

### 1.3.2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM IDENTIFICAÇÃO DE RISCO



Comuns a todos os profissionais da equipe de saúde

- Participar no planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde prestada;
- Programar, executar e avaliar o processo de trabalho com base em prioridades, objetivos e metas propostas;
- Planejar ações que visem otimizar o tempo de atendimento da população com qualidade;
- Avaliação dos resultados de ação e garantia integral dos direitos humanos.

Recepção/Agente Administrativo

Colaborar para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde;

Disponibilizar as Fichas de Atendimento (FAA) para atendimento médico;

Encaminhar para a enfermagem todos os usuários para o Acolhimento com Classificação de Risco;

Realizar identificação do paciente com a pulseira constando nome .

Auxiliar/Técnico de Enfermagem

Auxiliar na identificação de Sinais de Alerta e vulnerabilidades dos usuários que estão em acolhimento sob a supervisão e em conjunto com o Enfermeiro;

Proceder à identificação de sinais de alerta e vulnerabilidade conforme estratificação de sinais de alerta;

Proceder e auxiliar nas orientações após intervenções propostas para redirecionar fluxo interno;

Conferir e garantir a identificação do paciente com a pulseira constando nome.



Enfermeiro

Coordenar as ações de Acolhimento com Classificação de Risco;  
Proceder à avaliação de risco conforme estratificação proposta (vermelho, amarelo, verde e azul) e direcionar conforme tomada de decisão;

Realizar e colaborar na capacitação e supervisão da equipe de enfermagem.

Médico

Colaborar na coordenação das ações de acolhimento da demanda espontânea;

Confirmar a identificação do paciente na ficha de atendimento e na pulseira de identificação.

Reclassificar à classificação proposta inicialmente (vermelho, amarelo, verde e azul), conforme tomada de decisão, quando necessário e registrar a nova classificação;

Carimbar e assinar a FAA no caso de reclassificação;

Realizar consulta médica de acordo a classificação proposta;

Realizar procedimentos de sua competência;

Realizar e colaborar na capacitação da equipe frente às ações de acolhimento com classificação de risco

#### Premissas

Os pacientes com maiores comprometimentos deverão ser atendidos prioritariamente.

#### Ganhos esperados



Atendimento mais rápido para os casos de urgência

#### Plano de Ação:

- ✓ Análise do processo existente;
- ✓ Levantamento e análise dos problemas;
- ✓ Desenho do novo processo de Avaliação de Risco;
- ✓ Melhorias imediatas já implantadas;
- ✓ Adequação dos profissionais para inclusão de Avaliação de Risco;
- ✓ Adequação do espaço físico para Avaliação de Risco (AR) (salas, equipamentos, impressos, etc.);
- ✓ Discussão do processo de Avaliação de Risco nas áreas de apoio e atividades fim e construção da rotina de encaminhamento;
- ✓ Adequação da equipe de enfermagem;
- ✓ Treinamento: recepção, equipe médica e enfermagem;
- ✓ Elaboração dos protocolos de Avaliação de Risco;
- ✓ Ficha com etiqueta de identificação por cor e horário de chegada do usuário;
- ✓ Implantação do processo;
- ✓ Divulgação do novo processo aos usuários;
- ✓ Elaboração dos indicadores do processo;
- ✓ Análise e divulgação dos resultados.



#### 1.3.3. Programa de Acolhimento Implantação do Processo Classificação de Risco

Para implantação do processo de avaliação de risco será necessário alterar procedimentos administrativos que implicam em planejamento, treinamento, supervisão e acompanhamento das atividades implementadas, tais como: adequação de área física no atendimento de urgência e emergência, readequação e treinamento da equipe, possibilitando assim a intervenção na

qualidade do serviço e assistência prestada contribuindo para a humanização do atendimento ao usuário. A avaliação e classificação de risco por prioridade é de competência dos enfermeiros.



#### Metodologia

Para implantar as atividades da classificação de risco, serão realizadas reuniões com gestores da unidade de urgência e emergência para elaboração de protocolos com a finalidade de definir os graus de prioridades no atendimento. Na sequência, será estabelecido cronograma para implantação da avaliação.

O treinamento a ser realizado terá por objetivo reforçar a sensibilização da equipe de urgência/emergência e divulgar mais intensamente a política do Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização.

Para implantação da sala de classificação de risco devem ser disponibilizados: maca-divã, 02 aparelhos de pressão digital e 01 aparelho não evasivo glicosímetro capilar, estetoscópio, caixas identificadoras com as cores correspondentes das prioridades com especificação das patologias correspondentes para atendimento.

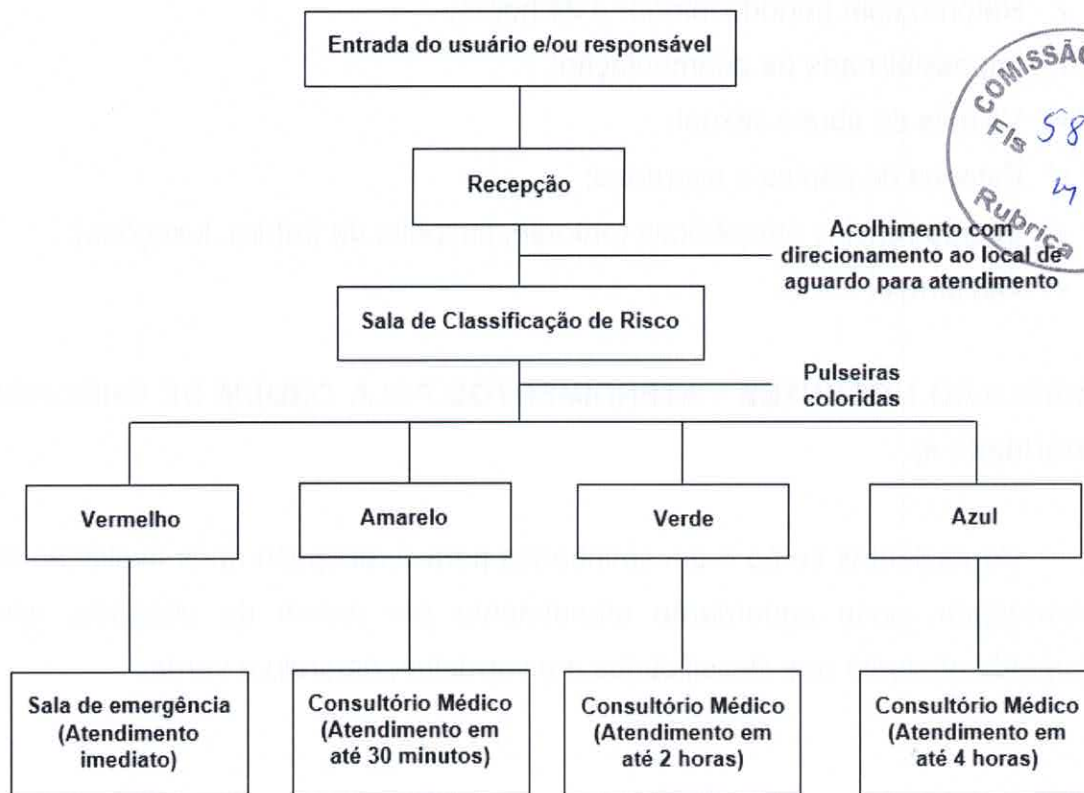
#### Classificação de Risco

Após avaliação, serão afixadas na Ficha de Atendimento etiquetas de acordo com o nível de gravidade apresentado:

Fluxograma do Acolhimento com Classificação de Risco:







### **VERMELHO: ATENDIMENTO IMEDIATO (Prioridade 1):**

Pacientes que deverão ser encaminhados à sala de emergência devido à necessidade de atendimento imediato.

### **AMARELO: ATENDIMENTO SEMI-IMEDIATO (Prioridade 2):**

Os pacientes serão reencaminhados para a recepção após avaliação da enfermagem, onde aguardarão atendimento com prioridade posterior aos classificados em vermelho.

### **VERDE: ATENDIMENTOS RÁPIDOS (Prioridade 3):**

- ✓ Idade superior a 60 anos;
- ✓ Pacientes Escoltados;
- ✓ Pacientes doadores de sangue;
- ✓ Deficientes Físicos;



- ✓ Retorno com período inferior a 24 horas;
- ✓ Impossibilidade de deambulação;
- ✓ Vítimas de abuso sexual;
- ✓ Estados de pânico e overdose;
- ✓ Intercorrências ortopédicas (entorse, suspeita de fratura, luxações);
- ✓ Gestantes.

### **AZUIS: NÃO URGENTES - ATENDIMENTOS PELA ORDEM DE CHEGADA (Prioridade 4)**

Os pacientes serão reencaminhados para a recepção após avaliação da enfermagem, onde aguardarão atendimento por ordem de chegada, com prioridade posterior aos classificados em vermelho, amarelo e verde.

A seguir, modelo do banner sugerido:





## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MATERNIDADE E HOSPITAL DE SANTA ISABEL

A Classificação de Risco é a identificação dos pacientes, que necessitam do atendimento, de acordo com o potencial de risco ou grau de sofrimento.



### EMERGÊNCIA Prioridade I



Atendimento  
imediatíssimo\*

Atendimento imediato, são casos de maior gravidade, e deve ser conduzido para a sala de emergência ou ser atendido com máxima prioridade nos consultórios.



### URGÊNCIA Prioridade II



Atendimento  
em até 30 minutos\*

Atendimento é prioritário e será realizado imediatamente após os classificados como emergência.



### POUCO URGENTE Prioridade III



Atendimento  
em até 2 horas\*

Atendimento será realizado de acordo com a liberação dos pacientes mais graves. O tempo de espera poderá ser um pouco maior.



### NÃO URGENTE Prioridade IV



Atendimento  
em até 4 horas\*

Atendimento poderá ser realizado na UPA, após os vermelhos, os amarelos e os verdes. O tempo de espera será maior.

\*Referência: Portaria nº 2048, de 5 de Novembro de 2002.





### 1.3.4. MODELO DE PANFLETO ORIENTATIVO PARA OS PACIENTES E ACOMPANHANTES:



## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICA O DE RISCO MATERNIDADE E HOSPITAL DE SANTA ISABEL

### O que   a Classifica o de Risco?

-   a identifica o dos pacientes, que necessitam do atendimento, de acordo com o potencial de risco ou grau de sofrimento.
- Cada paciente será classificado em uma cor, para que possamos dar prioridade para o tempo e atendimento
- Essa prioridade   baseada no quadro clínico do paciente e não na ordem de chegada do paciente na unidade.

### Etapas de atendimento



### Conheça os níveis de gravidade por cor

COR	ATENDIMENTO	TEMPO DE ESPERA
VERMELHO	EMERGÊNCIA	Atendimento imediato
AMARELO	URGÊNCIA	Atendimento em até 30 min
VERDE	POUCO URGENTE	Atendimento em até 2 horas
AZUL	NÃO URGENTE	Atendimento em até 4 horas

*(Handwritten signatures)*





### 1.3.5. OBJETIVOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ✓ Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- ✓ Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- ✓ Informar os tempos de espera;
- ✓ Retornar informações a familiares.
  - Pré-requisitos necessários à implantação da Central de Acolhimento e Classificação de Risco.
- ✓ Estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento, triagem administrativa e classificação de risco;
- ✓ Qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança);
- ✓ Sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos;
- ✓ Quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico;
- ✓ Adequação da estrutura física e logística das seguintes áreas de atendimento básico:
  - Área de Emergência
  - Área de Pronto Atendimento Urgência

#### Emergência

A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.



**Área Vermelha** – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas.

**Área Amarela** - área destinada à assistência de pacientes críticos semicríticos.

**Área Verde** - área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

### Pronto Atendimento

**Área Azul** – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

- ✓ Área de Acolhimento com fluxo obrigatório na chegada;
- ✓ Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade;
- ✓ Consultório de Enfermagem, classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento as eventuais emergências:
  - Monitor e eletrocardiógrafo
  - Oxímetro de pulso
  - Glicosímetro
  - Ambú Adulto e Infantil
  - Material de Intubação Adulto e Infantil
  - Material de punção venosa
  - Drogas e soluções de emergência
  - Prancha longa e colar cervical









CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

- ✓ Consultórios médicos;
- ✓ Serviço Social;
- ✓ Sala de administração de medicamentos e soroterapia e inaloterapia;
- ✓ Consultórios para avaliação de especialidades;



A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

-  **Vermelho:** prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.
-  **Amarelo:** prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 15 minutos.
-  **Verdes:** prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos.
-  **Azuis:** prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada - tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

A identificação das prioridades é feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

Dos Protocolos de Classificação de Risco

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

### Situação /Queixa



- ✓ Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12;
- ✓ Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios;
- ✓ Trauma Crânio Encefálico grave – ECG <12;
- ✓ Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas;
- ✓ Comprometimentos da Coluna Vertebral;
- ✓ Desconforto respiratório grave;
- ✓ Dor no peito associado à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso);
- ✓ Perfurações no peito, abdome e cabeça;
- ✓ Crises convulsivas (inclusive pós-crise);
- ✓ Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12
- ✓ Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória;
- ✓ Tentativas de suicídio;
- ✓ Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia);
- ✓ Parada cardiorrespiratória;
- ✓ Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático;
- ✓ Pulso > 140 ou < 45;
- ✓ PA diastólica < 130 mmHg;
- ✓ PA sistólica < 80 mmHg;





CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

- ✓ FR >34 ou <10;
- ✓ Hemorragias não controláveis;
- ✓ Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.



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


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

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

Situação/Queixa:

- ✓ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais;

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

- 
- ✓ Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, paraestésias, alterações do campo visual, dislalia, afasia;
  - ✓ Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15);
  - ✓ Diminuição do nível de consciência;
  - ✓ Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental;
  - ✓ História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas;
  - ✓ Dor torácica intensa;
  - ✓ Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes);
  - ✓ Crise asmática;
  - ✓ Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia;
  - ✓ Desmaios;
  - ✓ Estados de pânico, overdose;
  - ✓ Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático:
    - FC < 50 ou > 140
    - PA sistólica < 90 ou > 240
    - PA diastólica > 130
    - T < 35 ou . 40
  - ✓ História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120;
  - ✓ Epistaxe com alteração de sinais vitais;
  - ✓ Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre);
  - ✓ Sangramento vaginal com dor abdominal e;
  - ✓ alteração de sinais vitais;
  - ✓ gravidez confirmada ou suspeita;
  - ✓ Náuseas / Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais;



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

- ✓ Desmaios;
- ✓ Febre alta (39/40.º C);
- ✓ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa;
- ✓ Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15;
- ✓ Vítimas de abuso sexual;
- ✓ Imunodeprimidos com febre;
- ✓
  - **Verdes:** Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – espera até 30 minutos
- ✓ Idade superior a 60 anos;
- ✓ Gestantes com complicações da gravidez;
- ✓ Pacientes escoltados;
- ✓ Pacientes doadores de sangue;
- ✓ Deficientes físicos;
- ✓ Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro;
- ✓ Impossibilidade de deambulação;
- ✓ Asma fora de crise;
- ✓ Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca;
- ✓ Dor de ouvido moderada a grave;
- ✓ Dor abdominal sem alteração de sinais vitais;
- ✓ Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve;
- ✓ Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- ✓ História de convulsão sem alteração de consciência;
- ✓ Lombalgia intensa;
- ✓ Abscessos;
- ✓ Distúrbios neurovegetativos;
- ✓ Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações).
- ✓ Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.





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

Queixas crônicas sem alterações agudas;

- ✓ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos;
  - Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado.

✓ **Avaliação Neurológica**

- Situação / Queixa: O paciente queixa-se de:

- ✓ Cefaleia;
- ✓ Tontura / fraqueza;
- ✓ Problemas de coordenação motora;
- ✓ trauma cranioencefálico leve / moderado;
- ✓ diminuição no nível de consciência / desmaios;
- ✓ distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia);
- ✓ confusão mental;
- ✓ convulsão;
- ✓ paraestésias e paralisias de parte do corpo.

- História passada de:

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

- Medicamentos em uso



O paciente deverá ser avaliado em relação:

- ✓ Nível de consciência:
  - Consciente e orientado;
  - Consciente desorientado;
  - Confusão mental;
  - Inquieto;
  
- ✓ Discurso:
  - Claro;
  - Incoerente e desconexo;
  - Deturpado;
  - Dificuldade de falar;
- ✓ Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados;
- ✓ Pupilas:
  - Fotorreagentes;
  - Isocórica, anisocórica, miose, midríase, ptose palpebral;
  - Movimento ocular para cima e para baixo/ esquerda e direita.
- ✓ Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores;
- ✓ Força muscular;
- ✓ Paraestésias / plegias / paresias;
- ✓ Dificuldade de engolir, desvio de rima;
- ✓ Tremores;
- ✓ Convulsões.
  - Verificação dos Sinais Vitais: PA, Pulso Respiração e Temperatura.
  - **Avaliação cardiorrespiratória**
    - Situação/Queixa: pacientes com queixas de:
      - ✓ Tosse produtiva ou não
      - ✓ dificuldades de respirar / cianose



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

- ✓ resfriado recente
- ✓ dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
- ✓ fadiga
- ✓ edema de extremidades
- ✓ taquicardia
- ✓ síncope



▪ História passada de:

- ✓ Asma /Bronquite
- ✓ Alergias
- ✓ Enfisema
- ✓ Tuberculose
- ✓ Trauma de tórax
- ✓ Problemas cardíacos
- ✓ Antecedentes com problemas cardíacos
- ✓ Tabagismo

▪ Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST

- ✓ P - O que provocou a dor? O que piora ou melhora?
- ✓ Q - Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc.
- ✓ R - A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada?
- ✓ S - Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10.
- ✓ T - Por quanto tempo o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor?
  - Associar história médica passada de: doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais.
  - Sinais Vitais: Verifique PA e P. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica.
  - Procedimentos diagnósticos: Monitorização Cardíaca e Eletrocardiograma, Oximetria.





CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

▪ Encaminhamento para Área Vermelha:

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



✓ **Avalia o da dor abdominal aguda**

- A dor abdominal aguda   uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfun es.
- Obtenha a descri o da dor no que se refere a:

- ✓ Localiza o precisa;
- ✓ Aparecimento;
- ✓ Dura o;
- ✓ Qualidade;
- ✓ Severidade;
- ✓ Manobras provocativas ou paliativas;
- ✓ Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secre o vaginal, sangramento.
  - Em mulheres em idade fértil considerar a história menstrual e tipo de anticoncep o.
  - Relacione a dor com:
    - ✓ Ingestão de medicamentos (particularmente anti-inflamatórios e aspirina);
    - ✓ Náuseas e vômitos;
    - ✓ Ingestão de alimentos (colecistite, ulcera);
    - ✓ Sangramentos;



- ✓ Disúria/ urgência urinária/ urina turva/ hematúria/ sensibilidade supra púbica;
  - Observe:
    - Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque
- ✓ Posição do paciente (ex. cólica renal o paciente se contorce)
- ✓ Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites
- ✓ Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes
  - Sinais Vitais: Observe hiperventilação ou taquicardia, Pressão Arterial, Temperatura.
  - Procedimentos diagnósticos: Análise de urina
  - Eletrocardiograma (pacientes com história de riscos cardíacos)
  - Encaminhamentos para área Vermelha:
- ✓ Dor mais alteração hemodinâmica;
- ✓ PAS menor que 90 ou maior que 180 / FC maior que 120 e menor que 50 / PAS  $\geq$ 180;
- ✓ Dor mais dispnéia intensa;
- ✓ Dispnéia intensa;
- ✓ Vômitos incoercíveis, hemetêese.
- **Avaliação da Saúde Mental**
  - Uma avaliação rápida da Saúde Mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:
    - ✓ Aparência;
    - ✓ Comportamento;
    - ✓ Discurso;
    - ✓ pensamento, conteúdo e fluxo;
    - ✓ humor;
    - ✓ percepção;
    - ✓ capacidade cognitiva;



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

- ✓ história de dependência química.
  - Aparência:
    - ✓ arrumada ou suja;
    - ✓ desleixado, desarrumado;
    - ✓ roupas apropriadas ou não;
    - ✓ movimentos extraoculares.
      - Comportamento:
        - ✓ estranho;
        - ✓ ameaçador ou violento;
        - ✓ fazendo caretas ou tremores;
        - ✓ dificuldades para deambular;
        - ✓ agitação.
          - Pensamentos:
            - ✓ Conteúdo Fluxo;
            - ✓ Suicida - aleatório, ao acaso;
            - ✓ ilusional – lógico;
            - ✓ Preocupação com o corpo – tangencial;
            - ✓ Preocupação religiosa.
              - Discurso:
                - ✓ velocidade;
                - ✓ tom;
                - ✓ quantidade.
                  - Humor:
                    - ✓ triste;
                    - ✓ alto;
                    - ✓ bravo;
                    - ✓ com medo;
                    - ✓ sofrendo.
                      - Capacidade cognitiva:
                        - ✓ orientado;
                        - ✓ memória;
                        - ✓ função intelectual;



- ✓ insight ou julgamento.
  - Percepção:
    - baseado na realidade;
    - ilusões;
    - ✓ alucinações.
      - Agitação Psicomotora
      - Antecedentes Psiquiátricos



### 1.3.6. PARAMETROS DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO

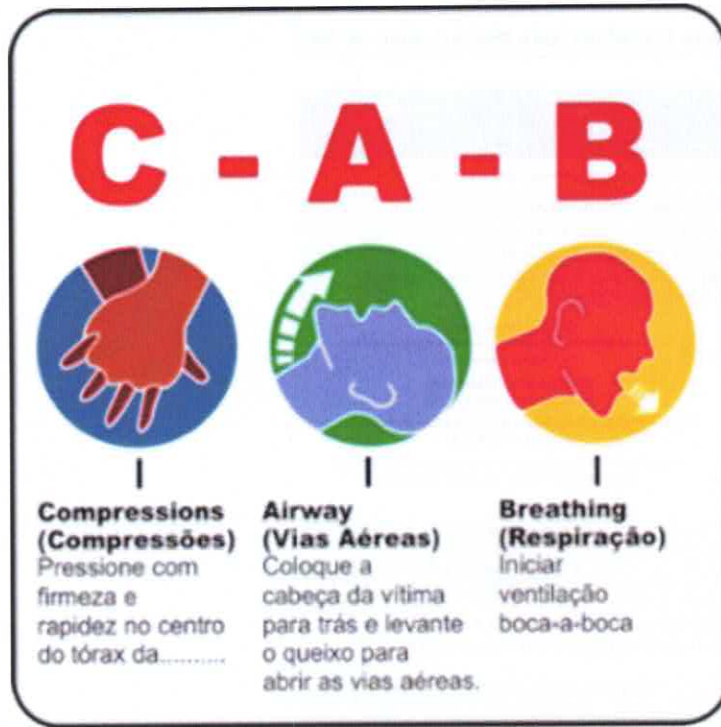
#### AVALIAÇÃO DO RISCO A VIDA

O risco de vida avalia a ausência ou instabilidade dos sinais vitais (SSVV) e deverão ser avaliados em todos os usuários os seguintes critérios:

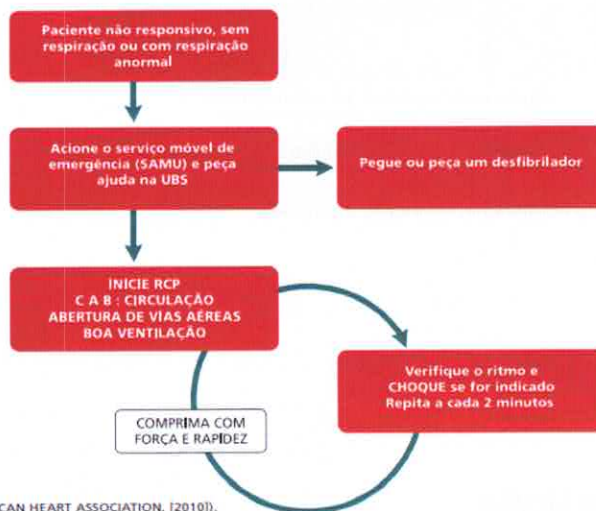
- ✓ **C (CIRCULATION - COMPRESSÕES)** – palpação do pulso central durante 10 segundos ou com sinais de choque: sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência;
- ✓ **A (AIRWAY – VIAS AÉREAS)** – paciente não é capaz de manter sua via aérea pérvia, por qualquer obstrução de via aérea; ou paciente com estridor inspiratório; ou expiratório; ou apneia (ausência de respiração ou de esforço para respirar por 10 segundos);
- ✓ **B (BREATHING - RESPIRAÇÃO)** – respiração inadequada (pacientes que não conseguem respirar muito bem ou manter uma oxigenação adequada, sinais de ventilação inadequada ou exaustão).







### Algoritmo de Suporte Básico de Vida



Fonte: (AMERICAN HEART ASSOCIATION, [2010]).

*[Handwritten signatures and initials]*

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

Resumo dos Componentes de RCP de Alta Qualidade para Profissionais de SBV

| Componente   | Adultos e Adolescentes   | Crianças (1 ano de idade à puberdade)   | Lactentes (menor de 1 ano de idade, excluindo recém-nascidos)  |
|--|--|---|--|
| Segurança do local                                   | Verifique se o local é seguro para os socorristas e a vítima   |   |  |
| Reconhecimento de PCR                                | Verifique se a vítima responde<br>Ausência de respiração ou apenas gasping (ou seja, sem respiração normal)<br>Nenhum pulso definido sentido em 10 segundos<br>(A verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, em menos de 10 segundos)          |   |  |
| Acionamento do serviço médico de emergência          | Se estiver sozinho, sem acesso a um celular, deixe a vítima e acione o sistema médico de emergência e obtenha um DEA/DAE, antes de iniciar a RCP.<br>Do contrário, peça para alguém fazê-lo e inicie a RCP imediatamente; use o DEA/DAE assim que ele estiver disponível | <b>Colapso presenciado</b><br>Siga os passos usados em adultos e adolescentes, mostrados à esquerda<br><b>Colapso não presenciado</b><br>Execute 2 minutos de RCP<br>Deixe a vítima para acionar o serviço médico de emergência e buscar o DEA/DAE<br>Retorne à criança ou ao lactente e reinicie a RCP; use o DEA/DAE assim que ele estiver disponível |  |
| Relação compressão-ventilação sem via aérea avançada | <b>1 ou 2 socorristas</b><br>30:2  | <b>1 socorrista</b><br>30:2<br><b>2 ou mais socorristas</b><br>15:2   |  |
| Relação compressão-ventilação com via aérea avançada | Compressões contínuas a uma velocidade de 100 a 120/min<br>Administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações/min)  |   |  |
| Frequência de compressão                             | 100 a 120/min  |   |  |
| Profundidade da compressão                           | Pelo menos 5 cm*   | Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax<br>Cerca de 5 cm  | Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax<br>Aproximadamente 4 cm  |
| Posicionamento das mãos                              | 2 mãos sobre a metade inferior do esterno  | 2 mãos ou 1 mão (opcional para crianças muito pequenas) sobre a metade inferior do esterno  | <b>1 socorrista</b><br>2 dedos no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar<br><b>2 ou mais socorristas</b><br>Técnica dos dois polegares - mãos circundando o tórax, logo abaixo da linha mamilar |
| Retorno do tórax                                     | Espere o retorno total do tórax após cada compressão;<br>não se apoie sobre o tórax após cada compressão   |   |  |
| Minimize as interrupções                             | Limite as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos  |   |  |

\*A profundidade da compressão não deve exceder 5 cm.

Abreviações: AP, anteroposterior; DEA/DAE, desfibrilador automático externo; RCP, ressuscitação cardiopulmonar.  
© 2016 American Heart Association

### 1.3.7. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DOR

#### Escala Visual Analógica (EVA)

A EVA é classificada como unidimensional, pois avalia somente uma das dimensões da experiência dolorosa, a intensidade.









CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

**AVALIAÇÃO DA SEVERIDADE DA DOR**

| 0   | 1  | 2 | 3 | 4  | 5 | 6 | 7   | 8 | 9 | 10 |
|---|--|---|---|--|---|---|---|---|---|----|
| Ausência de dor, atividades normais, leve desconforto | Dor leve, não atrapalha as atividades normais. Pouca limitação |   |   | Dor moderada, causa dificuldades. Não realiza algumas atividades |   |   | Dor forte ou incapacitante, não realiza atividades habituais, causa descontrole |   |   |    |

**ESCALA VISUAL DA DOR**

| AZUL  | VERDE   | AMARELO  | LARANJA   |              |   |   |             |   |   |    |
|---|---|--|---|--------------|---|---|-------------|---|---|----|
|  |  |  |  |              |   |   |             |   |   |    |
| 0   | 1   | 2  | 3   | 4            | 5 | 6 | 7           | 8 | 9 | 10 |
| Sem dor   | Dor Leve  |  |   | Dor moderada |   |   | Dor Intensa |   |   |    |

Fonte: [sgas.saude.ms.gov.br](http://sgas.saude.ms.gov.br)

Escala Descritiva Verbal (EDV)

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Nenhuma dor</b>  | Responde ou refere-se a nenhuma dor.  |
| <b>Dor intensa</b>  | Responde ou refere-se a uma dor insuportável ou dilacerante, geralmente descrita como a maior de todas já vivenciadas. Profissional avalia se a dor:<br>- Interrompe as atividades normais (incapacitante);<br>- Causa dificuldade ou interrompe certas atividades. |
| <b>Dor moderada</b> | Responde ou refere-se a uma dor intensa, significativa, mas suportável. Profissional avalia:<br>- Pouco impacto nas atividades, faz a maioria das atividades normais.   |
| <b>Dor leve</b>     | Responde ou refere-se a uma dor de início há menos de sete dias ou de intensidade inferior a dor moderada. Profissional avalia:<br>- Atividades normais.  |

## COMO ABORDAR O PACIENTE:

- ✓ Você tem dor?
- ✓ Como você classifica sua dor?



Observação:

- a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
- b) Se a dor for leve, seu nível de referência é de 1 a 3.
- c) Se a dor for moderada, seu nível de referência é de 4 a 6.
- d) Se for intensa, seu nível de referência é de 7 a 10 (dor máxima igual a 10 é considerada laranja na CR, pois não representa risco de morte imediato).

### 1.3.8. AVALIAÇÃO DA HEMORRAGIA

**Hemorragia** – é um evento mais frequente nos traumas.

**Hemorragia exsanguinante** – é dita quando a morte ocorrerá rapidamente se ela não for estancada.

**Hemorragia maior incontrolável** – sangramento se mantém abundante apesar da compressão local direta ou sustentada, ou aquele que rapidamente encharca grandes curativos.

**Hemorragia menor incontrolável** – sangramento discreto ou se mantiver escorrendo após compressão local.



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH003/2022

### 1.3.9. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

#### Abertura ocular

| Critério  | Verificado | Classificação | Pontuação |
|---|------------|---------------|-----------|
| Olhos abertos previamente à estimulação                               | ✓          | Espontânea    | 4         |
| Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta        | ✓          | Ao Som        | 3         |
| Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos             | ✓          | À pressão     | 2         |
| Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência | ✓          | Ausente       | 1         |
| Olhos fechados devido a factor local                                  | ✓          | Não testável  | NT        |



#### Resposta Verbal

| Critério   | Verificado | Classificação | Pontuação |
|--|------------|---------------|-----------|
| Resposta adequada relativamente ao nome, local e data      | ✓          | Orientada     | 5         |
| Resposta não orientada mas comunicação coerente            | ✓          | Confusa       | 4         |
| Palavras isoladas inteligíveis                             | ✓          | Palavras      | 3         |
| Apenas gemidos   | ✓          | Sons          | 2         |
| Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência | ✓          | Ausente       | 1         |
| Factor que interfere com a comunicação                     | ✓          | Não testável  | NT        |

#### Melhor Resposta Motora

| Critério   | Verificado | Classificação  | Pontuação |
|--|------------|----------------|-----------|
| Cumprimento de ordens com 2 ações  | ✓          | A ordens       | 6         |
| Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço           | ✓          | Localizadora   | 5         |
| Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal | ✓          | Flexão normal  | 4         |
| Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal | ✓          | Flexão anormal | 3         |
| Extensão do membro superior ao nível do cotovelo                                       | ✓          | Extensão       | 2         |
| Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência | ✓          | Ausente        | 1         |
| Fator que limita resposta motora   | ✓          | Não testável   | NT        |

#### Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos    Pinçamento do trapézio    Incursão supraorbitária





#### Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt  
2004 Ned Tijdschr Geneesk



#### Pupilar (atualização 2018):

|   |   |   |
|---|---|---|
|  <p>Exemplo</p>  | <b>Reação a luz ( fotorreatividade )</b>              |   |
|   | Inexistente: nenhuma pupila reage ao estímulo de luz. | 2 |
|   | Parcial: apenas uma pupila reage ao estímulo de luz.  | 1 |
|   | Completa: as duas pupilas reagem ao estímulo de luz.  | 0 |
| <p><b>Resultado da escala de coma de Glasgow fica assim agora. Resposta Ocular ( 2 ) + Resposta Verbal ( 4 ) + Resposta Motora ( 5 ) = 11 subtrai a resposta pupilar ( 1 ) ( ECG11 – RP 1 = ECG-P= 10 )</b></p> |   |   |




## Descomplicando ATUALIZAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW 2018

Abertura Ocular + Resposta Verbal + Resposta Motora - Reação Pupilar

ECG =  
1 a 15  
PONTOS

|                |                     |                       |                                     |
|----------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| 4 - Espontânea | 5 - Orientada       | 6 - Ao comando verbal | 0 - Duas pupilas fotorreagentes     |
| 3 - À voz      | 4 - Confusa         | 5 - Localiza a dor    | 1 - Uma pupila não fotorreagente    |
| 2 - À dor      | 3 - Inapropriada    | 4 - Retirada à dor    | 2 - Duas pupilas não fotorreagentes |
| 1 - Ausente    | 2 - Incompreensível | 3 - Decorticação      |                                     |
|                | 1 - Ausente         | 2 - Descerebração     |                                     |
|                |                     | 1 - Ausente           |                                     |



### 1.3.10. AVALIAÇÃO DO AGRAVAMENTO CLÍNICO

O agravamento do estado clínico é o início e evolução da situação/queixa. Tem importância na avaliação de classificação de risco, pois os eventos agudos, súbitos e abruptos são normalmente de indicação emergência/urgência.


**Abrupto** – é usado para indicar início do evento em segundos ou minutos;

**Súbito** – indica início em menos ou igual há 12 horas;

**Agudo** – indica período de tempo entre 12 e 24 horas;

**Recentes** – sinais e sintomas que surgiram nos últimos 07 dias;

**Não recentes** – sinais e sintomas que surgiram acima de 07 dias.





### 1.3.11. AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS



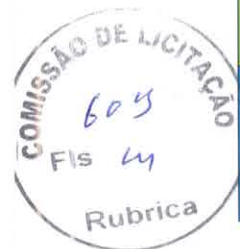
#### Temperatura

| Temperatura (adulto) | Valores         |
|----------------------|-----------------|
| Normotermia          | 36°C a 37°C     |
| Hipotermia           | Abaixo de 36 °C |
| Estado Subfebril     | 37°C a 37,5°C   |
| Febre                | 37,8°C a 39,5°C |
| Pirexia              | 39,5°C a 40,5°C |
| Hiperpirexia         | Acima de 40,5°C |

#### Pressão Arterial

| Pressão Arterial (adulto)                        |            | Valores                              |
|--|------------|--------------------------------------|
| Pressão Arterial (acima do valor de referência)  |            | >140 x 90 mmHg                       |
| Pressão Arterial (abaixo do valor de referência) |            | <110 x 60 mmHg                       |
| Classificação                                    | Medida     | Valor                                |
| Vermelho   | Sistólica  | ≥ 200 mmHg com ou sem sintomas       |
|  | Diastólica | ≥ 120 mmHg com ou sem sintomas       |
| Amarelo  | Sistólica  | ≥ 170 a 199 mmHg com ou sem sintomas |
|  | Diastólica | ≥ 100 a 119 mmHg com ou sem sintomas |

|              |                  |   |
|--------------|------------------|---|
| <b>Verde</b> | <b>Sistólica</b> | <b>≥ 139 a 169 mmHg<br/>com ou sem<br/>sintomas</b> |
| <b>Azul</b>  | <b>Sistólica</b> | <b>Sem alteração</b>                                |



#### Frequência Respiratória

| Padrões    | Valores  |
|------------|----------|
| Bradipnéia | ≤ 10 rpm |
| Taquipnéia | ≥ 30 rpm |

#### Frequência Cardíaca

| Padrões     | Valores   |
|-------------|-----------|
| Bradycardia | ≤ 60 rpm  |
| Taquicardia | ≥ 100 rpm |

#### Saturação

| Padrões                        | Valores   |
|--------------------------------|---|
| Sat O <sub>2</sub> baixa       | ≥ 91% a < 95% em ar ambiente                      |
| Sat O <sub>2</sub> muito baixa | ≤ 95% em oxigênio terapia ou ≤ 90% em ar ambiente |



### 1.3.12. CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE



#### REGRA DOS NOVE

| Área               | Adulto | Criança |
|--------------------|--------|---------|
| Cabeça e pescoço   | 9%     | 18%     |
| Membros Superiores | 9%     | 9%      |
| Tronco anterior    | 18%    | 18%     |
| Tronco posterior   | 18%    | 18%     |
| Genitais           | 1%     | -       |
| Membros inferiores | 18%    | 14%     |

Fonte: (LIMA JUNIOR et al., 2009).

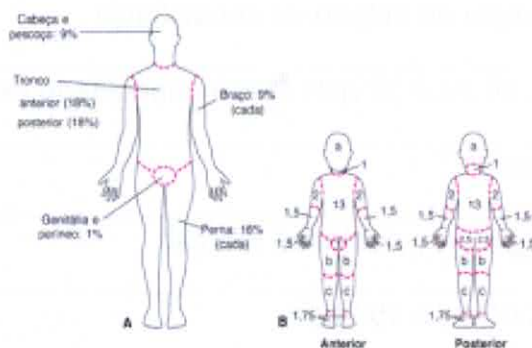
#### CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE

| Grau                   | Profundidade  | Sinais                   |
|------------------------|---|--------------------------|
| Superficial ou 1º Grau | Lesões apenas da epiderme   | Hiperemia ou vermelhidão |
| Parcial ou 2º Grau     | Lesões na derme   | Hiperemia + Flictenas    |
| Total ou 3º Grau       | Destruição de todas as camadas da pele, atingindo tecidos adjacentes e profundos. | Pele dura e nacarada     |

Fonte: Caderno 28 – Atendimento a Demanda Espontânea – Volume II, Brasília 2012 página 158

Em A, regra dos nove (para adultos); em B, Tabela de Lund-Browder (para crianças), a fim de estimar a extensão das queimaduras.

Redesenhado de Artz CP, Moncrief JA. *The treatment of burns*. 2. Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1969.



Porcentagem relativa da área da superfície corporal (% ABC) adaptada para crianças

| 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 de 1 coxa  | 2 3/4 | 3 1/4 | 4      | 4 1/4   | 4 1/2   |
| c = 1/2 de 1 perna | 2 1/2 | 2 1/2 | 2 3/4  | 3       | 3 1/4   |

Fonte: Caderno 28 – Atendimento a Demanda Espontânea – Volume II, Brasília 2012 página 158

### 1.3.13. ALGORITMO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO ADULTO – PRIORIDADE ZERO

| PRIORIDADE ZERO                   | A presença de <b>QUALQUER</b> um destes sinais em qualquer situação indica atendimento médico imediato                           |
|-----------------------------------|--|
| <b>PCR</b>                        | Parada respiratória  |
|                                   | Parada cardiorrespiratória   |
| <b>TRAUMA MAIOR</b>               | Respiração Agônica   |
|                                   | Lesão grave de único ou múltiplos sistemas   |
|                                   | TCE com Escala de Glasgow $\leq 8$   |
|                                   | Grande queimado ( $> 26\%$ SCQ) ou acometimento de vias aéreas (síndrome de inalação)  |
|                                   | Trauma torácico e/ou abdominal com perfuração, taquidispnéia, alteração mental, hipotensão, taquicardia e dor intensa            |
|                                   | Lesões múltiplas de membros com desalinhamento   |
| <b>CHOQUE</b>                     | Hipotensão (PA sistólica $\leq 90$ mmHg)   |
|                                   | Taquicardia (FC $\geq 140$ bpm) ou Bradicardia (FC $\leq 40$ bpm)  |
|                                   | Alteração do estado de consciência   |
| <b>INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA</b> | FR $< 10$ ou $\geq 36$ rpm com incapacidade de falar   |
|                                   | Cianose  |
|                                   | Letargia e/ou confusão mental  |
|                                   | FC $\leq 40$ ou $\geq 150$ bpm   |
|                                   | Saturação O <sub>2</sub> $< 90\%$  |
| <b>COMA</b>                       | Escala de Glasgow $\leq 8$   |
| <b>NEUROLÓGICO</b>                | Alteração/déficit neurológico <b>repentino</b> e/ou <b>abrupto</b> (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial) |



*[Handwritten signatures and initials]*



### 1.3.14. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA GESTANTE



Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto.

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos.

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para Gestante passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;

- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;

- Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetrix em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;

- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;

- Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela.

O protocolo de CR é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Consiste numa análise sucinta e sistematizada, que permite identificar situações que ameaçam a vida a partir das seguintes chaves de decisão:

**Avaliação sumária do nível de consciência:** Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja.



Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

**Análise Primária:** o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

**Vias Aéreas:** incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

**Respiração:** a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.

**Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a 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 1500 ml;

Sangramento intenso: perda brusca  $\geq 150$  ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;

Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);

Sangramento leve:  $\geq 60$  ml em 6 horas = 01 absorvente normal

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas



| Pressão Arterial Sistólica            | Pressão Arterial Diastólica          | Frequência Cardíaca                          |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Inaudível ou abaixo de 80             | *****                                | ≥ 140 ou ≤ 59 bpm<br>Em paciente sintomática |
| ≥ 160 mmHg                            | ≥ 110 mmHg                           | ≥ 140 ou ≤ 50<br>Em paciente assintomática   |
| ≥ 140 mmHg a 159 mmHg<br>com sintomas | ≥ 90 mmHg a 109 mmHg<br>com sintomas | 91 a 139 bpm                                 |
| Abaixo de 139 mmHg                    | Abaixo de 89 mmHg                    | 60 a 90 bpm                                  |



Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais).

Tabela 2 – Parâmetros de Avaliação da Glicemia

| Glicemia                 | Valores  |
|--------------------------|--|
| Hiperglicemia            | Glicemia > 300mg/dl  |
| Hiperglicemia com cetose | Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda) |
| Hipoglicemia             | Glicemia < 50mg/dl   |

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012.

### Avaliação da dor: (EVA)

Figura 1 – A Escala Visual Analógica – EVA – consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher

|  Azul |  Verde |  Amarelo |  Laranja |
|--|---|---|---|
| 0  | 1 2 3   | 4 5 6   | 7 8 9 10  |
| Sem Dor  | Dor Leve  | Dor Moderada  | Dor Intensa   |

Fonte: A autoria do grupo de trabalho GT – A&CR.

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima suportável** pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).



Se não tiver dor, a classificação é **zero**;

Se a dor for moderada, seu nível de referência é **4 a 6**;

Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**.



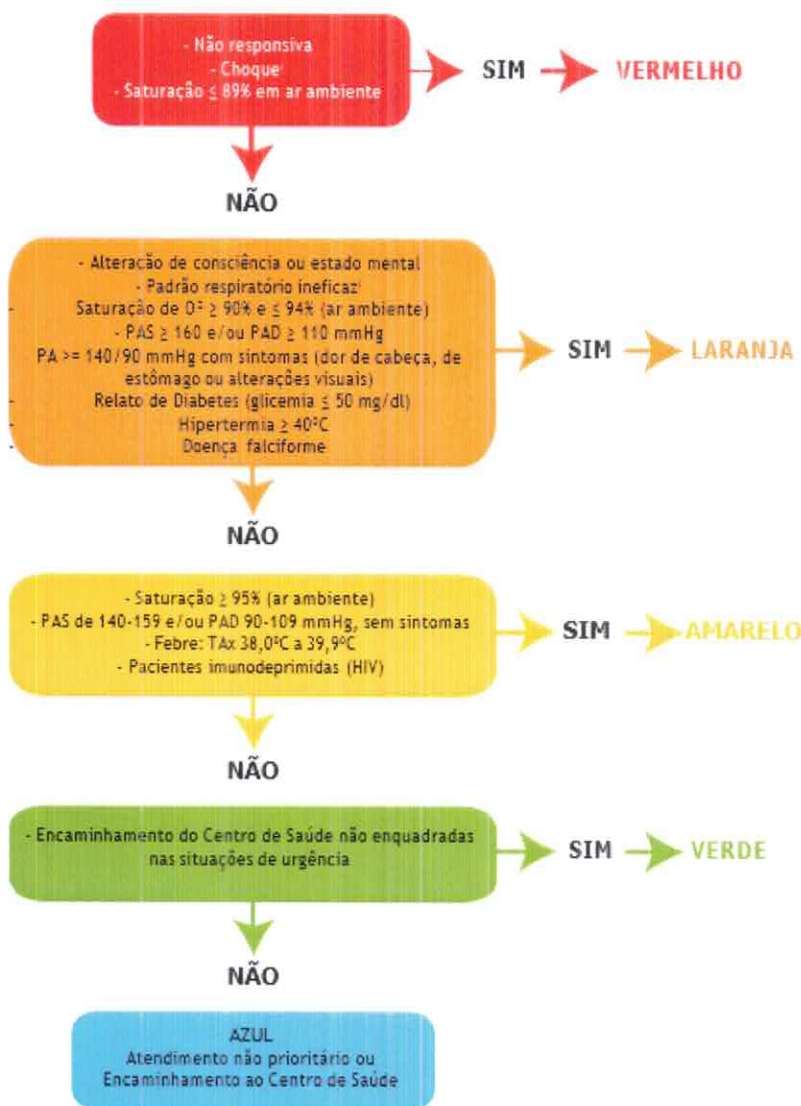
### Fluxogramas de CR

- Desmaio / mal estar geral;
- Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
- Dor de cabeça, tontura, vertigem;
- Falta de ar;
- Febre / sinais de infecção;
- Náuseas e vômitos;
- Perda de líquido vaginal / secreções;
- Perda de sangue via vaginal;
- Queixas urinárias;
- Parada / redução de movimentos fetais;
- Relato de convulsão;
- Outras queixas / situações

### A partir dos fluxogramas:

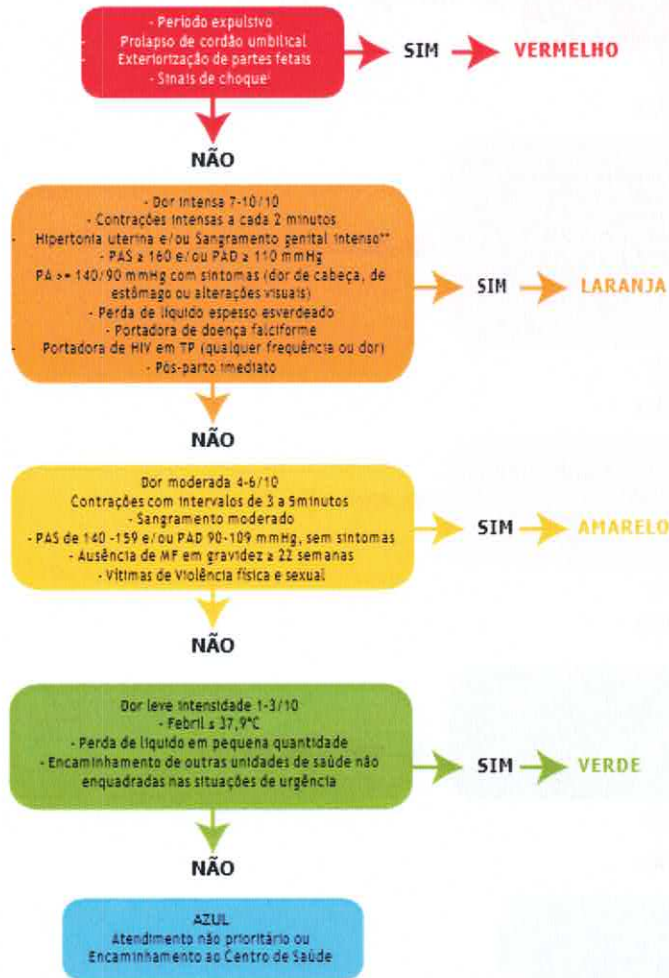
- Avaliar nível de consciência/estado mental
- Avaliar a ventilação e circulação/dados vitais
- Avaliar a dor
- Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação
- Considerar os fatores de risco

DESMAIO/MAL ESTAR GERAL





DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS



| **Volume aproximado de perda sanguínea   | FC      | PAS                 |
|--|---------|---------------------|
| Exanguinante: perda ≥ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)                      | ≥120    | PAS ≤ 70            |
| Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos) | 100-119 | PAS < 71 a 80       |
| Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)                            | 91-100  | Levemente hipotensa |
| Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal                            | ≤90     | Normal              |

DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM

