

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Desastre	Fenômeno de causas tecnológicas de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa. Podem ser naturais, antropogênicos. Desastre médico é uma situação em que as necessidades de cuidados médicos excedem os recursos imediatamente disponíveis, havendo a necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento
Catástrofe	Fenômeno ecológico súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa. Catástrofe médica é uma situação em que as necessidades de cuidados médicos excedem os recursos imediatamente disponíveis, havendo a necessidade de medidas extraordinárias e coordenadas para se manter a qualidade básica ou mínima de atendimento.
Zona Fria	Área de segurança próxima ao local do acidente, sem risco para vítimas e colaboradores.
Zona Quente	Local do evento onde pode haver riscos de novos acidentes ou de envolvimento de outras vítimas
IMV	Incidente com Múltiplas Vítimas são eventos súbitos, que produzem um número de vítimas que levam a um desequilíbrio entre os recursos médicos disponíveis e as necessidades, onde se consegue manter o padrão de atendimento adequado com recursos locais.

d) Cenário de risco

Os cenários de risco se subdividem em duas categorias a saber:

1. Externos:

250

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Escorregamento de encosta / erosão do solo;
- Acidente de grande proporção: automobilístico e aéreo;
- Desabamento;
- Explosão;
- Incêndio;
- Afogamento;
- Contaminação química e radioativa.

2. Internos:

- Explosão;
- Desabamento;
- Incêndio;
- Pane elétrica;
- Pane hídrica;
- Falta de água potável;
- Contaminação na rede de gases;
- Contaminação do sistema de ar comprimido;
- Contaminação na rede de água;

e) Acionamento do plano

O Plano é acionado a partir da comunicação de um incidente ou evento considerado emergencial ou catastrófico que pode ocorrer em áreas internas ou externas à instituição.

1. **Incidente ou Evento Externo:** é aquele que ocorre na região ou comunidade; a comunicação é feita por uma autoridade pública de um Órgão Municipal a um dos profissionais a seguir, seguindo a ordem de comando, que deverá autorizar o acionamento do plano:

1º Diretoria Técnico ou,



251

- 2º Diretoria Clínica ou,
3ª Gerência de Enfermagem ou,
4º Gerência Administrativa ou,
5ª Coordenação do Pronto Socorro ou,
6º Chefe de Plantão.

2. Incidente ou Evento Interno: é aquele que ocorre nas dependências da instituição e qualquer colaborador que presencie o fato deve entrar em contato com a Chefia de Enfermagem do plantão, que entrará em contato com os profissionais da cadeia de comando citada acima, para autorização e acionamento do plano.

f) Nomenclatura dos códigos de acionamento por tipo:

Os códigos de acionamento estão diretamente relacionados ao tipo de evento ou incidente conforme a tabela abaixo:

Código Cinza Standby	Manter o Plano de Atendimento de Situação de Emergência em nível de Atenção (espera)
Código Cinza	Ativação do Plano de Atendimento de Situação de Emergência, nível de Atendimento I
Código Cinza Extra	Ativação do Plano de Atendimento de Situação de Emergência, nível de Atendimento II, com contingência externa
Código Azul	Emergência Médica
Código Vermelho	Fogo

252

Código Laranja	Acidente com produtos químicos ou radioativos
Código Branco	Falha em utilidades essenciais ou abastecimento
Código Amarelo	Evacuação do prédio
Código Preto	Falha em comunicações

g) Classificação dos Níveis de Atendimento e Ações Desencadeadas

A classificação do nível de atendimento e o desencadeamento das ações correspondentes caberá ao primeiro profissional que chegar ao pronto socorro: Coordenação Médica do Pronto Socorro, Chefia de Enfermagem do plantão ou Chefe médicos de plantão. A tomada de decisão se baseará nos seguintes critérios:

Código Cinza Standby

Situação: Nível de Atenção

Ações: Comunicação da equipe quanto a possibilidade de ocorrência de situação de emergência em razão de eventos externos;

Garantir a provisão de recursos materiais, tecnológicos e humanos necessários.

Código Cinza: Nível de Atendimento I

Situação: Incidente/ Evento externo ou interno com até 3 vítimas

253

Ações: Comunicação à equipe multidisciplinar em atividade no dia;

Comunicação aos pacientes e acompanhantes sobre a possibilidade na demora de atendimento.

Código Cinza: Nível de Atendimento I

Situação: Incidente/ Evento externo ou interno com 4 a 6 vítimas

Ações: Acionamento da evacuação do P.S.I.

Comunicação aos pacientes e acompanhantes sobre a priorização do atendimento;

Acionamento parcial das equipes pelo Coordenador do Pronto Socorro;

Estruturação de ponto de recebimento de familiares e imprensa;

Acionamento do protocolo de atendimento a pessoas não identificadas.

Código Cinza Extra: Nível de Atendimento II

Situação: Incidente/ Evento externo ou interno com mais de 6 vítimas

Ações: Acionamento de evacuação do P.S.;

Acionamento total das equipes pelo coordenador do Pronto Socorro;

Acionamento do contingente externo (equipe médica, de enfermagem, fisioterapia, apoio administrativo);

Acionamento do Almoxarifado e Farmácia;

Estruturação de ponto de recebimento de familiares e imprensa;

Acionamento do protocolo de atendimento a pessoas não identificadas;

Preparo de áreas adicionais para atendimento;

A recepção do Pronto Socorro é a porta de entrada para as vítimas, e o encaminhamento se dará a partir da classificação de risco.

ATENÇÃO: Em caso de um atendimento de catástrofe ou evento de grandes proporções, o atendimento de rotina será mantido dentro das possibilidades. Caso, não seja possível manter o atendimento, será preparado um sistema de triagem e orientação aos pacientes que procuram espontaneamente a instituição.

Atendimento às vítimas

Nos incidentes/eventos externos

O atendimento à vítima tem início com a sua chegada onde será realizada a triagem conforme mostra a figura 1.

Nos incidentes/ eventos internos:

Tipo de evento

- Eventos de pequenas proporções – até 6 vítimas

As vítimas serão encaminhadas para o pronto socorro e atendidas em caráter prioritário.

- Eventos de grandes proporções – acima de 6 vítimas

O Chefe do plantão ou profissional designado por tal, um enfermeiro e um técnico de Enfermagem irão se deslocar para o local do acidente e prepararão a Zona Fria, onde será quantificado o número de vítima, dado o primeiro atendimento e realizado o encaminhamento para atendimento definitivo.

Montagem da Zona Fria

O material e medicamentos necessários serão pedidos e repostos pela área de suprimentos conforme a necessidade do atendimento.

A relação será feita pela área de suprimentos após contato telefônico ou comunicação verbal pelo coordenador da área fria que será devidamente assinada no momento da entrega.

Esta solicitação será apreciada em caráter de urgência, sendo assim deverá ser dispensada imediatamente após a solicitação pelo setor de farmácia e suprimentos.

Retirada de vítimas do local do acidente



257

As vítimas são retiradas do local de acordo com o preconizado na classificação de triagem, que estabelece ordem de prioridade para atendimento a saber:

1º VERMELHO: vítimas com lesões graves e **com risco** de morte nas próximas horas – necessidade de atendimento imediato;

2º AMARELO: vítimas com lesões graves **sem risco** de morte nas próximas horas;

3º PRETO: vítimas em óbito e vítimas em estado de saúde crítico não recuperáveis;

4º VERDE: vítimas com lesões leves sem risco de morte;

5º BRANCO: vítimas sem necessidade de atendimento médico;

h) Funções durante o atendimento de emergência

Nível de Atendimento I

Responsável pela coordenação do atendimento, controle de transferências internas e externas, controle de identificação das vítimas, solicitação de transferências para outros hospitais, solicitação de preparo de novas áreas de atendimento e contingência externa. Apoio à Assessoria de imprensa.

COORDENADOR HOSPITALAR: Supervisor(a) de Enfermagem

Responsável por organizar e preparar os leitos disponíveis para receber as vítimas após o atendimento inicial, assim como verificar quais são os pacientes passíveis de transferência para disponibilizar vagas de doentes mais graves na UPA. Responsável por gerenciar os pacientes que já se encontram sob os cuidados do hospital. Apoio ao Coordenador de Comunicação.

COORDENADOR DE TRIAGEM E ATENDIMENTO: Chefe de plantão ou médico designado

Responsável pela coordenação da retriagem na chegada das vítimas, assim como coordenar as equipes de atendimento das vítimas no interior da UPA. Durante o atendimento, pode sugerir a mudança de Nível de Atendimento I para II, caso sinta necessidade de aumento de equipes médicas ou de apoio de atendimento. Apoio ao Coordenador Médico de Planos de Crise.

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO: Assistente Social designada pela Coordenadora do Serviço Social.

Responsável por todas as comunicações internas e externas com outras unidades hospitalares, no que diz respeito à solicitação de vagas e transferências; coordenar o serviço de telefonia para acionamento de contingente externo. Apoio ao Coordenador Hospitalar.

COORDENADOR DE SUPRIMENTOS: Coordenador de Suprimentos.

Responsável pela coordenação do abastecimento de materiais, medicamentos e equipamentos para preparar as áreas existentes ou as áreas preparadas para receber as vítimas. Apoio aos Coordenadores.

COORDENADOR DE APOIO DE ENFERMAGEM: Gerente de Enfermagem.

Responsável por coordenar o apoio de atendimento dos colaboradores não médicos no momento do atendimento. Responsável por auxiliar o Coordenador de Suprimentos no preparo dos materiais e equipamentos necessários para o atendimento.

ASSESORIA DE IMPRENSA: Gerente/Supervisor da equipe Multidisciplinar.

Responsável pelos boletins médicos e única pessoa autorizada a fornecer informações para órgãos de imprensa. Apoio ao Diretor Técnico.

COORDENADOR DE ACOLHIMENTO: Coordenador(a) do Serviço Social.

Responsável pelo atendimento aos familiares.

DIRETOR CLÍNICO:

Supervisão do atendimento médico às vítimas. Apoio a todos os coordenadores.

DIRETOR TÉCNICO:

Supervisão de todo o atendimento. Responsável pelo contato com órgãos externos.

O **Comando Operacional do Plano de Atendimento à Catástrofes (COPAC)** é o responsável pela organização e coordenação das ações no momento do atendimento. Faz parte do COPAC O Diretor técnico, a Diretor Clínico, o Coordenador Médico do Plano de Crise, o Coordenador de Suprimentos, a Gerente de Enfermagem, a Gerente Administrativa e a Assessoria de Imprensa.

2.1 Nível de Atendimento II

260

Caso haja necessidade de contingente externo pelo maior número de vítimas (superior a 6 vítimas), o primeiro Coordenador Médico a chegar à deverá acionar o Nível de Atendimento II.

Além dos membros acima já convocados, que manterão as funções, independentemente do nível de atendimento, serão acionados os seguintes colaboradores:

- Plantonistas da Upa que não estejam de plantão no dia, nas seguintes especialidades: Pediatria, Radiologia, Clínicos Gerais, Ortopedistas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares Administrativos;
- Equipes de Retaguarda das especialidades, conforme a necessidade;
- Equipes de suporte: Psicologia e Assistente Social;

Necessário determinar após um estudo de fluxo as áreas internas para atendimento de pacientes de vítimas de acordo com a classificação, bem como um ponto de encontro interno e externo.

Todo o Plano de Contingência deve ser realizado com a secretaria Municipal de Saúde do Município de Senador Pompeu, respeitando o plano de contingência de Urgência e Emergência.

Plano de Contingência para Medicamentos Termolabéis

- No caso de alteração de temperatura do termohigrometro, avisar com brevidade o farmacêutico.
- Toda vez que existir queda de energia elétrica na Unidade de Farmácia, deve acompanhar a temperatura da geladeira, manter o refrigerador fechado e já providenciar a caixa térmica com gelox até que atinja a temperatura ideal.
- Quando a queda de energia elétrica ocorrer nos fins de semana, a Gerência Administrativa deve ser avisada brevemente (15 minutos);



261

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Caso a energia não retorne brevemente e a temperatura da geladeira esteja caindo, transferir os medicamentos para as caixas térmicas com gelox, se já estiver na temperatura adequada;
- Após o armazenamento dos medicamentos nas caixas térmicas deve ser priorizado o retorno da energia ou aquisição de outro refrigerador assim como a compra de gelox.

Plano de Contingência para Falta de Medicamentos e Materiais

- Comunicar o Farmacêutico os medicamentos e materiais com situação crítica (estoque insuficiente).
- Entrar em contato com a Unidade de Compras para situar-se sobre a aquisição do item com estoque crítico,
- No caso de impossibilidade de aquisição do item, o Coordenador da Clínica / Especialidade deve ser comunicado para identificar a possibilidade de substituição por equivalente terapêutico.
- Comunicar a Administração sobre as intervenções realizadas na assistência.

Notificação de Farmacovigilância

- Realizar busca ativa de farmacovigilância nas clínicas semanalmente.
- Comunicar o farmacêutico no caso de surgimentos de reações adversas ou desvios de qualidade de medicamentos.
- Investigar as reações adversas e desvios de qualidade e realizar registros
- Realizar notificação de farmacovigilância pelo site da CVS (Centro de Vigilância Sanitária)

1.2.18. IMPLANTAÇÃO DA ROTINA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As Diretrizes da OMS sobre a Higienização das Mãos na Prestação Assistência à Saúde (Versão Preliminar Avançada) fornecem aos profissionais da área de saúde, gestores de hospitais e autoridades da saúde uma visão geral dos diferentes aspectos da higienização das mãos e informações detalhadas para superar as possíveis barreiras. Estas diretrizes devem ser utilizadas em qualquer situação onde são prestados cuidados de saúde.

Fatores que influenciam a adesão a práticas recomendadas de higienização das mãos

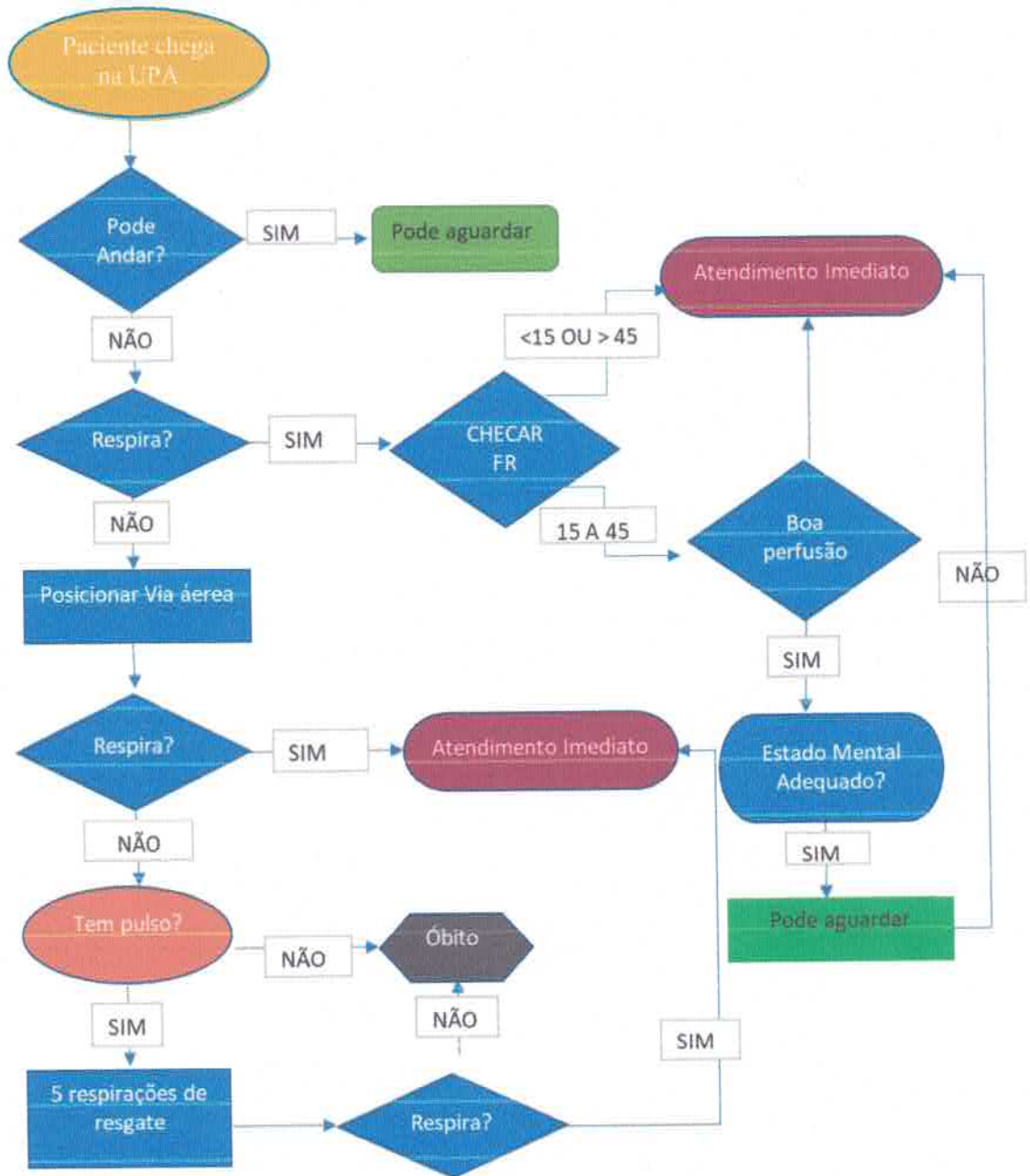
A. Fatores de risco observados para baixa adesão :

- Trabalho no tratamento intensivo
- Trabalho durante a semana (em relação ao de fim-de-semana)
- Uso de jalecos e luvas
- Pia automatizada
- Atividades de alto risco de contaminação cruzada
- Falta ou excesso de pessoal
- Alto número de oportunidades para higienização das mãos por hora de cuidado de doentes
- Cargo de auxiliar de enfermagem (em vez de enfermeiro)
- Cargo de médico (em vez de enfermeiro)

B. Fatores relatados espontaneamente para a baixa adesão

- Produtos de higienização das mãos provocam irritações e secura
- Pias estão localizadas em locais inconvenientes ou faltam pias
- Falta de sabão, papel descartável e toalha

Figura 1 – Triagem – plano de contingência



- Normalmente há falta de tempo ou a pressa é grande
- As necessidades do paciente exigem prioridade
- A higienização das mãos interfere no relacionamento do profissional de saúde com o paciente
- Baixo risco de contrair infecções de pacientes
- O uso de luvas ou a crença de que o uso de luvas torna desnecessário a higienização das mãos
- Falta de conhecimento de diretrizes e protocolos
- Não pensa sobre isso, esquecimento
- Não tem o exemplo dos colegas ou superiores
- Ceticismo sobre o valor da higienização das mãos
- Discorda das recomendações
- Falta informação científica sobre o impacto definitivo da melhoria da higienização das mãos nas taxas de infecção relacionada à assistência à saúde

C. Barreiras adicionais percebidas para a higienização adequada das mãos

- Falta de participação ativa na promoção da higienização das mãos a nível individual ou institucional
- Falta de um modelo padrão para higienização das mãos
- Falta de prioridade institucional para a higienização das mãos
- Falta de sanção administrativa a não cumpridores das normas/ recompensa a cumpridores das normas
- Falta ambiente de segurança institucional

Recomendações

1. Indicações para higienização e anti-sepsia das mãos

- A. Lavar as mãos com sabão e água quando visivelmente sujas ou

contaminadas com material protéico, se estiverem visivelmente sujas com sangue ou outros fluidos corporais, se houver forte suspeita ou comprovação de exposição a organismos que formam esporos (IB) ou após usar o banheiro (II).

B. Uso preferencial de produtos para higienização das mãos a base de álcool para anti-sepsia rotineira das mãos em todas as situações clínicas descritas nos itens C.a a C.f listados abaixo, se as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA). Uma alternativa é lavar as mãos com sabão e água (IB).

C. Higienizar as mãos:

- a. antes e depois de ter contato direto com pacientes (IB);
- b. após a remoção das luvas (IB);
- c. antes de manusear instrumentos invasivos (independente de ter utilizado luvas ou não) para cuidado de pacientes (IB);
- d. após ter contato com fluidos corporais ou excrementos, membranas ou mucosas, pele não intacta ou curativos (IA);
- e. ao mudar de um local contaminado do corpo para um local limpo do corpo durante o cuidado com o doente (IB);
- f. após contato com objetos (inclusive equipamentos médicos) nas proximidades imediatas do paciente (IB);

D. Lavar as mãos com água e sabão simples ou com anti-séptico ou higienizar as mãos com uma fórmula à base de álcool antes de manusear medicamentos e preparar alimentos (IB).

E. Quando já tiver usado um produto à base de álcool, não use sabão com anti-séptico simultaneamente (II).

2. Técnica de higienização das mãos



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- A. Encha a palma da mão com o produto e cubra toda a superfície das mãos. Esfregue as mãos até que estejam secas (IB).
- B. Ao lavar as mãos com sabão e água, molhe-as com água e aplique a quantidade necessária de produto para cobrir toda a superfície das mãos. Faça movimentos de rotação das mãos esfregando ambas as palmas e entrelace os dedos para cobrir toda a superfície. Enxágüe as mãos com água e seque-as com uma toalha descartável. Use água corrente limpa sempre que possível. Use a toalha descartável para fechar a torneira (IB).
- C. Certifique-se de que suas mãos estejam secas. Use um método para secar as mãos que não as recontamine. Certifique-se de que as toalhas não sejam usadas várias vezes ou por várias pessoas (IB). Evite o uso de água quente, pois a exposição repetida a água quente pode aumentar o risco de dermatite (IB).
- D. Formas de sabão em líquido, barra, lascas ou pó são aceitáveis para higienização das mãos com sabão e água. Ao utilizar sabão em barra, use pequenos pedaços de sabão em suportes que facilitem sua drenagem (II).

3. Recomendações para o preparo das mãos para cirurgia

- A. Se as mãos estiverem visivelmente sujas, lave-as com sabão comum antes de fazer o preparo das mãos para a cirurgia (II). Remova a sujeira sob as unhas usando um limpador de unha, preferencialmente em água corrente (II).
- B. As pias devem ser projetadas de modo a reduzir o risco de respingos (II).
- C. Remova anéis, relógios e pulseiras antes de começar o preparo das mãos para a cirurgia (II). É proibido o uso de unhas artificiais (IB).
- D. A anti-sepsia das mãos para cirurgia deve ser feita usando um sabão com anti-séptico ou um produto à base de álcool, preferencialmente com ação prolongada, antes de calçar as luvas esterilizadas (IB).
- E. Se no local da cirurgia a água não for de qualidade garantida, recomenda-se que se faça anti-sepsia das mãos para a cirurgia usando uma solução para

higienização das mãos à base de álcool antes de vestir as luvas esterilizadas, ao realizar um procedimento cirúrgico (II).

Ao fazer a anti-sepsia usando água e sabão anti-séptico, esfregue as mãos e antebraços pelo período de tempo recomendado pelo fabricante, 2 a 5 min. Não é necessário

F. um tempo longo de higienização (p. ex. 10 min.) (IB).

G. Ao utilizar produtos à base de álcool com ação prolongada para higienização das mãos para cirurgia, siga as instruções do fabricante. Aplique o produto apenas nas mãos secas (IB). Não combine métodos de fricção e de higienização das mãos com o uso subsequente de produtos à base de álcool (II).

H. Ao utilizar um produto à base de álcool, aplique uma quantidade suficiente para manter as mãos e antebraços molhados com o produto durante todo o procedimento de higienização das mãos (IB).

I. Após a aplicação do produto à base de álcool, deixe as mãos e o antebraço secarem completamente antes de calçar as luvas esterilizadas (IB).

4. Escolha e manuseio de produtos de higienização das mãos

A. Fornecer aos profissionais de saúde produtos eficazes de higienização das mãos com baixo potencial de irritação (IB).

B. Para maximizar a aceitação de produtos de higienização das mãos pelos profissionais de saúde, peça a opinião deles sobre a sensação de tato, fragrância, tolerância da pele de qualquer produto que esteja sendo considerado para aquisição. Em alguns ambientes, o custo pode ser um fator básico (IB).

C. Ao escolher os produtos de higienização das mãos:

- avalie qualquer interação conhecida entre os produtos usados para higienização das mãos, produtos de cuidados com a pele e tipos de luvas

utilizados na instituição (II);

- peça informações aos fabricantes sobre os riscos de contaminação do produto (antes da compra e durante o uso) (IB);
- certifique-se de que os dispensadores do produto estejam acessíveis no local do cuidado (IB);
- certifique-se de que os dispensadores do produto funcionem adequadamente e com segurança e abasteça-os com um volume adequado do produto (II);
- peça informação aos fabricantes a respeito de qualquer efeito que as loções, cremes e produtos para higienização das mãos à base de álcool produzam sobre os efeitos de sabões anti-séptico que estejam em uso na instituição (IB).

D. Não adicione sabões aos recipientes parcialmente vazios. Se os recipientes de sabão forem reutilizados, siga os procedimentos recomendados para limpeza (IA).

5. Cuidados com a pele

- A. Ao organizar programas de educação para profissionais de saúde, inclua informações a respeito de práticas de cuidados com as mãos destinadas a reduzir o risco de dermatite de contato por irritação e outros danos à pele (IB).
- B. Forneça produtos alternativos para higienização das mãos para profissionais de saúde com alergias ou reações adversas a produtos-padrão usados no ambiente de assistência à saúde (II).
- C. Quando necessário, e para minimizar a ocorrência de dermatite de contato com irritação associada à anti-sepsia ou a higienização das mãos, forneça aos profissionais de saúde, loções ou cremes para as mãos (IA).

6. Uso de luvas

- A. O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos lavando-as com água e sabão ou higienizando-as com um produto a base de álcool (IB).
- B. Use luvas quando puder prever que haverá contato com sangue ou outro material potencialmente infeccioso, membranas ou mucosas e pele não intacta (IC).
- C. Remova as luvas após cuidar do paciente. Não use o mesmo par de luvas para cuidar de mais de um paciente (IB).
- D. Ao usar luvas, troque-as ou remova-as ao cuidar de pacientes se passar de um local do corpo contaminado para um local limpo no mesmo paciente ou no ambiente (II).
- E. Evite reutilizar as luvas (IB). Se as luvas forem reutilizadas, use métodos de reprocessamento que garantam sua integridade e a descontaminação microbiológica (II).

7. Outros aspectos da higienização das mãos

- A. Não use unhas artificiais ou extensores de unhas quando tiver contato direto com os pacientes (IA).
- B. Mantenha as unhas naturais curtas (pontas com menos de 0,5 cm de comprimento) (II).

8. Treinamento educacional e programas de motivação para profissionais de saúde

- A. Em programas de promoção de higienização das mãos para profissionais de saúde, concentre-se especificamente em fatores que sejam considerados atualmente como de influência significativa no comportamento e não apenas no tipo de produto de higienização das mãos. A estratégia deve ser multifacetada e multimodal e incluir educação e apoio da mais alta administração na sua

implantação (IB).

B. Treine os profissionais da área de saúde sobre os tipos de cuidados com pacientes que podem contaminar as mãos e sobre as vantagens e desvantagens dos vários métodos usados para higienização das mãos (II).

C. Monitore a adesão dos profissionais de saúde às recomendações de práticas de higienização das mãos e dê retorno sobre o desempenho deles (IA).

D. Encoraje parcerias entre os pacientes, suas famílias e os profissionais de saúde para promover a higienização das mãos na assistência à saúde (II).

Fatores críticos para o sucesso da promoção de higienização das mãos em larga escala

Experiência combinada de diversos grupos de profissionais

Presença de estimuladores para o aperfeiçoamento

Adaptabilidade do programa

Comprometimento político

Políticas e estratégias que permitam divulgação e sustentabilidade

Disponibilidade financeira

Alianças e parcerias

Órgão local coordenando o programa

Presença de instituições externas de apoio

Capacidade de rápida divulgação e aprendizado ativo

Vínculo com a legislação de assistência à saúde

Economias de escala que possam ser alcançadas com a produção central

Capacidade de trabalho com parceria público-privada

As infecções relacionadas à assistência a saúde são da maior importância em todo o mundo, pois afetam a qualidade assistência e a segurança dos pacientes e acrescentam custos imensos e desnecessários a assistência à saúde. Com a higienização das mãos como a pedra fundamental para prevenir a transmissão de agentes patogênicos, o objetivo de reduzir as infecções adquiridas na assistência à saúde.

IDENTIFICAÇÃO VISUAL

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, evitando respingar na face.



2. Aplique na palma da mão quantidade adequada de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (dorso e punho) recomendada pela fabricante.



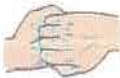
3. Esfregue as palmas das mãos, intermediodistalmente.



4. Esfregue a palma da mão direita contra a palma da mão esquerda e vice-versa, utilizando movimento circular.



5. Esfregue os dedos e fricção de unhas interdigitais.



6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão sobre a palma da mão aberta da outra, separando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda e vice-versa, utilizando movimento circular.



8. Fricção as pontas dos dedos e arcos da mão esquerda contra a palma da mão direita, fricção em círculo de vice-versa, fazendo movimento circular.



9. Esfregue a palma esquerda, com o auxílio da palma da mão direita e vice-versa, utilizando movimento circular.



10. Enxágue as mãos, eliminando os resíduos de sabonete. Este contato deve ser feito simultaneamente com a torneira.



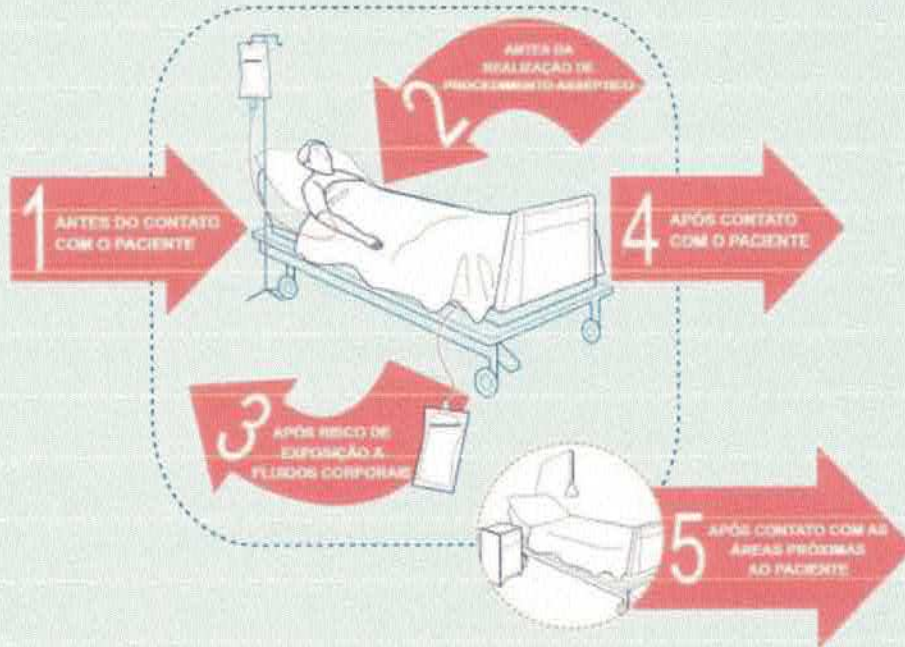
11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, arrebentando as mãos e segurando pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.


 272

MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

OS 5 MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DO CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobiliário e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

INFORMATIVO – SEGURANÇA DO PACIENTE

SEGURANÇA DO PACIENTE

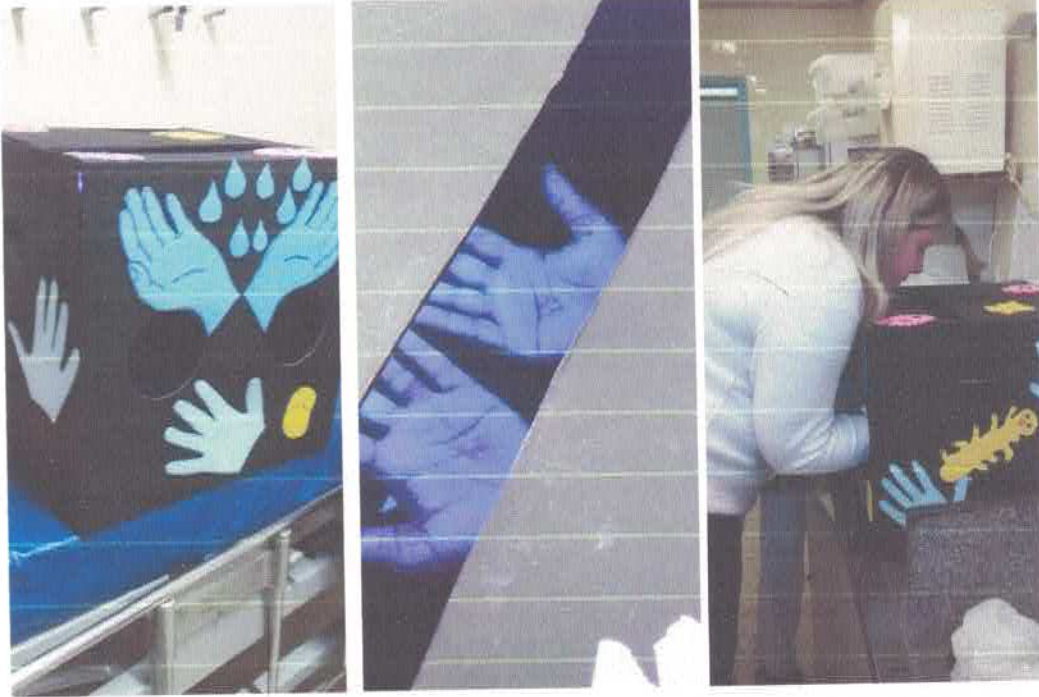
- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

Accesse o site: <www.saude.gov.br/segurancaopaciente>.

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

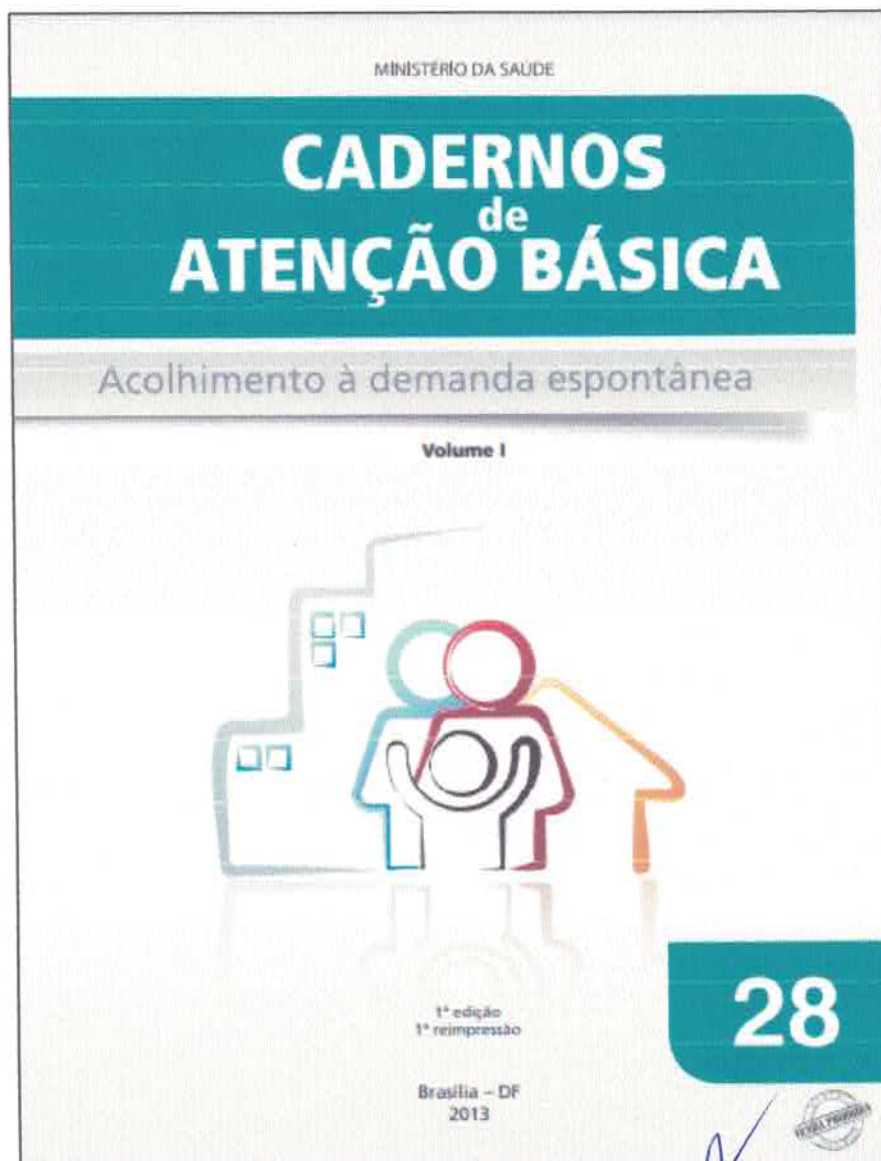
AÇÕES EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE



[Handwritten signatures]
275

1.3. ACOLHIMENTO E PARAMETROS VITAIS

O Ministério da Saúde preconiza as diretrizes para o acolhimento a demanda espontânea nos Cadernos de Atenção Básica, sendo composto em dois volumes, que trata do acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços e o, apresenta ofertas de abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades.



Modelos de acolhimento nos serviços de Atenção Primária à Saúde

1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário: a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades.

Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem; apenas para citar algumas:

a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados;

b) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições;

c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda. A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

2) Equipe de acolhimento do dia: em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade

de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita (quando comparado com o acolhimento por equipe) e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.

3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia): em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulados para acolhimento das equipes; um dos médicos também sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas.

4) Acolhimento coletivo: no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

278

equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta individualizada (GOMES; MELO; PINTO, 2005).

Em alguns casos, pode ser interessante misturar elementos de diferentes modelagens. Por exemplo, sinais evidentes de maior risco ou sofrimento podem ser identificados/percebidos também pelos trabalhadores da recepção, que devem ter a possibilidade de contato direto com as pessoas que estão realizando a primeira escuta do acolhimento, facilitando a priorização desses casos. Em outras situações, os agentes comunitários de saúde, além de perceberem o risco, podem ter contribuição muito valiosa na avaliação da vulnerabilidade. Ainda, as necessidades de saúde bucal também precisam ser apreciadas no acolhimento, podendo os profissionais que atuam no cuidado à saúde bucal também ser inseridos no processo de escuta qualificada, bem como os outros profissionais que realizam a primeira escuta precisam estar atentos para eventuais queixas que podem ter relação com a saúde bucal e necessitariam de uma avaliação específica, tal como uma cefaleia recorrente, que inicialmente se acreditou de origem tensional, mas que está sendo causada por causa dentária. Em síntese, queremos aqui salientar que a realização da escuta qualificada não



é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe.

Mais uma vez, é importante lembrar que há múltiplos formatos de acolhimento da demanda espontânea possíveis, e que vale a pena apoiar a invenção e experimentação de diferentes modelagens pelas equipes, desde que essas tentativas sejam pactuadas e analisadas em seus efeitos, tanto pelos trabalhadores quanto pelos usuários.

Este processo, entretanto, precisa se desenvolver de forma solidária por parte de todos os profissionais. Por exemplo, quando um profissional que atende alguém analisado como prioritário por parte de quem está na escuta discordar da sua classificação, ao invés de desencadear uma crítica, pode tomar isto como necessidade para desenvolver processos de educação permanente. Os momentos de implantação ou de mudança na modelagem do acolhimento, certamente, são os que promovem maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, mas mesmo quando já estamos adaptados a certo modus operandi, ainda assim há diversas tensões que ocorrem no cotidiano e que precisam ser trabalhadas com muita delicadeza e parceria por parte de todos. É necessário também que haja solidariedade entre trabalhadores e usuários: que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários; que os usuários compreendam o esforço dos trabalhadores em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos. Esta relação solidária com usuários e entre trabalhadores, entretanto, está condicionada à maneira como todos estão participando da gestão da unidade, sendo o modo como se dá o acesso apenas mais uma das dimensões desta relação maior.

Por fim, vale salientar que a maioria das modelagens tem limites e potencialidades, a depender de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros. Um

critério de avaliação da modelagem mais adequada pode ser, por exemplo, o atendimento satisfatório às necessidades dos usuários que gera menos sofrimento/ sobrecarga para as equipes e que não sacrifica a atenção programada. Talvez esta seja uma equação a ser considerada em cada lugar. Para definir modelagens e realizar avaliações ao longo do tempo, propomos algumas questões norteadoras para serem consideradas em cada realidade:

- ✓ Como realizamos o acolhimento em nossa unidade?
- ✓ Que profissionais estão na “linha de frente” do acolhimento?
- ✓ Eles mudam em diferentes horários?
- ✓ O que ofertamos no acolhimento?
- ✓ Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana?
- ✓ Qual o perfil da demanda espontânea?
- ✓ O que as pessoas que estão cedo na UBS estão demandando?
- ✓ Quantas são com cada grupo de demandas?
- ✓ Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?
- ✓ São demandas passíveis de serem negociadas para outros horários de menor movimento?

1.3.1. ESTRUTURA FÍSICA, AMBIÊNCIA E INSUMOS NECESSÁRIOS À REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Para acolher a demanda espontânea, é importante que as unidades de atenção básica tenham estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos), sala de acolhimento multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento).

Além disso, para viabilizar adequada atenção à demanda espontânea, sugerimos que as unidades de atenção básica sejam equipadas com os seguintes materiais e medicamentos: 1. Materiais para atendimento às urgências:

- Torpedo de oxigênio de 1 m³, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250 ml e 2 m de tubo de intermediário de silicone;
- Maleta tipo de ferramentas de 16" com alça para carregar;
- Caixa organizadora com pelo menos oito divisórias;
- Pacotes de gases estéreis;
- Ampolas de água destilada de 10 ml;
- Seringas de 5 ml sem agulha;
- Seringas de 10 ml sem agulha;
- Agulhas 40 x 12;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14 g;

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22 g;
- Cateter para punção periférica tipo Abocath® tamanho 24 g;
- Rolo de esparadrapo comum;
- Garrote;
- Equipos para soro simples;
- Conexões de duas vias;
- Frascos de soro fisiológico 0,9% de 500 ml;
- Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU);
- Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU);
- Sistema bolsa-máscara autoinflável neonatal com máscara transparente (AMBU);
- Máscaras de nebulização adulta;
- Máscaras de nebulização pediátrica;
- Cateteres para oxigênio tipo óculos;
- Aparelho para nebulização;
- Medidores de pico de fluxo (Peak Flow) reutilizáveis;
- Colar cervical adulto e 1 colar infantil.

Medicamentos que devem estar à disposição nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família/postos de saúde utilizados para o atendimento às urgências clínicas:

- Ampolas de adrenalina;
- Ampolas de atropina;
- Frasco de hidrocortisona de 100 mg;
- Frasco de hidrocortisona de 500 mg;
- Ampolas de glicose 50%;
- Ampolas de soro fisiológico 0,9%;
- Frascos de soro fisiológico 0,9% e soro glicosado 5%;
- Ampolas de terbutalina;
- Frascos de prometazina;
- Ampolas de diazepam;
- Ampola de haloperidol;
- Frasco de ipratrópio;
- Frasco de fenoterol;
- Cartela de dinitrato de isossorbida 5 mg, via sublingual;
- Cartela de ácido acetilsalicílico;
- Ampolas de tiamina;
- Medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e insulina;
- Antibióticos (para administrar a primeira dose na própria UBS nos casos de pneumonia em crianças);
- Analgésicos (enteral e parenteral);

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- Antitérmicos (enteral e parenteral).

Equipamento de proteção individual:

- Máscaras descartáveis;
- Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis;
- Óculos;
- Avental.

1.3.2. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA
<p>Situação não aguda</p> <p>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex: teste de gravidez, imunização).• Agendamento/programação de intervenções.• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
<p>Situação aguda ou crônica agudizada</p> <p>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex: Parada cardiopulmonar, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.• Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.• Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamentos de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Na Atenção Básica o uso da classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade como ferramentas geradoras de equidade e de boa prática

clínica, para isso é importante que a equipe discuta o papel de cada membro em relação a esses instrumentos, de forma que seja possível um ganho potencial das intervenções das diferentes categorias profissionais no cuidado à demanda espontânea.

Vale ressaltar que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem tanto certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, quanto flexibilidade nessa organização e solidariedade entre os membros da equipe. Essas situações são enorme fonte de aprendizado e construção da equipe, no esforço de compreendê-las e aperfeiçoar a intervenção sobre elas.

É importante que a UBS conte com o apoio da comunidade, por meio dos conselhos locais, para adoção compartilhada dessas ferramentas e ainda trabalhe em parceria com os serviços de remoção e referência aos quais esteja vinculada, a fim de efetivar a rede de atenção à saúde dos usuários de sua área adscrita, consolidando seu papel de porta de entrada preferencial nesta rede.

O PAPEL DA PRIMEIRA ESCUTA DO USUÁRIO NO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade.

No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades.

Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.

- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
 - Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
 - Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
 - Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).
 - Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.
- Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) devem ser envolvidos no processo de primeira escuta não somente no que diz respeito ao núcleo da odontologia. Os demais profissionais da Atenção Básica, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda para necessidades odontológicas. A partir daí, a ESB faz a escuta mais específica do usuário, discute seu plano terapêutico, faz os encaminhamentos, se necessário, para os serviços especializados e garante o acesso para a continuidade de seu cuidado na UBS. Enquanto parte essencial da Atenção Básica, a ESB compartilha ações de seu núcleo nas reuniões, avaliações e educação permanente da equipe.

As equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) deverão dar apoio matricial às equipes de atenção básica a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo dos casos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da rede de atenção à saúde relacionada àquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Outras estratégias de apoio e educação permanente são fundamentais no aperfeiçoamento do acolhimento de uma UBS. Transformar as situações do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes ajuda a aumentar a resolutividade e é bastante mobilizador. Dentro da própria rede é possível encontrar pessoas dispostas a dividir seus conhecimentos, sejam para a abordagem clínica dos casos ou nos fluxos da rede.

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.

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.

✓ **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;

[Handwritten signatures and initials]

289

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- 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
 - ✓ resfriado recente
 - ✓ dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
 - ✓ fadiga
 - ✓ edema de extremidades
 - ✓ taquicardia
 - ✓ síncope
 - História passada de:
 - ✓ Asma /Bronquite
 - ✓ Alergias

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022



- ✓ 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 sentindo 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.
 - Encaminhamento para Área Vermelha:
- ✓ Dor torácica ou abdome superior acompanhada de náuseas, sudorese, 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.





✓ **Avaliação da dor abdominal aguda**

- A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.
- Obtenha a descrição da dor no que se refere a:
 - ✓ Localização precisa;
 - ✓ Aparecimento;
 - ✓ Duração;
 - ✓ Qualidade;
 - ✓ Severidade;
 - ✓ Manobras provocativas ou paliativas;
 - ✓ Sintomas associados: febre, vômitos, diarreia, disúria, secreção vaginal, sangramento.
 - Em mulheres em idade fértil considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção.
 - Relacione a dor com:
 - ✓ Ingestão de medicamentos (particularmente 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, hemetêmese.

- **Avaliação da Saúde Mental**

- Uma avaliação rápida da Saúde Mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:
 - ✓ Aparência;
 - ✓ Comportamento;
 - ✓ Discurso;
 - ✓ pensamento, conteúdo e fluxo;
 - ✓ humor;
 - ✓ percepção;
 - ✓ capacidade cognitiva;
 - ✓ história de dependência química.
 - Aparência:
 - ✓ arrumada ou suja;
 - ✓ desleixado, desarrumado;
 - ✓ roupas apropriadas ou não;
 - ✓ movimentos extraoculares.
 - Comportamento:
 - ✓ estranho;
 - ✓ ameaçador ou violento;
 - ✓ fazendo caretas ou tremores;
 - ✓ dificuldades para deambular;



293

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

- ✓ 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