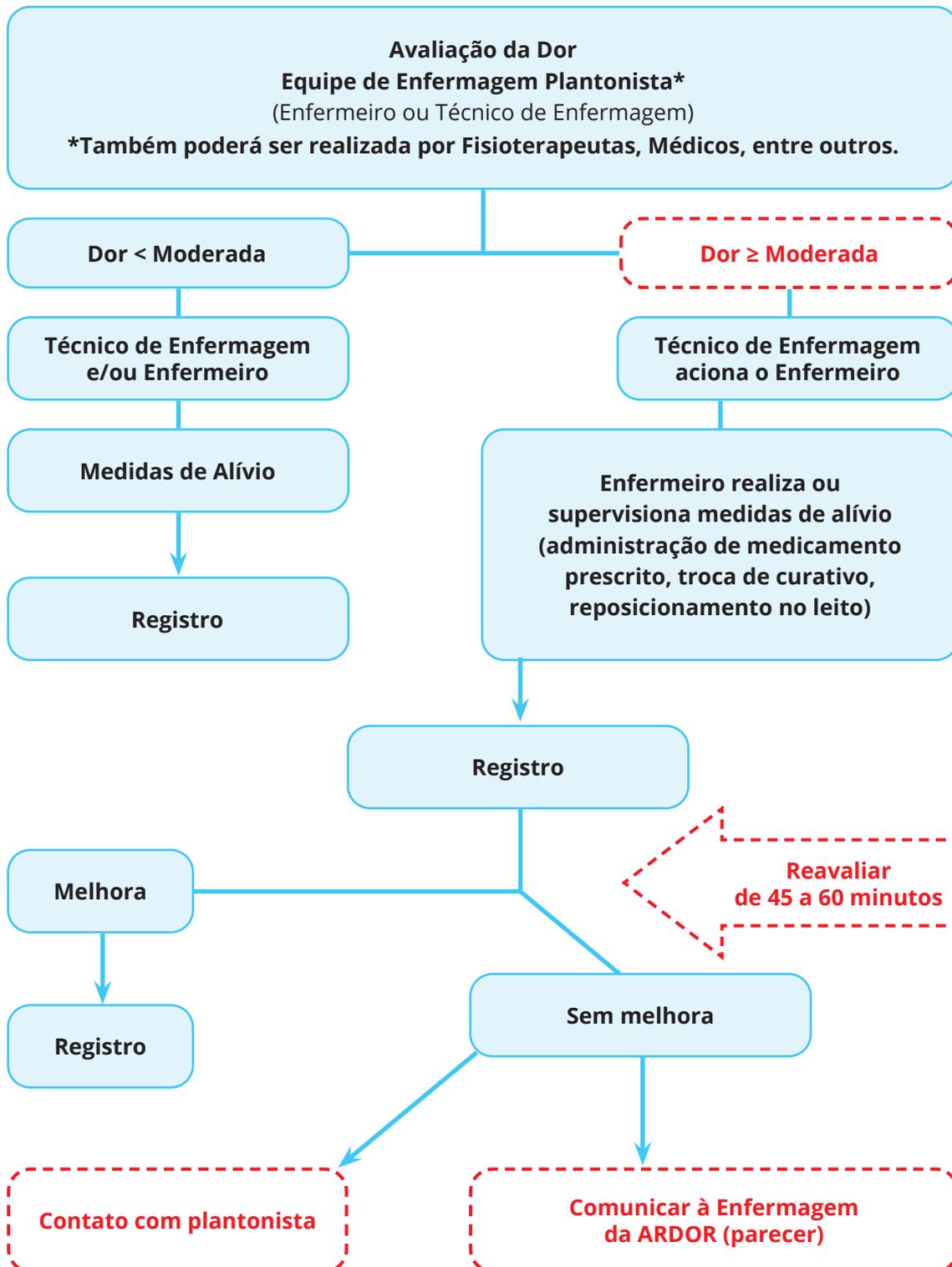
CRITÉRIO	NO MOMENTO	PONTOS
Choro	Não	1
	Choro fraco ou silencioso	2
	Choro gritando, histérico	3
Facial	Sorrindo	0
	Tranquilo	1
	Crispado ou tenso	2
Verbal	Fala de outras coisas	0
	Não fala, ou outras queixas	1
	Queixa de dor	2
Tronco	Relaxado, posição neutra	1
	Movimento de incômodo	2
	Tenso, tremor, estremeamento	2
Ferida operatória	Nenhum gesto (parado no leito)	1
	Protege, toca, segura	2
Perna	Quieta ou movimentos leves, relaxada	1
	Esperneia, pedala, tensa	2
	Em pé ou imobilizada	3

Interpretação:

- A escala vai de 4 a 13;
- 4 sem dor;
- 5 a 6 – dor leve;
- 7 a 9 – dor moderada;
- 10 a 12 – dor forte/intensa.

REAVALIAÇÃO DA DOR

Na presença de dor, o paciente deve ser avaliado e, após assistência prestada, reavaliado e registrado, de 45 minutos a 60 minutos, após cuidados oferecidos conforme fluxograma abaixo:



Tratamento farmacológico

FISIOTERAPIA

Tem como objetivo preservar, manter de forma preventiva, desenvolver ou reabilitar a integridade de órgãos e/ou sistemas devolvendo total ou parcialmente sua função, utilizando conhecimentos e tendo como objetivo promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a melhora de qualidade de vida.

ACUPUNTUROLOGIA

Com ou sem estimulação elétrica transcutânea/terminologia do latim (acus = agulha + punctura = colocação). Trata-se de procedimento médico onde há o estímulo neural periférico, com colocação de agulhas e/ou passagem elétrica. Promove reorganização tecidual local e neuromodular no sistema nervoso periférico e central, tanto medular como supra medular, estimulando o sistema analgésico endógeno.

TERMOTERAPIA

Crioterapia: Inúmeras técnicas utilizando baixas temperaturas, desde o simples uso de água gelada, gelo ou spray de nitrogênio, podem contribuir no alívio das dores pós-traumáticas, incluindo os procedimentos médicos ortopédicos, cirúrgicos ou não. Podemos identificar como mecanismo de ação tanto a redução da condução do estímulo neural álgico, assim como um vaso constricção regional que reduz a liberação de substâncias algogênicas inflamatórias, principalmente nos processos agudos. O tempo de sua utilização varia, em média, de 20 a 40 minutos.

Calor: Terapias de calor podem ser realizadas com compressas úmidas, imersão em água quente, infravermelho e ultrassom, sendo este último de alcance mais profundo. Sua contribuição para o alívio da dor tem como principal fisiologia o aumento da permeabilidade capilar por vaso dilatação, aumentando a liberação de leucócitos locais, auxiliando a remoção de resíduos metabólicos inflamatórios, redução do tônus muscular e conseqüentemente os espasmos locais.

Terapia ocupacional: Estuda a atividade humana e a utiliza como recurso terapêutico para prevenir e tratar dificuldades físicas e/ou psicossociais que interfiram no desenvolvimento e na independência do paciente em relação às atividade de vida diária, trabalho e lazer.

Protocolo Analgésico Adulto

DOR	PROTOCOLO ANALGÉSICO EM ENFERMARIA
Intensa	Contactar clínica de tratamento da dor ou serviço de anestesia ou clínico de plantão.
Forte	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h – 6/6h e/ou AINH + Cloridrato de Tramadol 100mg VO – SC – EV 6/6h ou Nalbufina 10mg EV 4/4h diluído em 20ml – infundir lentamente + medicações coadjuvantes.
Moderada	Dipirona ou Paracetamol 1g VO/EV 4/4h – 6/6h e/ou AINH + Cloridrato de Tramadol 50mg VO – SC – EV ou Codeína + Paracetamol 30mg vo 4/4h + medicações coadjuvantes.
Leve	Dipirona ou Paracetamol 500mg – 1g VO /EV 4/4h – 8/8h e/ou AINH + medicações coadjuvantes.
Sem dor	Observar.

Importante: as medicações devem ser aplicadas em intervalos diferentes, visando aumento do tempo analgésico. Nunca usar anti-inflamatório não hormonal (AINH) e Opióide com Opióide.

Anti-inflamatório (AINH)

- Cetoprofeno: 50mg VO 12/12h – 100mg EV 12/12h
- Ibuprofeno: 300 a 600mg VO 12/12h
- Etoritocoxibe: 90mg VO 12/12h
- Celecoxibe: 200mg VO 12/12h
- Pacientes > 60 anos: somente por 72h / outras faixas etárias: o menor tempo possível

Medicação coadjuvante em dor miofascial

- Ciclobenzaprina: 5 a 10mg VO 8/8h
- Baclofeno: 10mg VO 8/8h até 80mg/dia

Medicação coadjuvante em dor neuropática

- Amipitrilina: 12,5mg a 75mg/dia
- Carmabazepina: 100 a 600mg/dia
- Gabapentina: 300mg VO 8/8h até 2400mg/dia
- Pregabalina: 75mg VO 12/12h até 450mg/dia
- Profilaxia da hemorragia digestiva alta
- Omeprazol: 20mg VO ou EV 24/24h
- Ranitidina: 150 a 300mg VO 12/12h
- Idosos: uso imediato/adultos e jovens com mais de 2 dias de AINH

Posologia de analgésicos e medicamentos adjuvantes em adultos

ANALGÉSICO / ADJUVANTES	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE MÁXIMA EFICÁCIA
Dipirona	1g VO/EV 4/4h ou 6/6h	IV ou VO	4g/40gts (4x dia)
Paracetamol	1g VO/EV 4/4h ou 6/6h	VO	4g/40gts (4x dia)
Amitriptilina	12,5 a 75mg/dia	VO	Pode ser aumentada a cada 2 dias até 75mg
Carmabazepina	100 a 600mg/dia	VO	2000mg
Codeína		VO	240mg
Tramadol	50 a 400mg/dia	IV / SC / VO	400mg
Metadona		VO / IV	
Morfina		VO	Não há
Ibuprofeno	300 a 600mg/dia	VO / GTS	3200mg
Dipirona	30mg/Kg dose 6/6h – 4/4h	IV ou VO ou VR	50mg
Paracetamol	10mg/Kg dose 4/4h	VO	10mg
Amitriptilina	0,2 a 0,5mg/Kg dose 24/24h	VO	Até 45Kg – 0,5mg
Carmabazepina	< 6 anos 5 a 10mg/Kg/dia divididos em 2 doses	VO	2000mg
Codeína	0,5 a 1mg 4/4h	VO	1mg
Tramadol	0,5 a 1mg 6/6h	IV / SC / VO	1mg
Metadona	0,1 a 0,2mg/Kg 6 a 12h	VO	0,2mg
Morfina	0,1mg/Kg 4/4h a 6/6h	VO	0,1mg
Ibuprofeno	10mg/kg	VO / GTS	40gts (200mg)

Responsável técnico: Dr. Marcio Rondinelli – Médico especialista da Clínica da Dor – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Certificado pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*.

Protocolo Analgésico Pediátrico

DOR	PROTOCOLO ANALGÉSICO EM ENFERMARIA
Intensa	Contactar clínica de tratamento da dor ou serviço de anestesia ou clínico de plantão.
Forte	Dipirona 30mg/Kg/dose 6/6h – 4/4h IV/VO/VR ou Paracetamol 10mg/Kg/dose 4/4h VO + Nalbufina 0,1 ou 0,5mg Kg/dose 4/4h ou Tramadol 0,5mg a 1mg/Kg/dose 4/4h IV/SC/VO e/ou Cetoprofeno 2mg/Kg/dose IV + medicações coadjuvantes.
Moderada	Dipirona 30mg/Kg/dose 6/6h – 4/4h VO + Codeína 0,5 a 1mg/Kg/dose 4/4h VO Tramadol 0,5mg a 1mg/Kg/dose 6/6h IV/SC/VO e/ou Cetoprofeno 2mg/Kg/dose 12/12h IV ou Ibuprofeno 5 a 10mg VO + medicações coadjuvantes.
Leve	Dipirona 30mg/Kg/dose 6/6h – 4/4h ou Paracetamol 10mg/Kg/dose 4/4h VO + medicações coadjuvantes.
Sem dor	Observar.

IMPORTANTE: as medicações devem ser aplicadas em intervalos diferentes, visando aumento do tempo analgésico. Nunca usar anti-inflamatório não hormonal (AINH) e Opioide com Opioide.

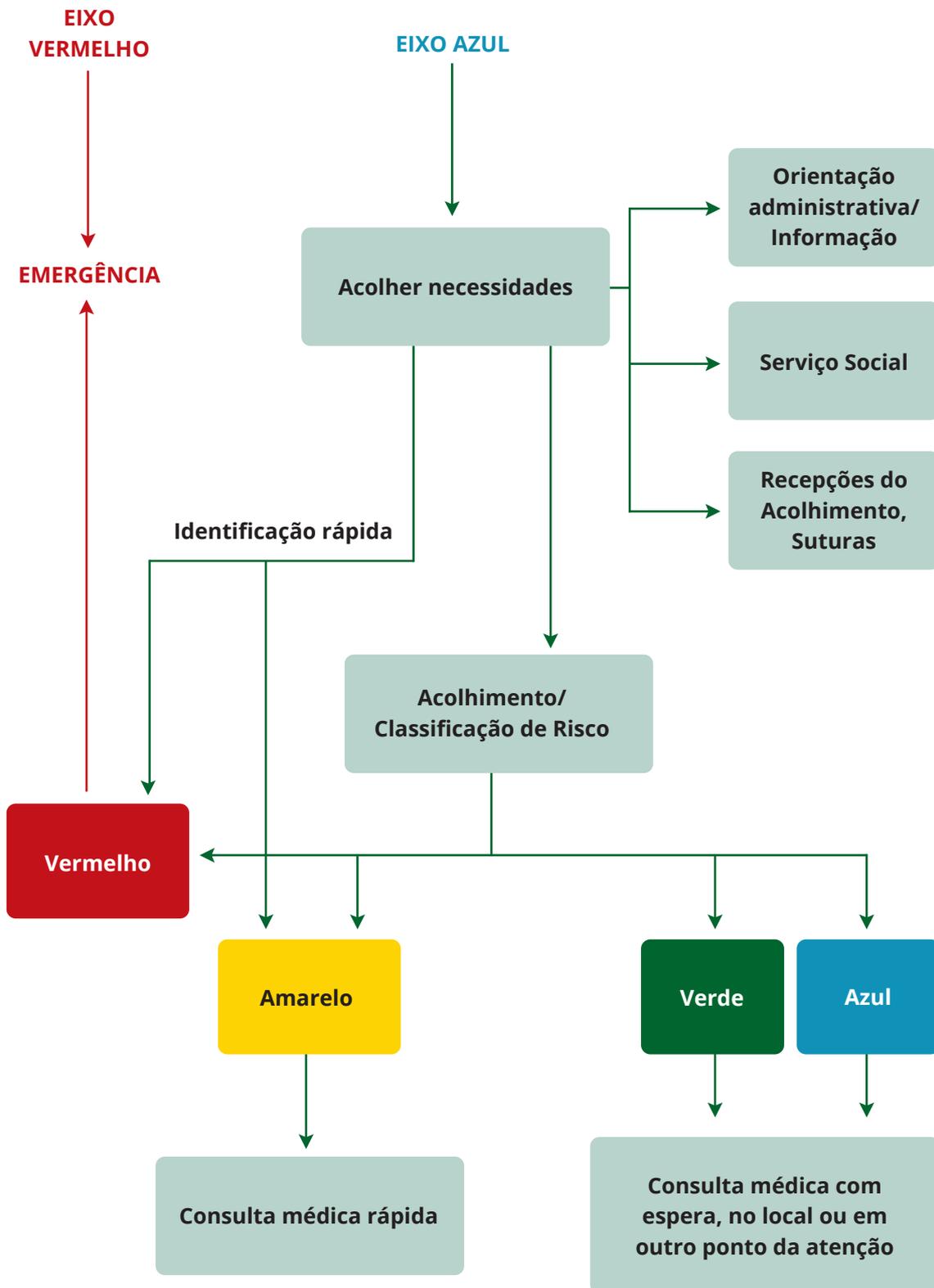
Medicação coadjuvante em dor neuropática

- Amipitrilina: 0,2 a 0,5mg/Kg/dose 24/24h
- Carbamazepina: < 6 anos – 5 a 10mg/dia divididos em 2 doses VO
- > 6 anos – 10mg/Kg/dia divididos em 2 doses

Responsável Técnico:

- Dr. Marcio Rondinelli – Chefe da Clínica da dor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO)/MS
- Médico certificado pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) para tratamento da dor.

Fluxograma da Rede de Urgência e Emergência (porta de entrada)



FERRAMENTAS ÚTEIS

Bases conceituais - Suporte básico e avançado de vida



Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Escala Verbal Numérica

O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar a sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação.

A nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto 10 a maior intensidade imaginável.

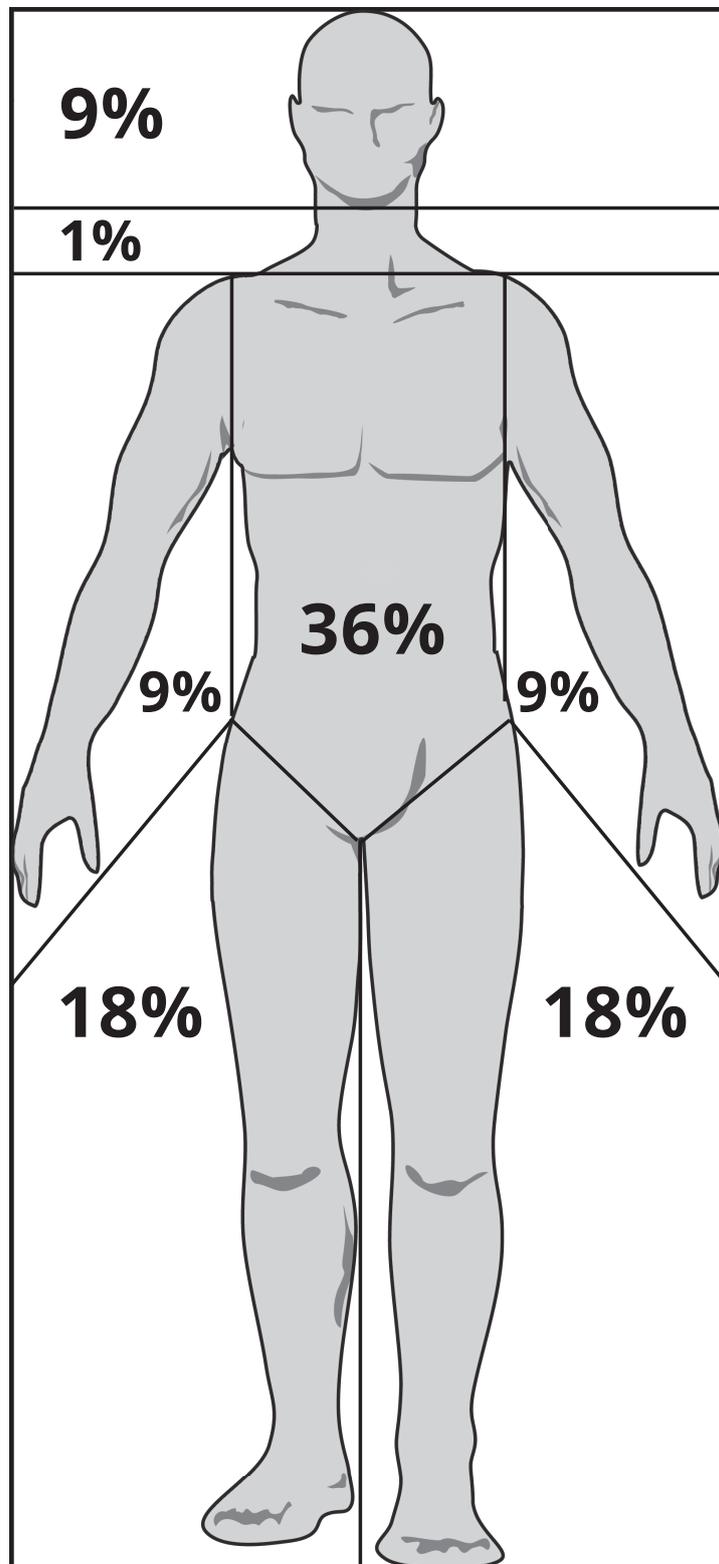


Dor leve = 1 a 3/10

Dor moderada = 4 a 7/10

Dor intensa = 8 a 10/10

Classificação de superfície corporal queimada



A consulta de enfermagem para a Classificação de Risco (CR) consiste:

- Na identificação dos fatores de risco ou sinais de alerta;
- No reconhecimento da situação/queixa/sintoma;
- Em um breve histórico e contextualização;
- Na avaliação dos determinantes (sinais e sintomas) da classificação de risco, de acordo com protocolos pré-fixados.

Observações:

- O enfermeiro deve ser um ouvinte paciente, porém, impondo limites aos relatos;
- Por meio da entrevista, o enfermeiro não só colhe informações como, também, orienta.
- Na QPD: Queixa Principal e Duração;
- No antecedente mórbido e medicamentoso;
- Nos sinais vitais e exame físico sumário;
- Nos exames de apoio (oximetria, ECG, glicemia);
- Na conduta: classificação de risco.

INDICADORES

INDICADOR (1)	
Indicador (1)	Percentual de classificação segundo prioridade clínica (cor)
Periodicidade	Mensal
Meta	Mapear a compatibilidade do tipo de demanda da porta de entrada com o perfil do Serviço de Urgência e Emergência
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número somatório de todos os usuários classificados segundo prioridade clínica (cor)}}{\text{Número de usuários classificados no período}} \times 100$

INDICADOR (2)	
Indicador (2)	Percentual de pacientes acolhidos
Periodicidade	Mensal
Meta	Acolher 100% dos usuário que procuram os serviços de urgência e emergência
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número somatório de todos os acolhidos mais os redirecionados que procuram as unidades de urgência no período}}{\text{Número de usuários que procuram os serviços de urgência e emergência no período}} \times 100$

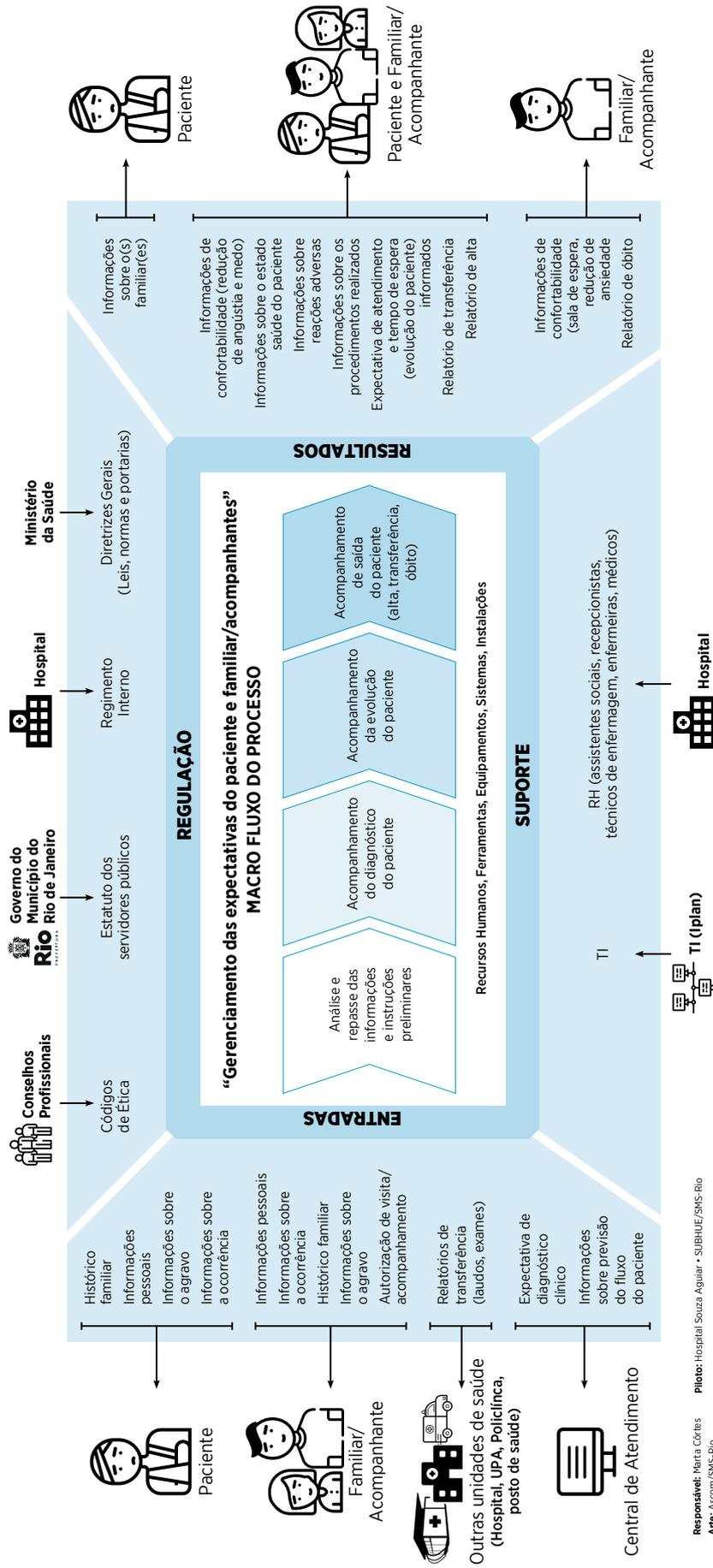
INDICADOR (3)	
Indicador (3)	Percentual de pacientes, familiares e/ou acompanhantes informados no atendimento de emergência
Periodicidade	Mensal
Meta	Informar 70% de pacientes, familiares e acompanhantes no atendimento de emergência
Fórmula de cálculo	Número somatório de todos os pacientes da sala amarela e vermelha dividido pelo número de familiares e/ou acompanhantes que buscam informação X 100

Indicador (4)	Tempo médio de espera
Periodicidade	Mensal
Meta	Manter em 45 minutos a média de atendimento entre a classificação de risco e o atendimento médico
Fórmula de cálculo	Número somatório dos minutos entre a classificação de risco e o início do atendimento médico

Esses indicadores, aliados ao monitoramento dos fluxos de atendimento pactuado nas instituições, são instrumentos importantes de avaliação para a tomada de decisões e a colaboração de planos de melhorias, caso se façam necessários.

Cabe ressaltar que este monitoramento deverá ser mensal, e que seu produto e os relatórios gerados deverão ser discutidos com a equipe gestora e trabalhadores, visando o compartilhamento das fragilidades e a elaboração de estratégias de enfrentamento e corresponsabilização.

ACOLHIMENTO – DIAGRAMA DE ESCOPO E INTERFACES DO PROCESSO



“Diagrama em que se desenha certo modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção.” (Merhy, E.) 2003.

REFERÊNCIAS

Protocolos

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ambiência: Humanização dos "Territórios" de encontros do SUS: Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Brasília: Fiocruz: Ministério da Saúde, 2006. p. 36-45.

Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Brasília, 2006.

Ministério da Saúde. *O processo de trabalho em saúde: curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. [S.l.]: Fiocruz, 2005. p. 67-80.

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. Acolhimento com classificação de risco*. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2006.

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Urgências. Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 6 de outubro de 2003.

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Urgências. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Poder Executivo, 6 de outubro de 2003.

ABBÊS C., MASSARO A. *Acolhimento com classificação de risco*. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.

ALMOYNA MM, NITSCHKE CAS. *Regulação médica de urgências e de transferências inter-hospitalares de pacientes graves*. 2.ed. Brasília: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências / Ministério da Saúde, 2000. 147p.

BALES A. Hypertensive crisis: how to tell if it's an emergency or an urgency. *Postgraduate Medicine* 1999;105(5):119-26.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo técnico para classificação de risco nas UPAs*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

BEVERIDGE R. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. *Journal of Emergency Medicine* 1998;16(3):507-11.

BEVERIDGE R., CLARKE B., JANES L., SAVAGE N., THOMPSON J., DODD G. et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. Canadian Journal of Emergency Medicine 1999;1(3 suppl):S2-28.

BEVERIDGE R., DUCHARME J., JANES L., BEAULIEU S., WALTER S. Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement. Annals of Emergency Medicine 1999;34(2):155-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 244p.

CECÍLIO LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública 1997;13:1-13.

CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, CUSHMAN WC, GREEN LA, IZZO JL et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention.

Protocolos Pediátricos

AMERICAN HEART ASSOCIATION, PALS PROVIDER MANUAL, 2010.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, Guideline for implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. Dezembro de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, QUALI SUS. Programa de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS. Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, HUMANIZA SUS. Acolhimento com avaliação e Classificação de Risco. Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004.

NATIONAL TRIAGE TASK FORCE. Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Medicine Departments. Canadian Journal of Emergency Medicine, 3(4), S1- S27. 2001.

Quality Management in Emergency Medicine, Australia, 2002.

Protocolos de Obstetrícia

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.351, de 5 outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n. 193, seção 1, p. 69, 6 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/SAS. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 44 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. Acolhimento e classificação de risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 56 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

REZENDE – Obstetrícia Fundamental – 12ª Ed. 2013; Montenegro, Carlos A. Barbosa; Rezende, Jorge de; Guanabara Koogan.

Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, Comissão Perinatal. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia. SUS-BH. Belo Horizonte, 2009.

SAÚDE TODO DIA: Uma Construção Coletiva; 1 Edição Ilustrada; Editora HUCITEC. Carvalho, Rogerio Santos, 2006.

Violência Sexual e Aborto Legal

Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59183/pcdt_pep_2018_web_28_05_2018.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1

Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde – 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf

Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

Ficha de Notificação Individual – Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – violência interpessoal/autoprovocada – Versão SVS, 15.06.2015. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf

Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, que altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a Doença de Chagas crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html

Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência – SES/RJ. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/gtviolenciaesaude/wp-content/uploads/sites/32/2020/05/Protocolo_Violencia_SESRJ.pdf



SAÚDE

