



PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO
MUNICÍPIO DE RIO CLARO/SP**

GUSTAVO RAMOS PERISSINOTO

Prefeito Municipal de Rio Claro/SP

DR. MARCO AURÉLIO MESTRINEL

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

DR. RAFAEL PAVEZI GARCIA

Diretor do Departamento de Atenção à Saúde – Diretoria Médica

DR. ROBERTO JOSÉ BOROTTI FILHO

Chefe de Divisão da Urgência/Emergência

ALCIONE ALVES OLIVEIRA BUZO

Diretora do Departamento de Gestão do SUS

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO
MUNICÍPIO DE RIO CLARO/SP**

Unidade de Pronto Atendimento – “Dr. Olavo Narkevitz” (UPA 29)

(Av. 29, Nº. 1313 – Estádio)

Lydia Dimitriou Bounatsos – Chefe de Seção – Direção Técnica

Serviço Social: Maria José Palmeiro

Unidade de Pronto Atendimento – “Cervezão” (UPA Cervezão)

(Rua M-9, Nº. 50 – Jardim Independência)

Eric Mota – Chefe de Seção – Direção Técnica

Serviço Social: Josiane Ferreira do Rozario e Gabriela Aparecida Augusto

Geremias

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO MUNICÍPIO DE RIO CLARO/SP

ELABORADO POR:

Alcione Alves Oliveira Buzo, Bruna de Oliveira, Cristiane Aparecida de Godoy Gava, Daniele Cristina Sanromão Henrique, Eric Fernandes Mota, Karoline Felipe Moraes, Lydia Dimitriou Bounatsos, Juliana Vidal Sartori de Carvalho, Marta Teresa Gueldini Linardi Bianchi, Michele Fernanda Calcetti.

REVISADO POR:

Daiane Aparecida Campanella – Coordenadora de Enfermagem - Departamento de Atenção à Saúde

Dr. Rafael Pavezi Garcia – Diretor Médico do Departamento de Atenção à Saúde (Diretoria Médica)

POTENCIAIS UTILIZADORES

Enfermeiros e equipe, médicos, dentistas, acadêmicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, conselhos municipais de saúde, polícia civil e militar, corpo de bombeiros, polícia rodoviária federal, seguranças, funcionários administrativos, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), administradores hospitalares, comunidade, Ministério Público.

PÚBLICO ALVO

Cidadãos que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram uma das portas de entrada de Rede SUS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
MISSÕES DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	07
PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	09
CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PACIENTE.....	09
ETAPAS DO ATENDIMENTO.....	10
FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	11
FICHA DE ATENDIMENTO.....	12
ESCALA VERBAL NUMÉRICA.....	13
AVALIAÇÃO INICIAL – AVALIAÇÃO RÁPIDA – ABCDE.....	14
ESCALA DE COMA DE GLASGOW.....	15
SINAIS DE ALERTA EM CASO DE TRAUMA – INTERVENÇÃO IMEDIATA.....	16
ITENS A SEREM AVALIADOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	17
TRAUMAS.....	18
ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL.....	20
COMA/CONVULSÃO.....	21
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/DISPNEIA/ASMA.....	22
AVALIAÇÃO DE DOR TORÁCICA.....	23
INTOXICAÇÃO EXÓGENA OU TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	24
ANAFILAXIA, REAÇÃO ALÉRGICA.....	25
HEMIPARESIA AGUDA – PARALISIA.....	26
SINAIS DE INFECÇÃO GRAVE/SEPSE.....	27
CEFALÉIA.....	28
QUEIMADURAS.....	29
AVALIAÇÃO DA DOR ABDOMINAL.....	30

HEMORRAGIAS – DIGESTIVA, HEMOPTISE E EPISTAXE.....	31
ARTICULAÇÕES – PARTES MOLES.....	32
AVALIAÇÃO DE FERIDA.....	33
DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL.....	34
HISTÓRICO DE DIABETES.....	35
ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS.....	36
DIARRÉIA E VÔMITOS.....	37
SÍNDROME RESPIRATÓRIA – H1N1, COVID.....	38
SITUAÇÕES ESPECIAIS DE ACOLHIMENTO.....	39
EQUIPE.....	40
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	41
ANEXOS – FLUXOGRAMAS.....	43
ANEXO 1 – FLUXOGRAMA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA – COVID.....	43
ANEXO 2 - FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DOS SOROS (ANTIVENENO E ANTIRRÁBICO).....	45
ANEXO 3 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO – ESCORPIANISMO.....	48
ANEXO 4 – FLUXOGRAMA DE CASOS ESPECIAIS.....	49
ANEXO 5 – FLUXOGRAMA DE PACIENTES QUE NECESSITAM DE TROMBÓLISE.....	50

INTRODUÇÃO

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A sistemática do Acolhimento de Classificação de Risco organizacional vem para acrescentar diretrizes às práticas assistenciais e construir novos conceitos e valores em ações compartilhadas. Sendo assim, um trabalho cooperativo baseado em experiências através da prática e da vivência profissional.

Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

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

MISSÕES DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1. Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
2. Humanizar o atendimento;
3. Garantir um atendimento rápido e efetivo.

OBJETIVOS

- Escutar de uma maneira humanizada o cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.
- Determinar prioridade de atendimento e não pressupor exclusão e sim estratificação.

EQUIPE

Equipe multiprofissional e equipe de apoio: recepcionista, controlador de acesso, enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, nutricionista, fisioterapeuta, técnicos em radiologia e psicólogo

PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo de Manchester.

No âmbito da equipe de enfermagem a classificação de risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas às disposições legais da profissão.

Os critérios e avaliações da classificação de risco é inerente a cada indivíduo, sendo o enfermeiro o responsável pela avaliação criteriosa dos sinais e sintomas destes pacientes.

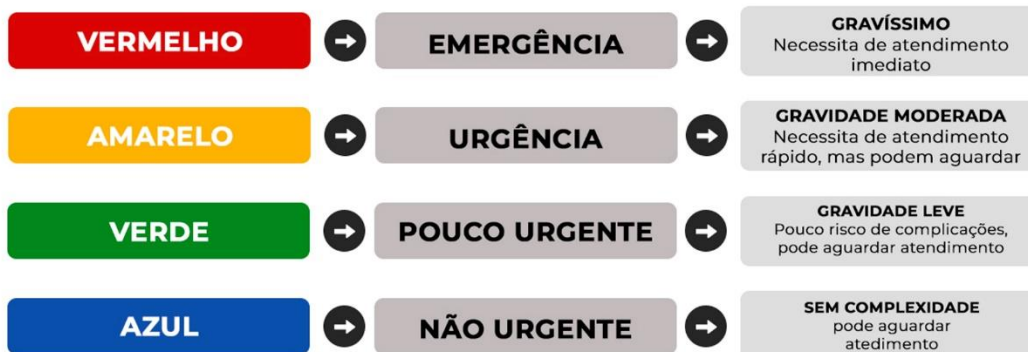
CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PACIENTE

1. Situação – queixa principal e duração;
2. Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
3. Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - Escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
4. Apresentação usual da doença;
5. Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

ETAPAS DE ATENDIMENTO



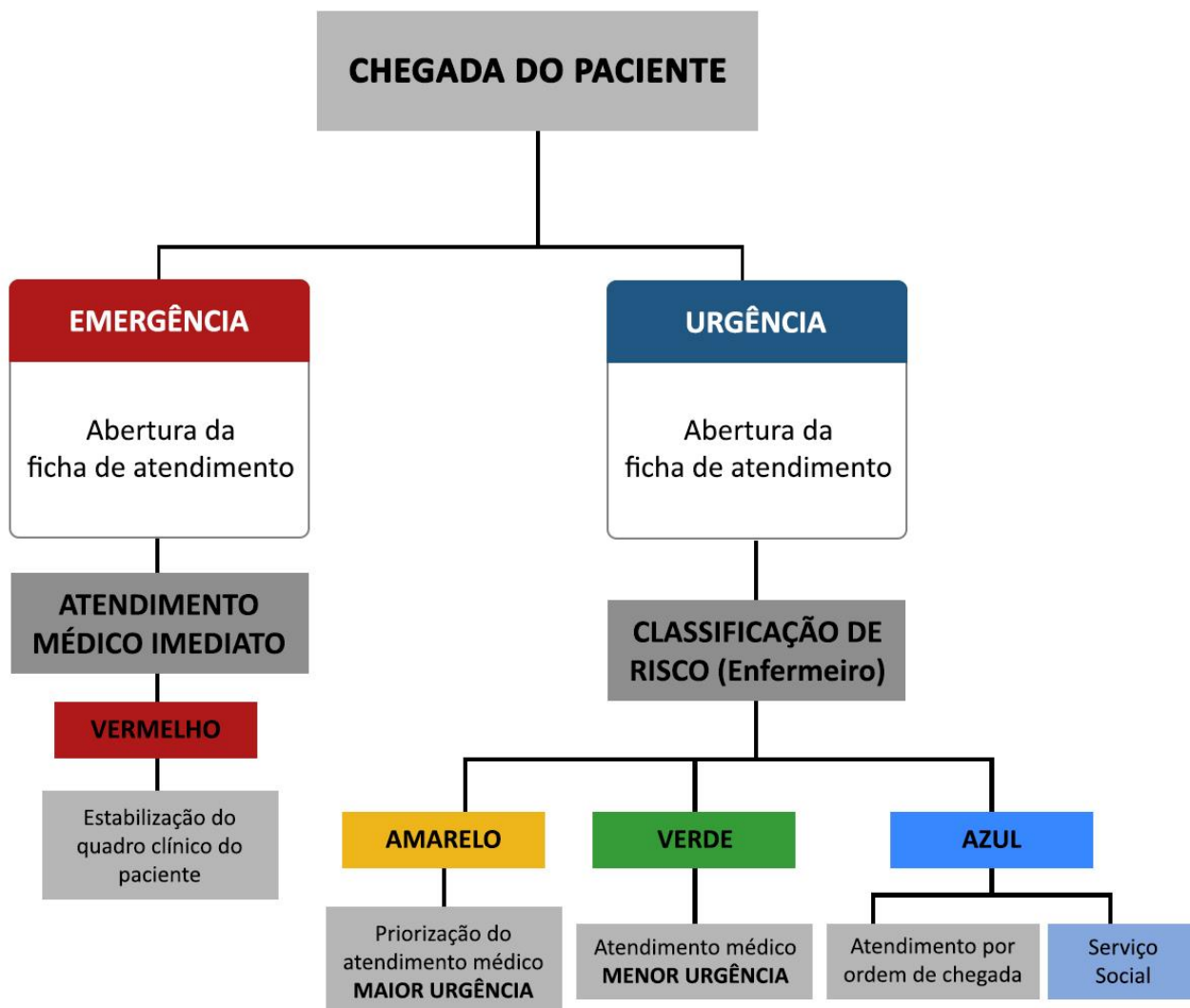
NÍVEIS DE GRAVIDADE POR COR



NÍVEIS DE PRIORIDADE



FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



(Atualizado em Maio/23)

FICHA DE ATENDIMENTO



Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro
C.N.P.J.: 00.955.107/0001-93
Rua. 6, 2580, Santa Cruz, 13500-190 - Rio Claro - SP

Data e Hora da Impressão
29/04/2023
09:51:44



FICHA DE ATENDIMENTO

Unid.Saúde: 119 - UPA 29 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 H RIO CLARO CNES: 7038895

Endereço: 29, 1313 - CIDADE JARDIM - 13501104 - RIO CLARO / SP

Ficha: [REDACTED]

Setor: 1 - UPA-ATENDIMENTO CLINICO - 97

Dt / Hr. Recep: 29/04/2023 09:51:30

Usuário: [REDACTED]



Nascimento: [REDACTED] Idade: [REDACTED] Sexo: FEMININO C.N.S.: [REDACTED]

Raça/Cor: BRANCA C.P.F.: [REDACTED]

Mãe: [REDACTED] Telefone: () - [REDACTED] Celular: [REDACTED]

Endereço: [REDACTED] Bairro: [REDACTED]

Município: 354390-7 RIO CLARO - SP CEP: 13500100

PA mmHg: _____ / _____ Temp (°C): _____ Peso (Kg): _____ Altura (cm): _____

Gestante: _____ Dextro (mg/dL): _____ SpO2: _____ F.C.: _____ F.R.: _____

ACOLHIMENTO: _____

Profissional da Triagem: _____

Queixas Principais do Acolhimento

Alergias

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese / Exame Físico: _____

Hipótese Diagnóstica: _____ CID 10: _____

Prescrição Médica / Exames Solicitados _____

Saída do atendimento: _____

Reavaliação:	HORÁRIO	PA (mmHg)	Dextro	TEMP. (°C)	SpO2	F.C	Ass. Enfermagem

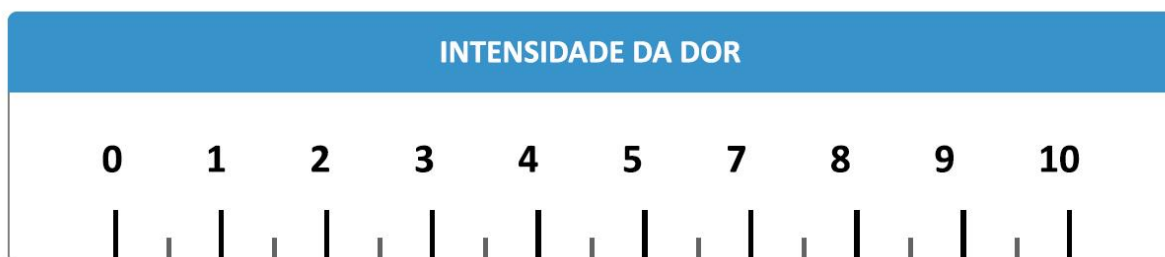
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Carimbo Médico

ESCALA VERBAL NUMÉRICA

O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10 com a intensidade da dor. (Nota 0 corresponde a ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade)

ESCALA VERBAL NUMÉRICA



SEM DOR	DOR LEVE	DOR MODERADA	DOR INTENSA
0 / 10	1 a 3 / 10	4 a 7 / 10	8 a 10 / 10

AVALIAÇÃO INICIAL – AVALIAÇÃO RÁPIDA – ABCDE

A: Vias aéreas e restrição da coluna cervical – **B:** Respiração e ventilação

C: Circulação e controle hemorrágico – **D:** Disfunção neurológica

E: Exposição e controle da temperatura

PACIENTE COMPENSADO:

- A – Conversa;
- B – Taquipnéia leve FR: 20-30 IRMP;
- C – Taquicardia leve fc: 100-120 bpm, pulso radial normal;
- D – Normal, responde ao comando verbal;
- E – Ausência de lesões, lacerações, hematomas e fraturas, sem hipotermia.

PACIENTE DESCOMPENSADO:

- A – Ansioso, conversa pouco;
- B – Taquipnéia leve FR: 30-35 IRPM, esforço respiratório, cianose;
- C – Taquicardia leve, fc: 120-140 bpm, pulso radial fino, pulso carotídeo normal;
- D – Normal, confuso, agitado, responde à dor;
- E – Presença de lesões leves, lacerações, hematomas, fraturas, detecção de objetos presos ao corpo do paciente, queda da temperatura corporal.

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA IMINENTE:

- A – Respiração com ruídos;
- B – Taquipnéia ou bradpnéia, FR >35 IRPM ou <10 IRPM. Grande esforço respiratório, cianose;
- C - Taquicardia ou bradicardia, FC >140 BPM Ou <60 BPM, pulso radial não palpável, pulso carotídeo fino;
- D – Letárgico, em coma, não responde à estímulos.
- E – Hipotermia, lacerações e lesões profundas e fraturas expostas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIAÇÕES

ESCORE

 ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA À VOZ À DOR NENHUMA	4 3 2 1
 RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA CONFUSA FALA INAPROPIADA FALA INCOMPREENSIVA NENHUMA	5 4 3 2 1
 RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS LOCALIZA DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA	6 5 4 3 2 1

**SINAIS DE ALERTA EM CASO DE TRAUMA – INTERVENÇÃO IMEDIATA
(PODE HAVER PIORA NO QUADRO CLÍNICO)**

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h;
- Forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões;
- Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes;
- Acidentes com ejeção do veículo;
- Confusão mental no discurso;
- Fraturas de 1ª e 2ª costelas;
- Fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de 3 costelas;
- Possível aspiração;
- Possível contusão pulmonar;
- Acidentes com óbito no local;
- Atropelamento de pedestre ou ciclista;
- Acidente com motociclista.

ITENS A SEREM AVALIADOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PARADA – PRIORIDADE ZERO

- Parada Cardiorespiratória;
- Parada respiratória;
- Respiração agônica;
- Não-responsivo;
- Dados vitais ausentes/instáveis;
- Desidratação extrema;
- Insuficiência respiratória;

TRAUMA (EMERGÊNCIA)

- Lesão grave de único ou múltiplos sistemas;
- Trauma craniano com Glasgow de 3 a 8;
- Grande queimado: > 25% da SCQ ou acometimento de vias aéreas;
- Trauma torácico, abdominal ou craniano com: perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios;
- Comprometimento da coluna vertebral;
- Dados vitais normais, estado mental normal;
- Sintomas graves em um sistema – sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas;
- Ferimento extenso com sangramento ativo;
- Amputação;
- Fratura com deformidades, fratura exposta, fratura com sangramento, fratura de bacia;
- Relato de perda de consciência.
- Mecanismo de trauma de alto risco – Perda de Consciência – Fraturas de costelas – Aspição – Constusão pulmonar - Óbitos no local

TRAUMA (URGÊNCIA)

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

TRAUMA (POUCO URGENTE)

- Suspeita de fratura, entorse, luxação;
- Lacerações que requerem investigação;
- Mordedura não extensa;
- Dor leve – moderada.

TRAUMA (NÃO URGENTE)

- Dor leve;
- Contusões, distensões, mialgias;
- Escoriações;
- Ferimentos que não requerem fechamento.

ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL (EMERGÊNCIA)

- Déficit cognitivo – agitação – letargia – confusão – convulsão – paralisia - sonolência – coma (Glasgow 9 a 13);
- PA > 180/ 110;
- Febre;
- Histórico de uso de drogas;
- Atentar-se à glicemia capilar.

COMA/CONVULSÃO (EMERGÊNCIA)

- Glasgow 3 a 8: irresponsivo, ou só resposta à dor;
- Intoxicação exógena;
- Eventos sistema nervoso central;
- Convulsão em atividade, pós crise;
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia);
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros.

COMA/CONVULSÃO (URGÊNCIA)

- Sinais vitais normais;
- Primeiro episódio, mais curto (<5 min);
- Pós-comical, mas alerta;
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24h;
- Respiração normal.

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/DISPNEIA/ASMA (EMERGÊNCIA)

- Afasia;
- Cianose;
- Letargia – confusão mental;
- Taquicardia (FG > 130) ou bradicardia (FC < 50);
- PA > 180/ 110 ou PA máxima <80 mmHg;
- Frequência respiratória < 10 IPM;
- Dispneia extrema ou fadiga muscular;
- Saturação O₂ < 90%;
- Obstrução de via aérea;
- Angústia respiratória intensa, esforço muscular;
- Passado de asma grave.

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA/DISPNEIA/ASMA (URGÊNCIA)

- Asma com dispneia ao exercício;
- Tosse frequente;
- Incapacidade de dormir;
- Consegue falar frases mais longas;
- Asma e Sat O₂ 92-94%

AVALIAÇÃO DA DOR TORÁCICA

- Intensidade, duração, característica, localização, irradiação;
- Atividade física no início da dor?
- Existência de trauma torácico?
- Alteração sinais vitais?
- Intensidade da dor;
- Fatores que melhoram ou pioram a dor;
- Questionar o paciente acerca o histórico de traumas: infarto do miocárdio, embolia pulmonar, angina de peito ou doenças de base.

DOR TORÁCICA (EMERGÊNCIA)

- Dor contínua;
- Sensação de peso, opressão, queimação, aperto, facada ou desconforto;
- Com sintomas associados: sudorese, náusea, dispneia;
- Associada a falta de ar ou cianose;
- Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços, dorso;
- Histórico anterior de infarto, angina, embolia pulmonar;

DOR TORÁCICA (URGÊNCIA)

- Piora com respiração profunda, tosse, dispneia, palpação;
- Dor localizada;

INTOXICAÇÃO EXÓGENA OU TENTATIVA DE SUICÍDIO (EMERGÊNCIA)

- Tipo e quantidade de drogas imprevisíveis;
- Necessários exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos.

ANAFILAXIA, REAÇÃO ALÉRGICA (EMERGÊNCIA)

- Sintomas respiratórios;
- Edema de glote;
- Alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, choque, cianose, tosse, vômito, dor abdominal;
- Histórico clínico.

HEMIPARESIA AGUDA – PARALISIA (EMERGÊNCIA)

- Grande déficit neurológico;
- Sintomas < 4h;
- Objetivo: proteção via aérea.

SINAIS DE INFECÇÃO GRAVE/SEPSE (EMERGÊNCIA)

- Confusão mental;
- Sinais vitais instáveis;
- Toxemia;
- Avaliar Sat O₂;
- Febre > 38,5° calafrios;
- Eritema purpúrico (meningite), petéquias.

CEFALÉIA (URGÊNCIA)

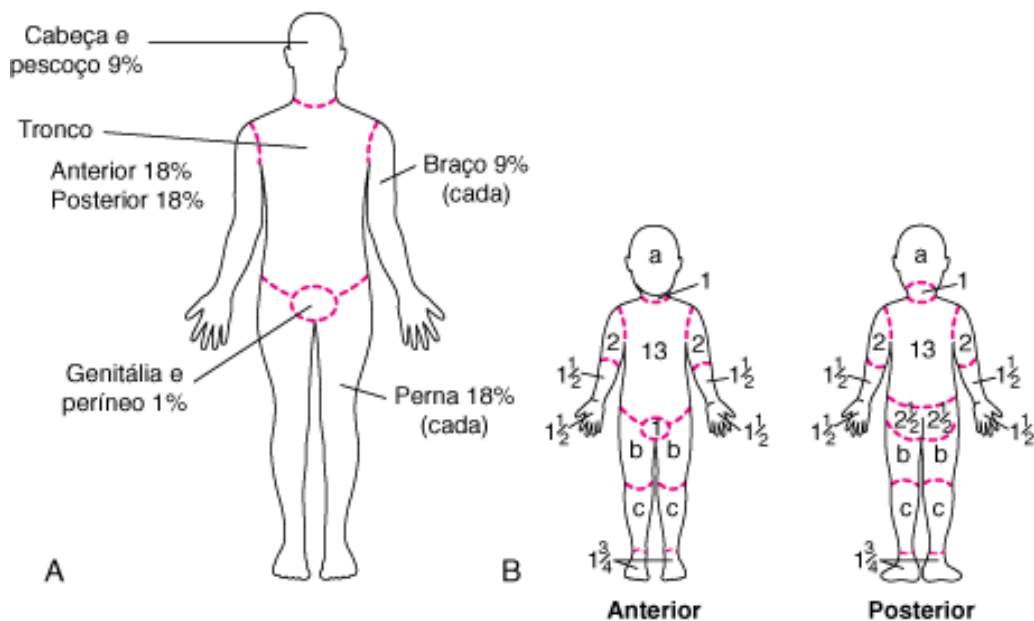
- Intensa, súbita ou rapidamente progressiva;
- Rigidez da nuca;
- Náusea – vômito;
- Alteração estado mental;
- Sinais neurológicos focais (paresia, afasia).

CEFALÉIA (POUCO URGENTE)

- Sinais vitais normais;
- Não súbita;
- Não intensa - <7/10;
- Enxaqueca;
- Rinorréia purulenta;
- Sem fator de risco.

QUEIMADURAS

- Avaliação conforme regra dos 9 (wallace) extensão da queimadura.



Percentual relativo da área da superfície do corpo (% ASC) afetada pelo crescimento

Parte do corpo	Idade				
	0 ano	1 ano	5 anos	10 anos	15 anos
a = 1/2 da cabeça	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2
b = 1/2 da coxa	2 3/4	3 1/4	4	4 1/4	4 1/2
c = 1/2 da perna inferior	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4

(Retirado do site: Merck & Co, Inc., Rahway, NJ, EUA – (A) Regra dos nove (para adultos) e (B), Tabela de Lund-Browder (para crianças) para estimar a extensão das queimaduras)

AVALIAÇÃO DA DOR ABDOMINAL

- Sinais vitais;
- Intensidade;
- Associação com sudorese, ou vômitos, ou sangramento;
- Possível gravidez;
- Existência de febre;
- Idade;
- Aguda ou crônica;

DOR ABDOMINAL (EMERGÊNCIA)

- Sinais vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre;
- Associações: náuseas ou vômitos ou sudorese;
- Irradiação da dor;
- Sangramento vaginal;
- Dor intensa (8 – 10 / 10);

DOR ABDOMINAL (URGÊNCIA)

- Sinais vitais normais;
- Aguda, moderada (4 – 7 / 10);
- Distensão abdominal ou retenção urinária;
- Prostração;
- Febre (T> 38,5);

DOR ABDOMINAL (POUCO URGENTE)

- Sinais vitais normais;
- Aguda, leve (< 4 / 10);
- Ausência de: prostração, toxemia, gravidade clínica;
- Ausência de febre;
- Ausência de sinais associados.

HEMORRAGIAS – DIGESTIVA, HEMOPTISE E EPISTAXE (EMERGÊNCIA)

- Hematêmese volumosa;
- Melena com instabilidade hemodinâmica (PA sist < 100 mmHg ou FC > 120 BPM);
- Hemoptise franca;
- Epistaxe com PA > 180 / 110.

HEMORRAGIAS – DIGESTIVA, HEMOPTISE E EPISTAXE (URGÊNCIA)

- Sinais vitais normais;
- Sangramento não atual.

ARTICULAÇÕES – PARTES MOLES (URGÊNCIA)

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

AVALIAÇÃO DA FERIDA

Análise da ferida: localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordas, presença de tecido de granulação e existência de tecido necrótico.

FERIDAS (NÃO URGENTE)

- Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção;
- Sem infecção local;
- Controle de úlceras crônicas;
- Retirada de pontos;
- Escaras sem repercussão sistêmica.

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (EMERGÊNCIA)

- Delírios;
- Alucinações;
- Automutilação;
- Pensamentos suicidas com planejamento e tentativas anteriores;
- Quadros de agressividade;
- Depressão severa;
- Dependência química: colocando a vida em risco, apresentando heteroagressividade.

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (URGÊNCIA)

- Pensamento de morte sem ideação suicida;
- Depressão moderada;
- Crise de pânico;
- Dependência química: sem risco de morte, sem heteroagressividade;
- Agressivo;
- Desorientado.

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (POUCO URGENTE)

- Sinais vitais normais;
- Agitação menos intensa, mas consciente;
- Risco para si ou para outro;
- Estado de pânico;

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (NÃO URGENTE)

- Sinais vitais normais;
- Ansiedade;
- Insônia;
- Depressão leve.

HISTÓRICO DE DIABETES

- Verificar a glicemia;
- Sudorese (hipo-hiperglicemia);
- Alteração mental (hipo-hiperglicemia);
- Pulso anormal;
- Vômito;
- Visão borrada;
- Dispneia.

HISTÓRICO DE DIABETES (EMERGÊNCIA)

- Coma (Glasgow entre 9 e 13);
- Perfuração;
- Perda de consciência, confusão mental;
- Convulsão;
- Cefaleia intensa;
- Náusea vômito;

HISTÓRICO DE DIABETES (URGÊNCIA)

- Desidratação acentuada;
- Sem perda de consciência;
- Alerta (Glasgow = 14 ou 15);
- Cefaleia moderada (4 – 7/10);

HISTÓRICO DE DIABETES (POUCO URGENTE)

- Sem perda de consciência;
- Nível de consciência: Alerta (Glasgow = 15);
- Sem vômito;
- Sinais vitais normais;

ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS (EMERGÊNCIA)

- Verificar se o paciente faz acompanhamento;
- Convulsão;
- Coma;
- Alucinações;
- Confusão mental;
- Agitação;
- Taquicardia, hipertensão, febre;
- Dor abdominal/ torácica;
- Vômito, diarreia.

DIARREIA E VÔMITOS (URGÊNCIA)

- Com desidratação:
- Persistentes;
- Letargia;
- Mucosas ressecadas;
- Turgor pastoso.

DIARREIA E VÔMITOS (NÃO URGENTE)

- Sinais vitais normais
- Mucosas úmidas
- Diurese normal
- Turgor de pele normal
- < 5 – 10 evacuações/ dia
- < 5 – 10 vômitos/ dia

SÍNDROME RESPIRATÓRIA (H1N1 – COVID) (POUCO URGENTE)

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

SINTOMAS GRIPAIS (NÃO URGENTE)

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

SITUAÇÕES ESPECIAIS DE ACOLHIMENTO

Prioriza-se algumas situações de atendimentos, entre elas:

- Acidentes perfurocortantes;
- Violação contra a criança e adolescente;
- Violência contra a mulher;
- Pessoas acamadas;
- Pessoas com deficiências;
- Pessoas escoltadas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

The Canadian Triage and Acuity Scale: **EDUCATION MANUAL MODULE 1**. Disponível em: <https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module_1_slides_v2.5_2012.pdf>.

Ministério da Saúde (2009) – **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 29 abr. 2023.

CASTELO, J. et al. **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) HOSPITAIS MUNICIPAIS/ SÃO LUÍS/MA**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2023.

Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto | Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas - **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA RIBEIRÃO PRETO - SP 2020**. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssauade/pdf/prot-acolhimento-risco.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2023.

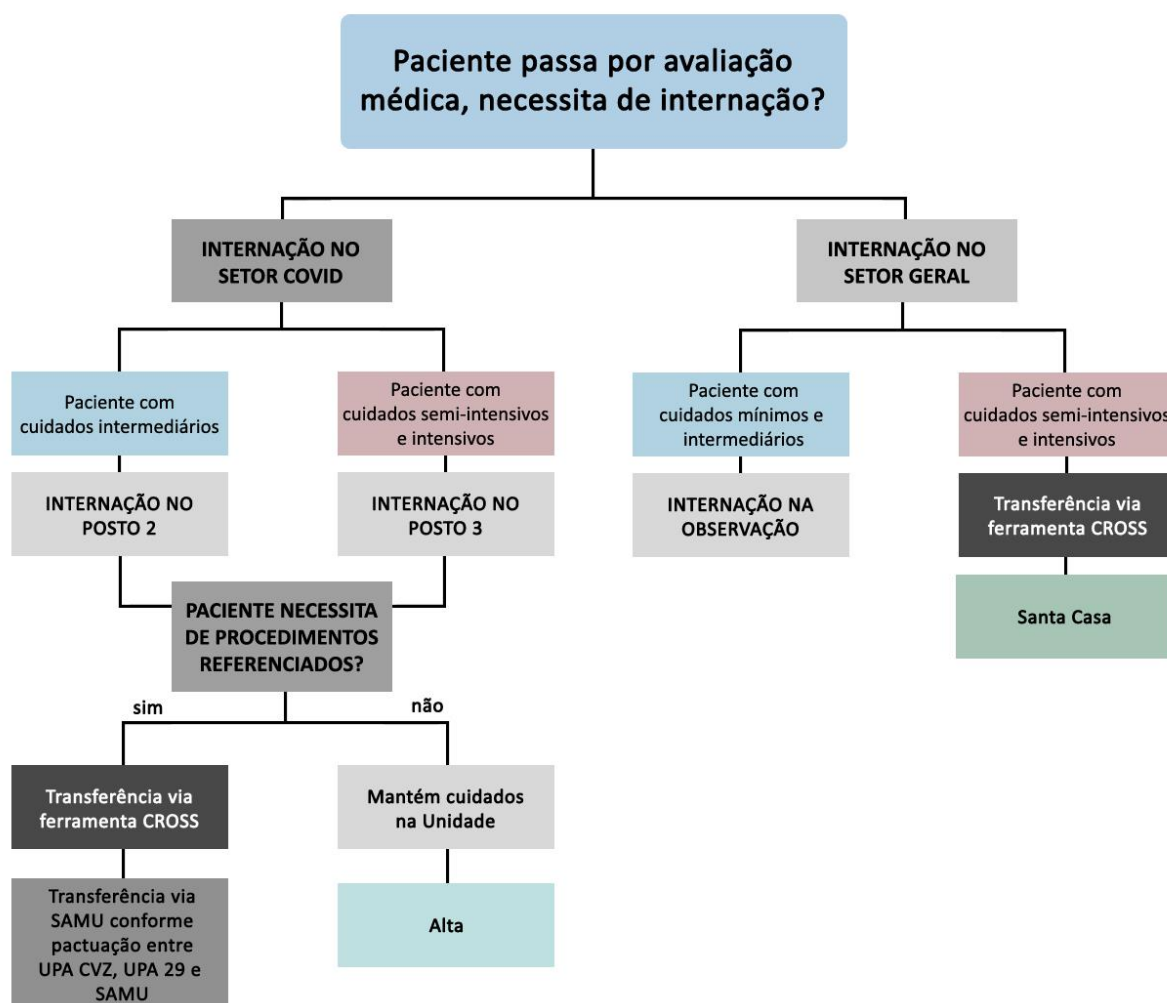
DOS, R. **FIGURE: (A) REGRA DOS NOVE (PARA ADULTOS) E (B), TABELA DE LUND-BROWDER (PARA CRIANÇAS) PARA ESTIMAR A EXTENSÃO DAS QUEIMADURAS - MANUAIS MSD EDIÇÃO PARA PROFISSIONAIS**. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/multimedia/figure/a-regra-dos-nove-para-adultos-e-b-tabela-de-lund-browder-para-crian%C3%A7as-para-estimar-a-extens%C3%A3o-das-queimaduras>>. Acesso em: 13 maio. 2023.

ANEXOS - FLUXOGRAMAS

Os fluxogramas e descritivos apresentados abaixo constituem-se como ferramenta de apoio técnico e facilitam o entendimento acerca dos processos atuais da rede SUS do Município de Rio Claro.

ANEXO 1 – FLUXOGRAMA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA (COVID)

FLUXO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA (COVID)



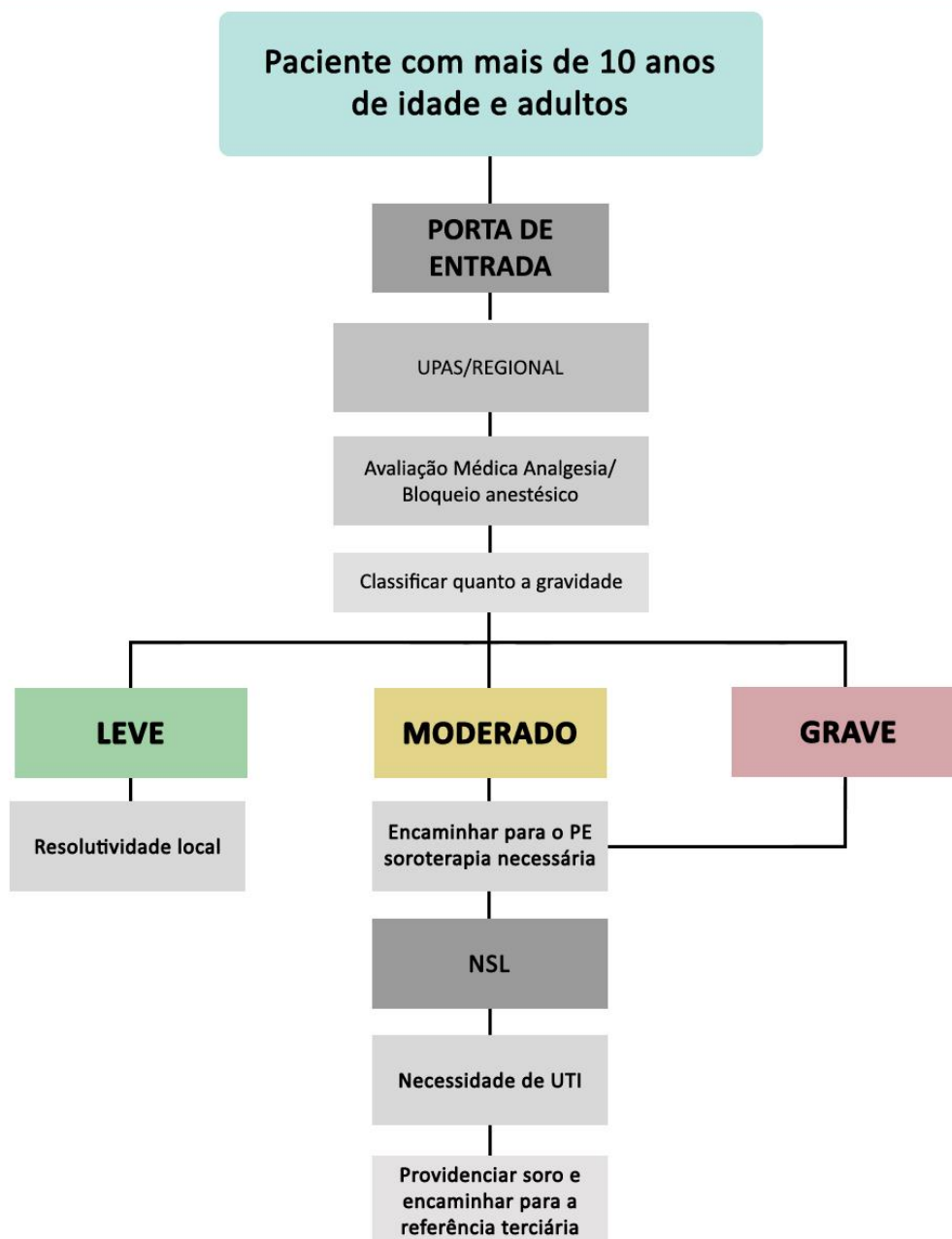
FLUXO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA (COVID)

- Paciente chega às unidades: UPA CVZ e UPA 29, com sintomas respiratórios, realizado ficha de atendimento e aguarda para classificação de risco realizada pelo enfermeiro;
- Após classificação, é encaminhado para avaliação médica;

- O médico realizará a consulta e irá avaliar a necessidade de internação deste paciente;
- Se a internação do paciente na UPA 29 for indicada, médico plantonista da internação da UPA29 faz contato via telefônico com médico plantonista do UPA CVZ e passa o caso, equipe UPA29 providencia transporte e encaminha paciente para UPA CVZ - Setor COVID.
- Se a internação do paciente no UPA CVZ for indicada, o mesmo é encaminhado ao SETOR de COVID.
- Se a internação indicada for ao SETOR GERAL (quando foi descartado a suspeita de infecção por COVID), o enfermeiro realizará a classificação do paciente em cuidados intermediários e cuidados semi-intensivos e intensivos:
- Paciente classificado com cuidados mínimos e intermediários, o mesmo será direcionado para internação na observação e manterão os cuidados na unidade até sua alta hospitalar.
- Paciente classificado com cuidados semi-intensivos e necessidades de procedimentos referenciados, o mesmo será inserido do programa CROSS e permanecerá na unidade aguardando aceite de vaga.

ANEXO 2 – FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DOS SOROS (ANTIVENENO E ANTIRRÁBICO)

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DOS SOROS (ANTIVENENO E ANTIRRÁBICO)



PONTO ESTRATÉGICO DE SORO ANTIVENENO – RIO CLARO

- O município de Rio Claro faz parte do “Ponto Estratégico” (PE) do estado de SP para atendimento de pacientes vítimas de acidentes com animais

peçonhentos, tétano e antirrábico. O mesmo se encontra atualmente no Pronto Socorro Municipal Integrado (PSMI) situado na AV: 15, nº 297 sendo o telefone de contato (19) 3533-5484 conforme o link disponibilizado no site do CVE: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/unidades-de-referencia/peconhentos_unidades.pdf

- **Pontos Estratégicos:** Todos os PE dessa Região de Saúde contam com o Serviço de Atendimento de Urgência 24h com suporte de Ambulância através do SAMU;
- Possuem médicos capacitados em fazer o diagnóstico, soroterapia específica e acompanhamento do acidentado;
- Possuem enfermeiros capacitados em controle de temperatura e armazenamento de soros antiveneno;
- Geladeira em local apropriado para armazenamento do soro antiveneno com controle de temperatura.

CONDIÇÕES PARA O FUNCIONAMENTO DO PONTO ESTRATÉGICO:

- Todos os pontos serão porta aberta recebendo pacientes provenientes de serviços públicos e privados do próprio município, assim como os demais municípios da microrregião: Analândia, Itirapina, Corumbataí, Ipeúna e Santa Gertrudes. A comunicação de rotina entre o primeiro atendimento e o PE se dá através do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência);
- O PE também deverá ser referência para fornecer imunobiológicos para o atendimento de politraumatizados, vítima de violência sexual e acidentes com animais potencialmente contaminados, animais domésticos de procedência desconhecida e animais silvestres.

SORO ANTIVENENO: Tétano, Antirrábico, Escorpiônico, Crotálico, Botrópico, Aracnídico

IMUNOBIOLÓGICOS: Hepatite B, Tétano, Raiva

FLUXO DE ATENDIMENTO

- O acidentado deve deverá ser encaminhado ao serviço de saúde mais próximo, preferencialmente um Pronto Atendimento, Pronto Socorro ou Hospital. Esses serviços devem ter conhecimento da localização do PE do território e providenciar imediata remoção do paciente, caso haja indicação de soroterapia ou, caso o paciente seja criança entre 0 a 10 anos;
- Ressalta-se que todos os serviços de transporte de pacientes devem ter o conhecimento do PE e hospitais de referência;
- Considerando o potencial de gravidade do envenenamento escorpiônico nos grupos mais vulneráveis, crianças de 0 a 10 anos, providenciar a transferência rápida do paciente de uma unidade de menor complexidade para o PE para avaliar a necessidade de soroterapia ou analgesia/bloqueio anestésico e caso a criança apresente quadro clínico grave, encaminhar para a referência com PE que tenha UTI pediátrica;
- Os serviços de acolhimento e classificação de risco devem sempre considerar prioridade as crianças de 0 a 10 anos vítimas de escorpianismo;
- Caso o acidentado dê entrada em um serviço privado, após a avaliação inicial, o mesmo deverá ser encaminhado para o PE se houver necessidade de soroterapia. O médico responsável pelo atendimento deverá entrar em contato prévio com o médico plantonista do PE. Nos casos de acidente com escorpião em que o acidentado for criança de 0 a 10 anos, encaminhar para o PE independente do quadro clínico;
- Nos casos em que há risco de remoção do paciente, o soro deve ser transportado do ponto estratégico até o local do paciente acidentado, mesmo que o paciente esteja em um serviço privado, desde que este assuma a condição de ter equipe capacitada para tal tratamento.

ROTINA DE CONTROLE DO PONTO ESTRATÉGICO

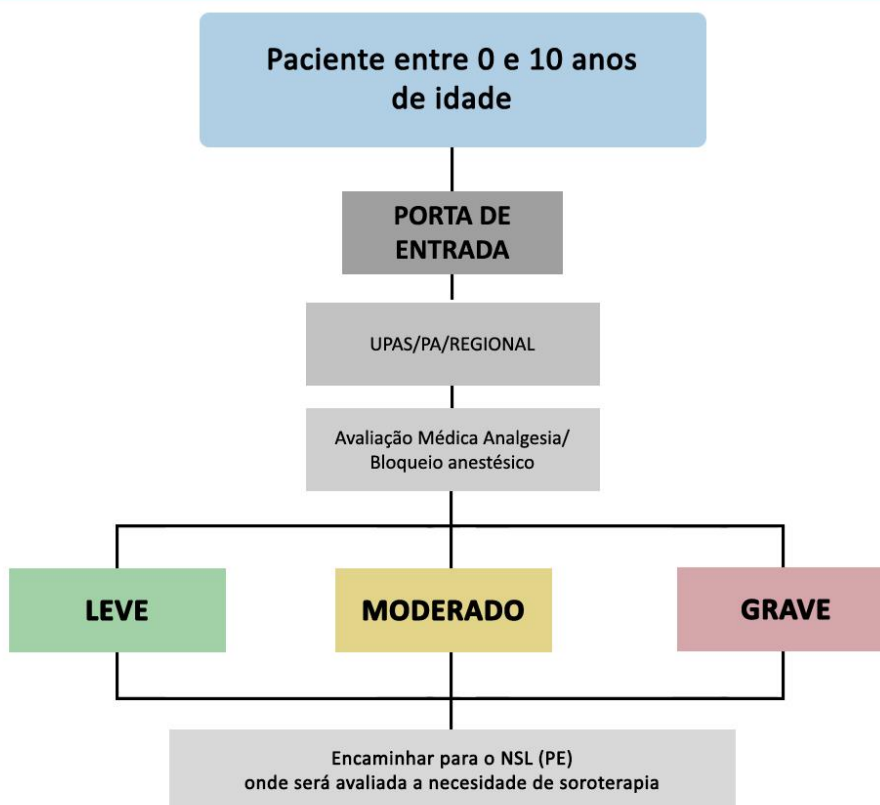
- Ter um enfermeiro responsável pela verificação diária de temperatura realizada em 3 (três) períodos e anotar em planilha específica;

- Controle semanal do estoque de soros e imunobiológicos com envio dos dados semanalmente (toda segunda-feira) para o e-mail dispensariodevacinas@gmail.com com cópia para o e-mail imunização.rioclaro@gmail.com;

Ter um enfermeiro responsável pela solicitação de reposição dos soros utilizados e quando houver necessidade de aquisição e/ou envio para outro PE, a fim de completar o esquema de tratamento prescrito.

ANEXO 3 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO - ESCORPIANISMO

FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO - ESCORPIANISMO



ANEXO 4 – FLUXOGRAMA DE CASOS ESPECIAIS

FLUXO DE CASOS ESPECIAIS

Polineuropatia diabética, Insuficiência renal (dialítico),
UNACON (Conforme portarias)

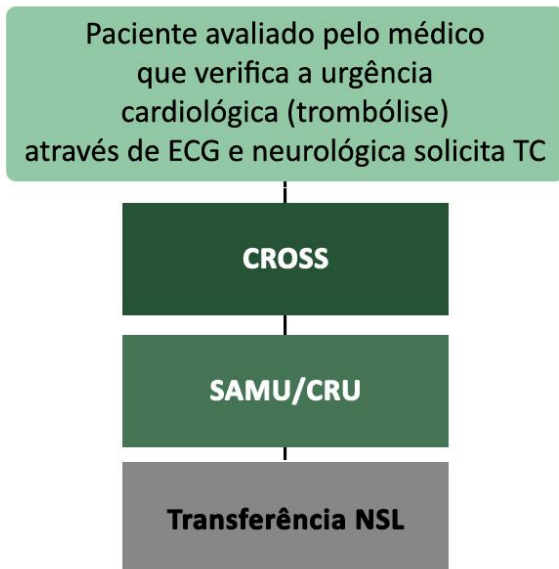
NSL

VAGA ZERO

Pacientes que dão entrada nas portas da UPA 29 e UPA CVZ com diagnóstico de doença grave como: Polineuropatia diabética, insuficiência renal e paciente inseridos no UNACON que necessitam de internação serão encaminhados ao PSMI após regulação como vaga zero.

ANEXO 5 – FLUXOGRAMA DE PACIENTES QUE NECESSITAM DE TROMBÓLISE

FLUXO - PACIENTES DAS UNIDADES: CERVEZÃO E 29 QUE NECESSITAM DE TROMBÓLISE



- Pacientes procuram a UPA CVZ ou a UPA 29 e passam por avaliação médica, que após diagnóstico, através de exames complementares verifica a necessidade da administração do trombolítico. Médico plantonista entra em contato com o médico do NSL para regulação via CROSS.
- Após administração do trombolítico o paciente será referenciado através do SAMU/CRU para transferência para o NSL.