



**Prefeitura Municipal
de Franca**

(16)3711-9000
Rua Frederico Moura, 1.517 - Cidade Nova
Franca/SP - Cep: 14401-150
CNPJ: 47.970.769/0001-04 - I.E: isento

Franca, 14 de junho de 2021.

Ofício 275/2021 GABP

Assunto: Resposta ao Requerimento nº 190/2021.

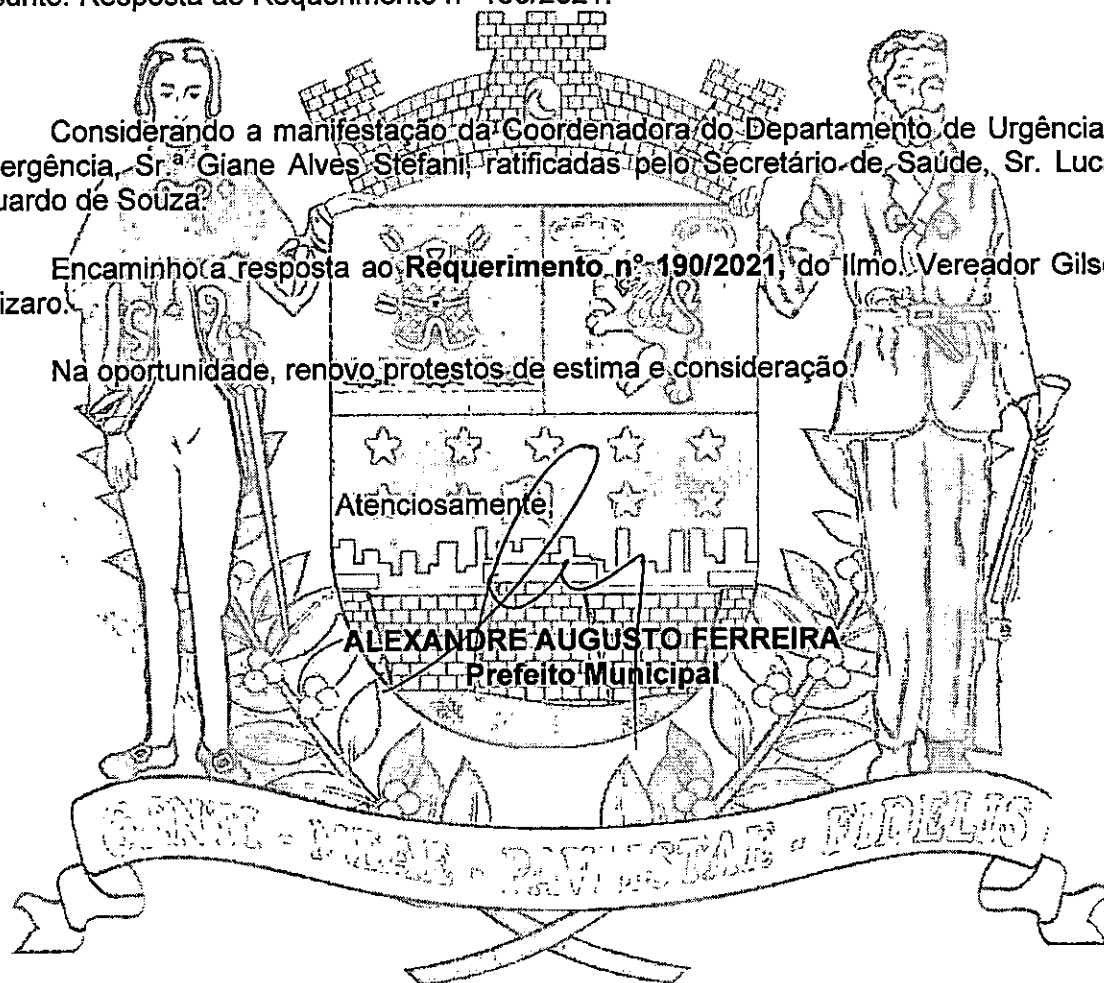
Considerando a manifestação da Coordenadora do Departamento de Urgência e Emergência, Sr.^a Giane Alves Stefani, ratificadas pelo Secretário de Saúde, Sr. Lucas Eduardo de Souza;

Encaminho a resposta ao **Requerimento nº 190/2021**, do Ilmo. Vereador Gilson Pelizaro.

Na oportunidade, renovo protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA
Prefeito Municipal



À CÂMARA MUNICIPAL DE FRANCA

Endereço: Rua da Câmara, nº 1, Parque das Águas, CEP: 14401-306.
Telefone: (16) 3713 1555. WhatsApp: (16) 99321-2646.
E-mail: camara@franca.sp.leg.br.

www.franca.sp.gov.br

Franca, 11 de Junho de 2021.

Memorando 43/2021 - Departamento de urgência e emergência

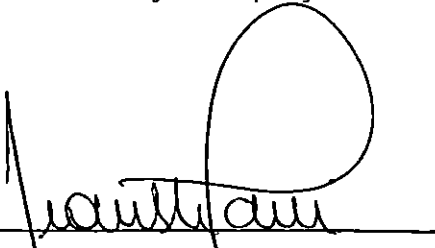
Assunto: Resposta do requerimento 90/2021 – Câmara Municipal

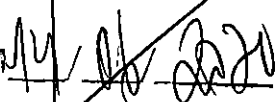
Prezado
Lucas Eduardo de Souza
Secretário de Saúde

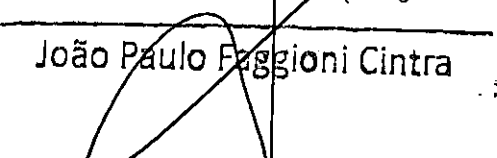
Em atenção ao solicitado pelo Ilmo Sr. Vereador Gilson Pelizaro, no requerimento 90/2021, segue a resposta do PSR Álvaro Azzuz, com todos os protocolos disponíveis anexos.

Na certeza de ter colaborado com a solicitação aqui apresentada, reitero protestos de consideração e apreço.

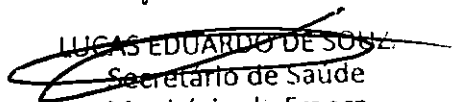
Atenciosamente,


Glane Alves Stefani
Coordenadora do Departamento de Urgência e Emergência

RECEBIDO EM 


João Paulo Faggioni Cintra

*Encaminhe-se
ao Gabinete do
Prefeito.*


LUCAS EDUARDO DE SOUZA
Secretário de Saúde
Município de Franca

11/06/2021



CÂMARA MUNICIPAL DE FRANCA
ESTADO DE SÃO PAULO
www.franca.sp.leg.br



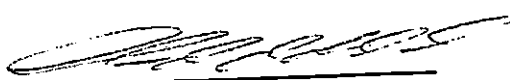
EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE FRANCA - SP

ENCAMINHAMENTO
Para LUCA S
para estudos e/ou providências
retornando a DERG/GABIP até
dia 30/05/21
Franca 20-05-21

REQUERIMENTO n° 190/2021

DESPACHO
Encaminha-se. Aprovado

Sala de Sessões, 13/05/2021

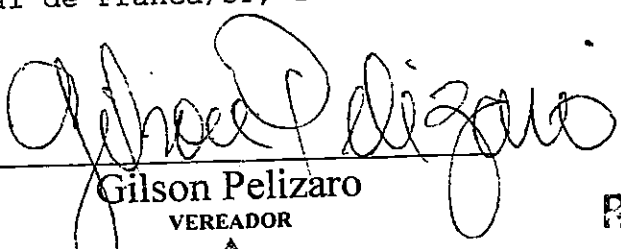

Presidente

Giane Stefani
Departamento de
urgência
LUCAS EDUARDO DE SOUZA
Secretário de Saúde
Município de Franca
24/05/2020

O Vereador que este subscreve, vem, nos termos regimentais, REQUERER, ouvido o Augusto Plenário, que seja oficiado o Sr. Prefeito Municipal a fim de fornecer a esta Casa informações acerca dos protocolos utilizados no Pronto Socorro Álvaro Azzuz, notadamente os de recepção de pacientes e de tratamento nas dependências internas do PS.

O presente Requerimento se faz necessário haja vista o grande volume de atendimentos realizados nos últimos dias, em razão do agravamento da pandemia de Covid-19, pelo que ora suscitamos o Poder Executivo pedindo informações.

Câmara Municipal de Franca/SP, 17 de maio de 2021.


Gilson Pelizaro
VEREADOR



RECEBIDO

20 MAI 2021

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE
RECEBIDO
em 24/05/2021
Silvia Basso

Franca, 10 de Junho de 2021.

Ofício n.º 25/2021 – PSR Dr. Álvaro Azzuz.

Assunto: Resposta a Requerimento Nº 90/2021 – Gilson Pelizaro

Prezada
Giane Alves Stefani
Departamento de Urgência e Emergência

Considerando os pedidos de indicação n.º 90/2021, onde o Ilmo Sr. Vereador Gilson Pelizaro solicita informações dos protocolos aplicados no Pronto Socorro Dr. Álvaro Azzuz, enquanto Centro de Referência no atendimento a pacientes com sinais e sintomas da COVID-19, venho pelo presente, informar e encaminhar que os protocolos e fluxos em vigência na referida unidade sendo que:

a) Os protocolos intitulados “Acolhimento”; “Procedimento Operacional Padrão – Coleta e Transporte de Gasometria Arterial” e “Procedimento Operacional padrão – Coleta de Dímero D”, foram elaborados na gestão anterior. Sendo esses os únicos protocolos que foram compartilhados com a atual gestão do PSR Dr. Álvaro Azzuz.

b) Os demais protocolos e fluxos de títulos “Orientação à Equipe de Enfermagem no que se refere à realização da testagem rápida COVID-19” elaborada e posteriormente revisada com embasamento da Nota Técnica, datada em 15 de abril de 2021; “Protocolo para Realização de Pesquisa de Antígenos do SARS CoV2 em funcionários sintomáticos que atuam na linha de frente de combate à pandemia”; “Procedimento Operacional Padrão Nº 01”; “Paramentação”; “Recomendações de Uso dos Equipamentos de Proteção Individual de Acordo com o Tipo de Ambiente, Pessoa Alvo e Tipo de Atividade”; “Fluxo – COVID-19: Classificação de Risco e Manejo Inicial de Adultos no Pronto Socorro Álvaro Azzuz”; “Fluxo de Atendimento e de Testagem – Síndrome Respiratória (COVID-19)”; “Fluxograma Acolhimento do APH no Pronto Socorro de Referência”; “Fluxograma Acolhimento do APH no Pronto Socorro de Referência”; “Memorando 42/2021 – Transferência Inter-hospitalar e Intermunicipal”; “Modelo de Boletim Informativo para termos um padrão na comunicação com os familiares”; “Orientação Nº 02 – Fluxo de Declaração de Óbitos”; “Procedimento Operacional Padrão – Terapias Medicamentosas em Leitos COVID-19”; “Protocolo de Terapia Nutricional para Leitos de UTI – PSR Dr. Álvaro Azzuz”; “Protocolo de Sedação Padrão”; “Diretrizes para



Utilização de Bloqueadores Neuromusculares no Pronto Socorro Municipal de Franca em pacientes COVID-19 Positivos"; "Utilização de Cloridrato de Dexmetomidina"; "Diretrizes para a Utilização Empírica de Antimicrobianos no Pronto Socorro Municipal de Franca em Pacientes COVID-19 no Contexto da COVID-19 Positivos"; "Propofol"; "Circular de Orientação à Equipe de Enfermagem e Equipe Médica – Ala de Observação e Sala de Urgência do PSR Dr. Álvaro Azzuz"; "Fluxo de Solicitação de Apoio ao SAMU nas Transferências Inter Hospitalares"; "Fluxo de Solicitação de Apoio nas Transferências Inter Municipais pela Equipe Terceirizada"; "Protocolo do Uso de VNI no Contexto da COVID-19 – PSR Dr. Álvaro Azzuz"; "Protocolo do Manejo de Corpos no Contexto da COVID-19 – PSR Dr. Álvaro Azzuz", foram elaborados no ano de 2021, na gestão atual.

Diante do exposto acima, vale ressaltar que em consonância com a Fiscalização do COREN-SP, está em processo de revisão e atualização as Normas e Rotinas da unidade, bem como o Regimento Interno e adequações no Dimensionamento de Enfermagem.

Por ser verdade, firmo o presente e me coloco à disposição.

Atenciosamente,


Glória Cayeiro Cruz
Setor de Enfermagem do PSR



PORTARIA Nº 46 DE 02 DE FEVEREIRO DE 2021.

Dispõe sobre NOMEAÇÃO de cidadãos e servidores municipais para exercerem as funções de Cargos em Comissão junto a Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências.

ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA, Prefeito Municipal de Franca, Estado de São Paulo, no exercício de suas atribuições legais,

R E S O L V E

Art. 1º - Ficam NOMEADOS, a partir de 02 de fevereiro de 2021, para exercerem as funções dos Cargos em Comissão, abaixo relacionados, junto a Secretaria Municipal de Saúde, os seguintes cidadãos e servidores municipais:

- Secretário de Saúde
Lucas Eduardo de Souza
Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde
- Departamento de Urgência e Emergência
Giane Alves Stefani
- Seção de Gestão do Pronto Socorro de Referência – PSR e do Pronto Socorro Infantil – PSI
Sandra Regina Da Silva
- Setor de Enfermagem do Pronto Socorro de Referência – PSR –
Clara Cayeiro Cruz
- Setor de Enfermagem do Pronto Socorro Infantil – PSI
Otávio Lamberti Procopio De Oliveira
- Seção de Gestão das Unidades de Pronto Atendimento – UPAS: JARDIM ANITA E JARDIM AEROPORTO
Carla Cristiane Ferreira
- Setor de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento - UPA do Jardim Anita;
Daniela Aparecida Da Costa Cruz Monteiro
- Setor de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento - UPA do Jardim Aeroporto
Cibele Gomes Dos Santos
- Setor de Gestão de Raio X
Carlos Jose Henrique De Oliveira
- Setor de Gestão do SAMU
Thalita Rodrigues Pimenta Volpe
- Departamento Administrativo, Planejamento e Controle
Miziara Flavia Ribeiro Assad
- Setor de Manutenção
Sebastiao Solimar Santana
- Setor de Compras, Abastecimento e Captação de Recursos
Guilherme Metidieri Correa
- Setor de Remoção Externa e Interna de Pacientes
Raquel Aparecida De Carvalho Abreu
- Setor de Frota e Logística
Euripedes Pinhal Pedrogão
- Setor de Pessoal
Sandra Regina Vilela Fonseca
- Setor de Apoio aos Conselhos
Monica Nunes Teixeira
- Departamento de Atenção Primária à Saúde
Leziane Isolina Vilela
- Núcleo de Setores da Atenção Primária
• Setor de Atenção Primária – UBS AEROPORTO 1
Kênia Cristina De Souza
- Setor de Atenção Primária – UBS ÂNGELA ROSA
Cacilda Barsanulfo Ribeiro
- Setor de Atenção Primária – UBS PLANALTO
Maiara David
- Setor de Atenção Primária – UBS PAULISTA
Rosângela Queles De Lima Oliveira
- Setor de Atenção Primária – UBS PAULISTANO
Ana Carolina Rezende
- Setor de Atenção Primária – UBS BRASILÂNDIA
Gisele Estefânia Acosta
- Setor de Atenção Primária – UBS LEPORACE
Cecília Hussein Vitoriano Segura
- Setor de Atenção Primária – UBS HORTO
Vivien Canuto Faleiros
- Setor de Atenção Primária – UBS GUANABARA

Franca, 10 de Junho de 2021.

MANEJO DE CORPO NO CONTEXTO DO COVID-19

Devido aos riscos de transmissão infecciosa por contato mesmo após o óbito, é recomendado manter as precauções durante o manejo do corpo. Deverão estar presentes no leito apenas aqueles profissionais estritamente necessários e utilizando devidamente os EPI's:

- ✓ Gorro
- ✓ Óculos de proteção ou protetor facial;
- ✓ Avental impermeável de manga comprida;
- ✓ Máscara cirúrgica;
- ✓ Se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias, usem N95, PFF2 ou equivalente.
- ✓ Luvas (Recomendado usar luvas nitrílicas para o manuseio durante todo o procedimento).
- ✓ Calçados Impermeáveis;
- Higienizar as mãos antes e depois da interação com o corpo;
- Descartar imediatamente os resíduos perfuro cortantes em local adequado;
- Remover os tubos, drenos e cateteres do corpo com cuidado, devido a possibilidade de contato com os fluidos corporais. O descarte de todo o material e roupa deve ser feito imediatamente e em local adequado, utilizando sanito de cor vermelha ou branco;

- Higienizar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável;
- Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas, gazes ou papel-toalha;
- Tapar/bloquear orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais;
- Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável.
- Sugere-se que não haja contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles;
- Quando houver necessidade de aproximação, o familiar/responsável deverá fazer uso de máscara cirúrgica, luvas e aventais de proteção;

Manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos;

Quando possível, a embalagem do corpo deve seguir três camadas:

1ª: enrolar o corpo com lençóis;

2ª: colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos);

3ª: colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa, compatível com o material do saco. Colocar etiqueta com identificação do falecido.

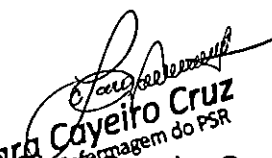
- Identificar o saco externo de transporte com informação relativa ao risco biológico: COVID-19, agente biológico classe de risco 3;
- Identificar o corpo com nome, número do prontuário, Cadastro de Pessoa Física (CPF), Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento e nome da mãe.

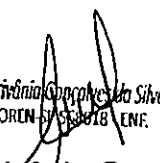
- Pode ser usado esparadrapo, com letra legível, na região torácica, quando não houver etiqueta específica para esse fim. Para facilitar a identificação do falecido, sempre que possível, manter uma etiqueta ou adesivo próximo ao pescoço, para facilitar no reconhecimento do indivíduo.
- Descrever no prontuário dados de todos os sinais externos e marcas de nascença/tatuagens, órteses, próteses quando o indivíduo não for identificado;
- Recomenda-se usar a maca de transporte do corpo apenas para esse fim, a mesma deve ser de fácil limpeza e desinfecção. Em caso de reutilização de maca, deve-se desinfetá-la com desinfetante padronizado na Instituição;

REFERÊNCIA

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

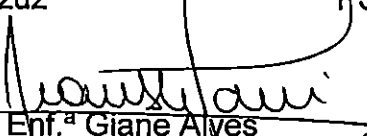
Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTO SOCORRO DR. ÁLVARO J. AZZUZ


Enf.ª Clara Cayeiro Cruz
Setor de Enfermagem do PSR
Coordenação de Enfermagem
PSR Dr. Álvaro Azzuz


Enf.ª Marivânia Gonçalves da Silva
COREN-SP 38018 ENF.
Especialista em SCIH

Sandra Regina da Silva
Sessão de Gestão
PSR Dr. Álvaro Azzuz

Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico
PSR Dr. Álvaro Azzuz


Enf.ª Giane Alves
Coordenação da Rede de Urgência e Emergência
Dep. de Emergência

PROTOCOLO DO USO DE VNI NO CONTEXTO COVID-19

1 - INTRODUÇÃO

A VNI é uma modalidade útil no manejo da SRAG de diversas causas, incluindo a COVID-19. Entretanto, devido à preocupação com a potencial geração de aerossóis da modalidade, sugere-se que seja realizada em quartos com isolamento e pressão negativa. Ainda, ressalta-se que a VNI não é uma modalidade de estratégia de suporte ventilatório de primeira linha para a COVID-19. Sua indicação ou uso indevidos pode agravar as lesões pulmonares decorrentes da COVID-19 e piorar o prognóstico do paciente, ao atrasar a intubação orotraqueal. Em relação à infraestrutura atual do Pronto Socorro de Referência Dr. Álvaro Azzuz, é importante ressaltar que o local não possui pressão negativa, ainda não há fisioterapeutas presentes nas 24h, e a capacidade de adequada monitorização dos pacientes é insuficiente. Por isso, deve-se ter muita cautela na indicação e aplicação de VNI nestes pacientes. Esta modalidade de ventilação pode ser utilizada a depender da avaliação e consenso da equipe multiprofissional (fisioterapia, enfermagem e médica) que está acompanhando o paciente.

2 - OBJETIVO

Estabelecer o uso da Ventilação Não Invasiva, apresentando as indicações, contraindicações, e modos de aplicações nos pacientes.

3 - RESPONSABILIDADE

- Profissional Médico indica e prescreve;
- Fisioterapeuta;
- Enfermeiros;

4 - INDICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Pacientes que mantenham SRAG (FR > 24 irpm e/ou SatO2 < 92%), apesar do fornecimento de oxigenoterapia em altos fluxos

- Pacientes que não estejam piorando progressivamente e que não sejam candidatos imediatos para intubação orotraqueal, mas que mantenham desconforto respiratório;
- Pacientes com exacerbação de DPOC e/ou insuficiência cardíaca aguda e que não estejam em falência respiratória iminente.

Conforme já citado anteriormente, os leitos do PSR não possuem pressão negativa, o que aumenta a chance de contaminação dos profissionais. Portanto, deverá ser utilizada a VNI com ventiladores e máscaras especiais, do tipo oronasal ou tipo mergulhador ou capacete. Portanto, caso seja indicada a VNI, TODOS os itens abaixo devem ser satisfeitos previamente:

- Presença preferencialmente de fisioterapeuta com EPI adequado, com possibilidade de acompanhar e monitorar o paciente que necessite da VNI; e
- Máscara adequada disponível; e
- Ventilador com circuito duplo; e
- Filtro HMEf conectado; e
- Estabilidade hemodinâmica; e
- Paciente com Glasgow 15; e
- Relação $PaO_2/FiO_2 > 200$ mmHg.

5 - AJUSTES DA VNI (parâmetros pressóricos)

- Usar a modalidade BiPAP (ventilação não invasiva com 2 níveis depressão; IPAP = pressão inspiratória; EPAP = pressão expiratória)
- Valor inicial de IPAP: sugere-se 10 a 12 cmH₂O;
- Valor inicial de EPAP: sugere-se 6 a 8 cmH₂O;
- As pressões podem ser ajustadas conforme evolução do paciente.
- Pode-se elevar a EPAP para valores de até 10cmH₂O e não utilizar um delta (IPAP-EPAP) maior que 10cmH₂O;
- Manter $FiO_2 < 50\%$

6 - OBJETIVOS E REAVALIAÇÃO APÓS INSTALAÇÃO DE VNI

A VNI deve ser usada por até 30 minutos e o paciente deve ter avaliação contínua. Se o paciente estiver estável, manter na ventilação não invasiva com os devidos cuidados e monitoração e, após 2 horas, reavaliar se há reversão do quadro. Caso haja, considerar o desmame da VNI utilizando CNAF ou oxigenoterapia.

- Objetivar a SpO2 entre 92-96%. Em pacientes com DPOC ou síndrome de hipoventilação, pode-se tolerar SpO2 88-92%.
- Objetivar a FR < 24 irpm.
- Deve-se coletar uma gasometria arterial durante o uso da VNI para se avaliar a melhora gasométrica (melhora da hipoxemia, ausência de hipercapnia)

Deve-se interromper a VNI se:

- Piora clínica do paciente, ou
- Necessidade de manutenção de volume corrente alto, FR > 24 irpm, FiO2 acima de 50% ou EPAP acima de 10 cm H2O para manter os valores acima.

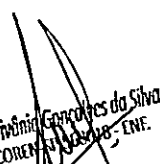
Nesses casos, o paciente deve ser submetido à intubação orotraqueal de imediato.

REFERÊNCIAS

- Barbas, CSV; et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(2):89-121.
- Indicação e uso da ventilação não-invasiva e da cânula nasal de alto fluxo, e orientações sobre manejo da ventilação mecânica invasiva no tratamento da insuficiência respiratória aguda na COVID-19.
- Protocolos clínicos e diretrizes Fisioterapêuticas (PCDF) no enfrentamento da COVID-19.


Clara Cayeiro Cruz
Setor de Enfermagem do PSR

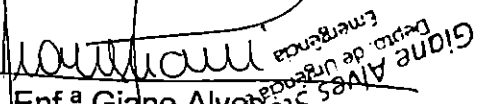
Enf.^a Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR Dr. Álvaro Azzuz


Marivânia Gonçalves da Silva
COORDENADORA DE ENF.

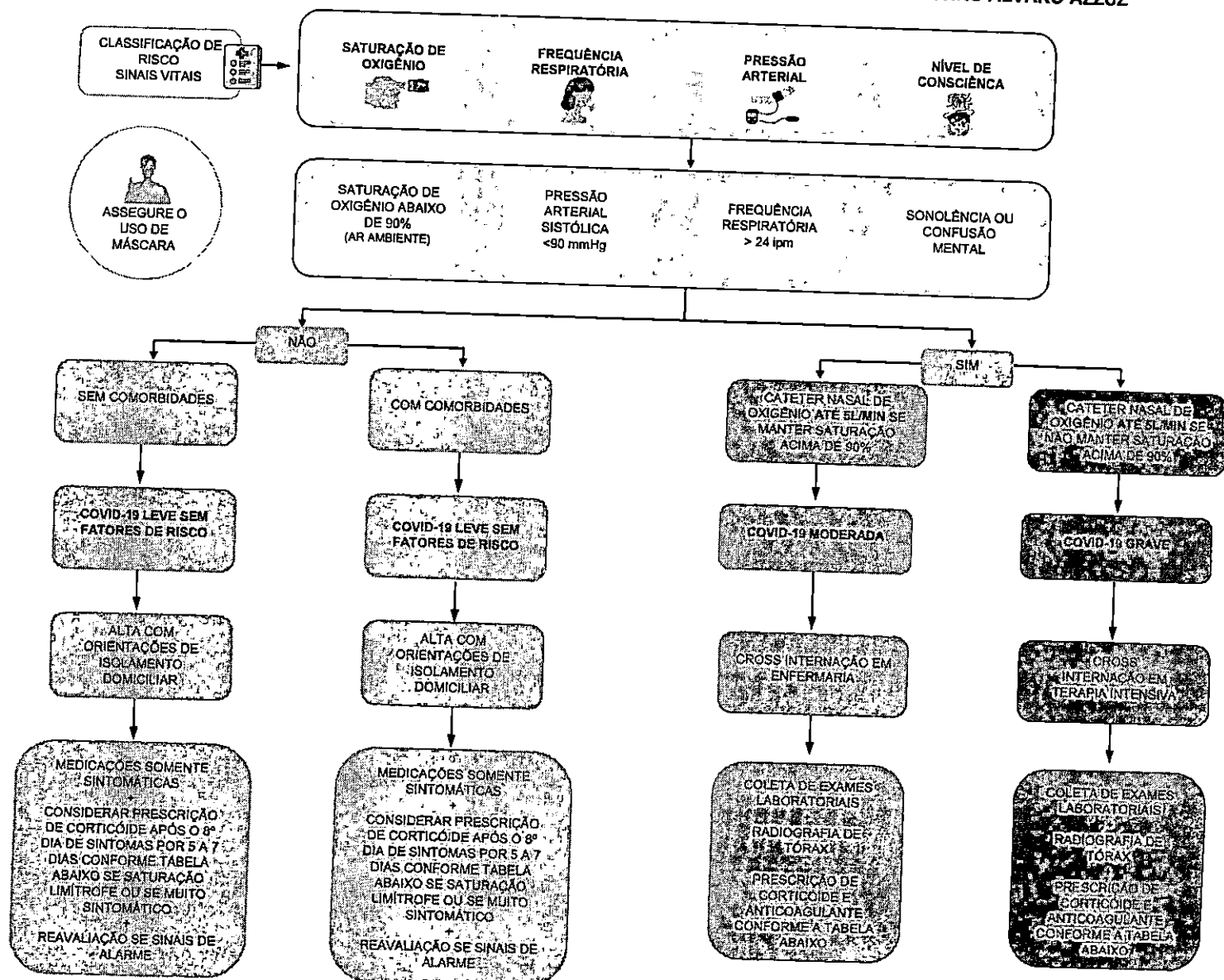
Enf.^a Marivânia Gonçalves da Silva
Especialista em SCIH

Sandra Regina da Silva
Sessão de Gestão
PSR Dr. Álvaro Azzuz

Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico
PSR Dr. Álvaro Azzuz


Enf.^a Giane Alves Steffoni
Coordenação da Rede de Urgência e Emergência

COVID-19: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO INICIAL DE ADULTOS NO PRONTO SOCORRO ÁLVARO AZZUZ



CORTICOSTEROÍDES E ANTICOAGULAÇÃO APÓS O 7º DIA DE SINTOMAS E NECESSIDADE DE OXIGENOTERAPIA					
ESQUEMA BÁSICO RECOMENDADO (dose diária)					
DESAMETAXONA	HIDROCORTISONA	PREDNISONA	ENOXAPARINA	HEPARINA NÃO FRACIONADA	
6mg	150mg	40mg	40mg	5.000 UI 12/12h	
ESQUEMA SUGERIDO CONFORME PESO (dose diária)					
6mg	200mg	60mg	40mg	5.000 UI 12/12h	
12mg	300mg	80mg	60mg	5.000 UI 12/12h	
16mg	400mg	100mg	60mg	5.000 UI 8/8h	
20mg	600mg	120mg	100mg	10.000 UI 12/12h	
24mg	600mg	140mg	100mg	10.000 UI 12/12h	
4mg/mL – 2,5mL (10mg)	100mg/amp, 500mg/amp	5mg/cp, 20mg/cp	20mg/amp, 40mg/amp, 60mg/amp, 80mg/amp	5.000 UI/amp	
ENDOVENOSA	ENDOVENOSA	ORAL	SUBCUTÂNEA	SUBCUTÂNEA	

SINAIS DE ALARME

- DIFICULDADE PARA RESPIRAR / FALTA DE AR
- CIANOSE LABIAL OU PERIFÉRICA
- OFEGANTE AO FALAR / FALA ENTRECORTADA
- HEMOPTISE
- ESTADO MENTAL ALTERADO OU SONOLÊNCIA GRAVE
- DOR / PRESSÃO NO PEITO (NÃO ASSOCIADA A TOSSE)
- INCAPACIDADE DE COMER, BEBER OU ANDAR
- OXIMETRIA MENOR QUE 94% EM AR AMBIENTE
- MUDANÇA SIGNIFICATIVA EM COMORBIDADES PREVIAS

EXAMES LABORATORIAIS - ALA

- HEMOGRAMA
- SÓDIO
- UREIA
- POTÁSSIO
- CREATINA
- URINA
- PROTEÍNA C REATIVA
- DÍMERO D
- GASOMETRIA

COMORBIDADES E FATORES DE RISCO

- IDADE > 60 ANOS
- OBESIDADE
- DIABETES
- CARDIOPATIA
- PNEUMOPATIA
- IMUNOSSUPRESSÃO

PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SOMENTE SE SUSPEITA DE INFECÇÃO BACTERIANA ASSOCIADA: SEGUIR PROTOCOLO DE ANTIBIOTICOTERAPIA COVID

ENOXAPARINA: UTILIZAR EM CLARENCE DE CREATININA ACIMA DE 30 mL/min/1,73m²

NÃO ESQUECER DE PROTETOR GÁSTRICO (Omeprazol)

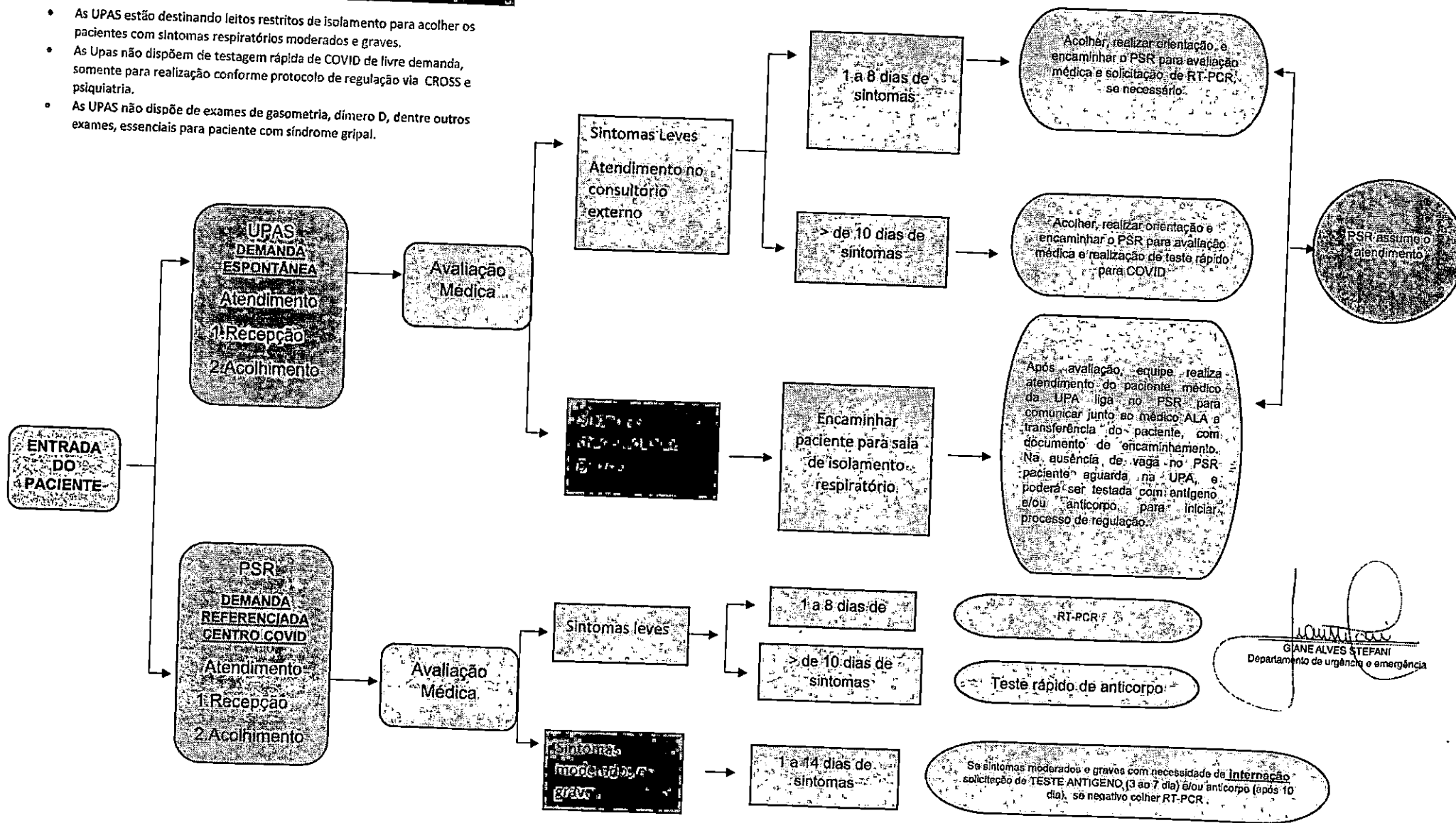
NA SEDAÇÃO, UTILIZAR BLOQUEADOR NEURO MUSCULAR QUANDO DIFICULDADE DE ACOPLAR PACIENTE AO VENTILADOR MECÂNICO/POSIÇÃO DE PRONA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fluxo de atendimento e de testagem – Síndrome Respiratória (COVID-19)

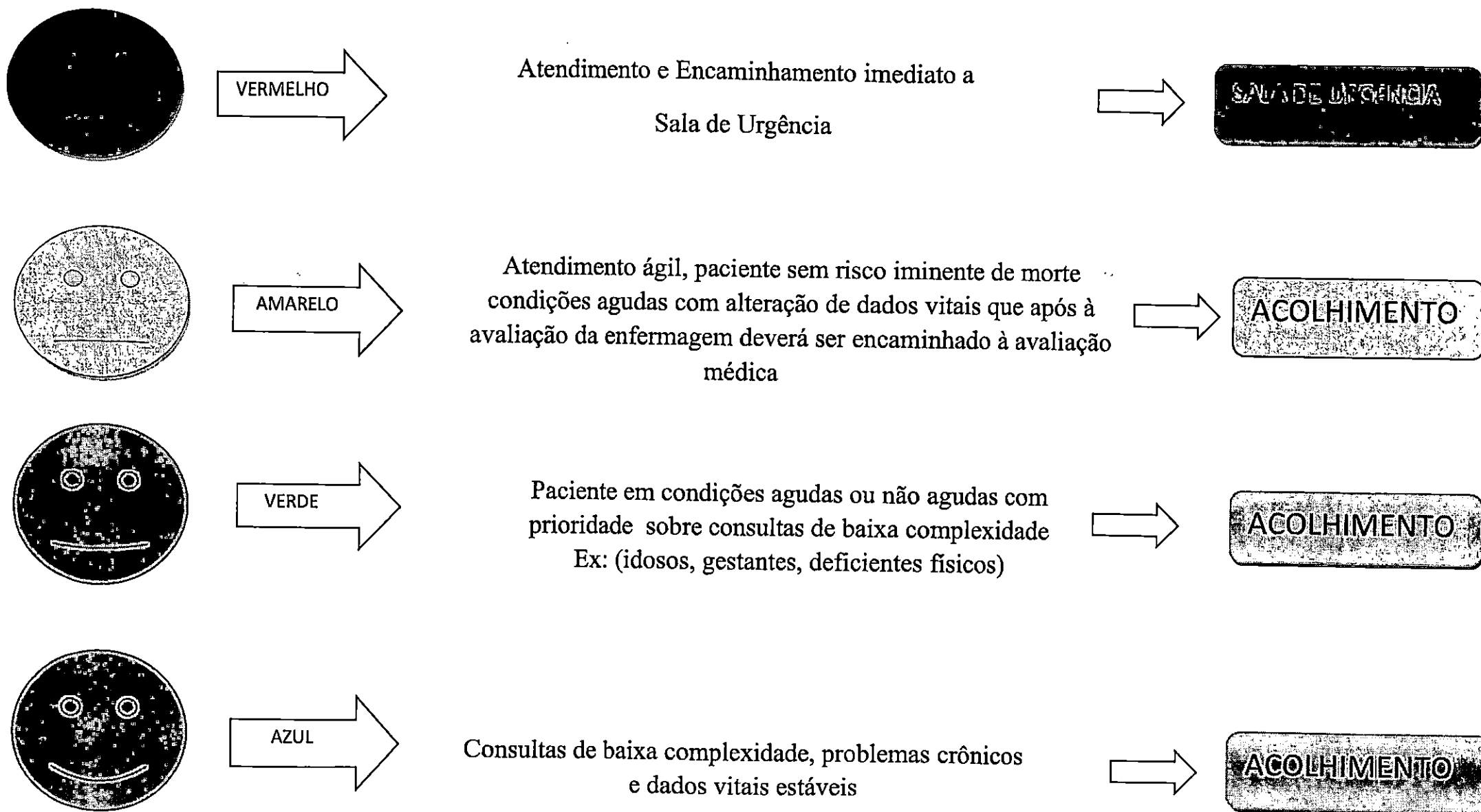
Observação das UPAS:

- As UPAS estão destinando leitos restritos de isolamento para acolher os pacientes com sintomas respiratórios moderados e graves.
- As UPAs não dispõem de testagem rápida de COVID de livre demanda, somente para realização conforme protocolo de regulação via CROSS e psiquiatria.
- As UPAS não dispõe de exames de gasometria, dímero D, dentre outros exames, essenciais para paciente com síndrome gripal.

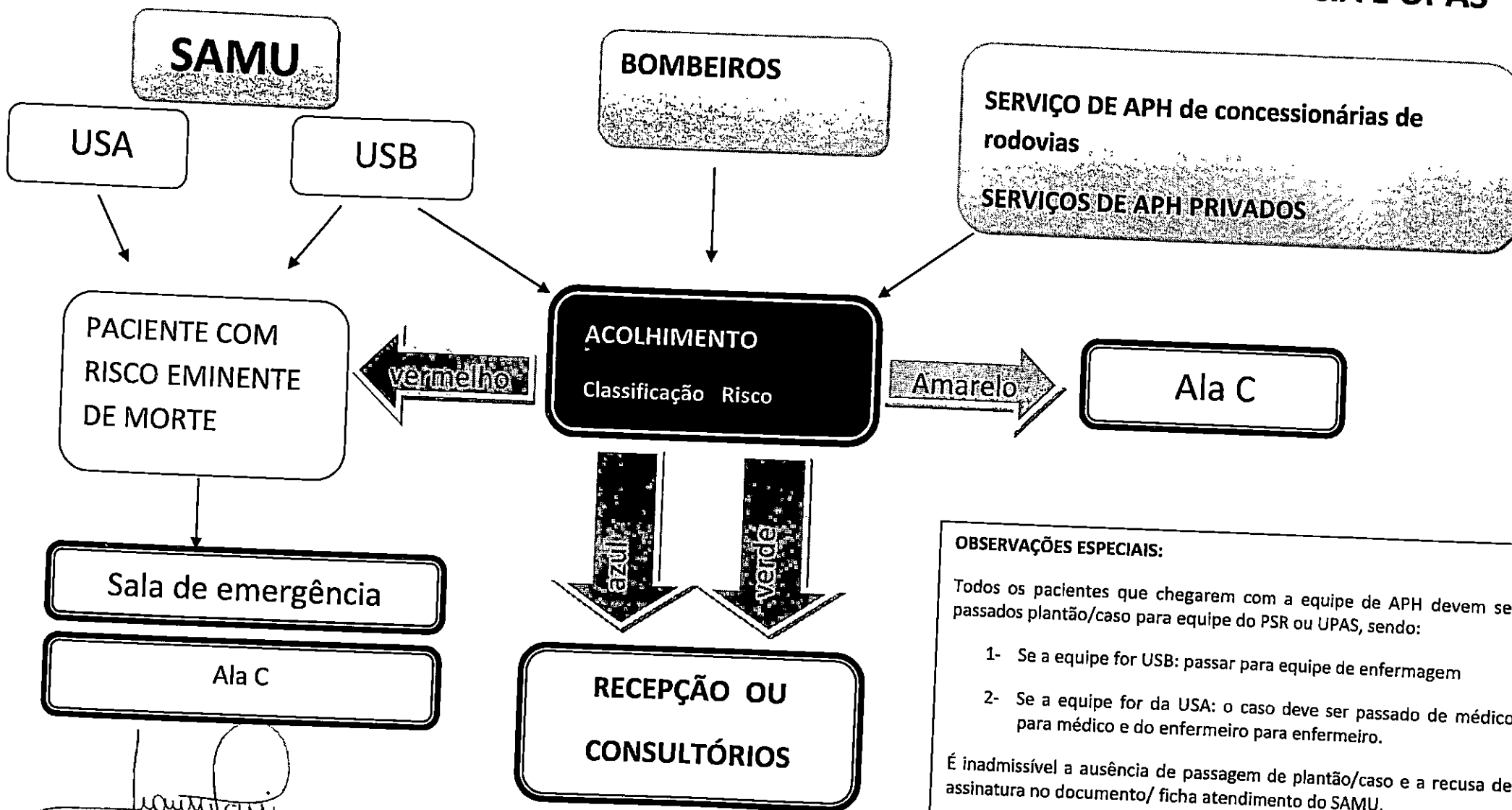


GIANE ALVES STEFANI
Departamento de urgência e emergência

FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO DO APH NO PRONTO SOCORRO DE REFERÊNCIA E UPAS



FLUXOGRAMA ACOLHIMENTO DO APH NO PRONTO SOCORRO DE REFERÊNCIA E UPAS



OBSERVAÇÕES ESPECIAIS:

Todos os pacientes que chegarem com a equipe de APH devem ser passados plantão/caso para equipe do PSR ou UPAS, sendo:

- 1- Se a equipe for USB: passar para equipe de enfermagem
- 2- Se a equipe for da USA: o caso deve ser passado de médico para médico e do enfermeiro para enfermeiro.

É inadmissível a ausência de passagem de plantão/caso e a recusa de assinatura no documento/ ficha atendimento do SAMU.

Maca de corredor não é leito, é necessário ter **LEITOS/VAGAS** nos setores além da disponibilidade de equipe para acompanhar e dar assistência ao paciente, principalmente no PSR que estão trabalhando com leitos/vagas além do habitual.

Giâne Alves Stefani
GIANE ALVES STEFANI
Departamento de urgência e emergência

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO AO SAMU NAS TRANSFERÊNCIAS INTER HOSPITALARES

As solicitações de apoio para o SAMU nas transferências Inter hospitalares devem seguir **CRITERIOSAMENTE** o roteiro abaixo:

Enfermeiro do PSR entra em contato com a Central de regulação de Urgência do SAMU através do telefone 192.



Tenha em mãos as seguintes informações :

- Nome completo do paciente
- MCV
- Local
- Telefone para contato

Tal procedimento é **obrigatório** para que o TARM do SAMU abra ficha via SIGS*, a transferência intra hospitalar é um procedimento que entra para estatísticas do SAMU e é Ministério da saúde, e deve seguir todo o trâmite habitual.



TARM digita ficha no sistema



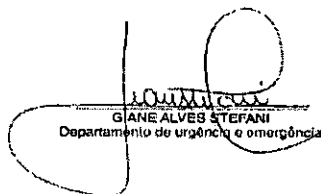
Enfermeiro do PSR transfere ligação para o médico responsável pela solicitação.



Médico regulador (MR) fala com médico solicitante.



MR faz a decisão baseado no gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder as solicitações



GIANE ALVES STEFANI
Departamento de urgência e emergência

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO NAS TRANSFERÊNCIAS INTER MUNICIPAIS PELA EQUIPE TERCERIZADA

As solicitações de apoio da empresa terceirizada para transferências Inter Municipal devem seguir **CRITERIOSAMENTE** o roteiro abaixo:

Vaga de internação liberada para cidades da região



Enfermeiro do PSR envia foto da NE para telefone da Miziara 16.9.9116-9634 escrito o destino do paciente. Não precisa aguardar autorização.



Logo após, entrar em contato com a empresa SAUDE MÓVEL no telefone 16.9.9393-2995, solicitando o transporte Inter municipal, enviando posteriormente a foto da NE.



Saúde Móvel inicia a organização e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a solicitação.



No caso de qualquer intercorrências relatar em caderno de passagem de plantão

Franca, 10 de Junho de 2021.

Memorando 42/2021 - Departamento de urgência e emergência

Assunto: Transferência Interhospitalar e intermunicipal

Prezados gestores da rede de urgência e emergência,

Considerando a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a PORTARIA N.º 1863/GM, EM 29 DE SETEMBRO DE 2003 Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Considerando PORTARIA N.º 1864/GM, EM 29 DE SETEMBRO DE 2003 Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

Considerando a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

Considerando Nota Técnica nº 68/2020, da Coordenação-Geral de Urgência (CGURG) do Ministério da Saúde que esclarece as atribuições do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 em transferências de pacientes entre unidades de saúde.

Considerando a gravidade da pandemia de COVID-19 no município de Franca, demonstrada pelos recentes boletins epidemiológicos, com súbita elevação dos casos mais graves e com a incidência de nova variante do vírus com evidências de maior infectividade, transmissibilidade e letalidade;

Considerando a taxa de ocupação hospitalar em leitos de UTI COVID – SUS - alcançou o índice de 100% e na rede privada chegando a 91% em maio de 2021.

Considerando o relevante aumento da demanda e do grau de complexidade dos pacientes no Pronto Socorro Álvaro Azzuz - Centro de Referência da COVID-19 e as possíveis liberações consecutivas de várias vagas de leitos, tanto no município como em toda nossa regional;

Considerando a premente necessidade de realizar as transferências dos pacientes de forma ágil após a finalização e liberação da vaga via sistema CROSS.

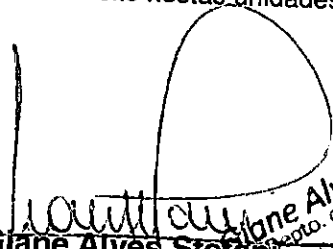
Abaixo segue quadro com objetivo de reiterar e informar sobre as equipes responsáveis pelas transferências inter-hospitalar e intermunicipais dos pacientes regulados via CROSS, de acordo com a condição do paciente, melhor recurso e finalização da ficha:

GAZ

Condição do paciente	Transferência	Melhor Recurso	Equipe responsável
Paciente em IOT com vaga liberada para UTI	Transferência intermunicipal de paciente do PSR	Ambulância tipo D com equipe mínima de: 1 condutor, 1 técnico de enfermagem e 1 médico.	Prioridade por empresa terceirizada. Eventualmente, dependendo da situação, pode ser realizado pela equipe do PSR.
Paciente em suporte ventilatório com vaga liberada para enfermaria	Transferência intermunicipal de paciente do PSR	Ambulância tipo B com equipe mínima de: 1 condutor e 1 técnico de enfermagem	Prioridade por empresa terceirizada. Eventualmente, dependendo da situação, pode ser realizado pela equipe do PSR.
Paciente em IOT com vaga liberada para UTI	Transferência Inter – hospitalar entre serviços dentro do município de Franca	Ambulância tipo D com equipe mínima de: 1 condutor, 1 técnico de enfermagem e 1 médico.	Realizado pela equipe do PSR com apoio do SAMU pela ambulância USA.
Paciente em suporte ventilatório com vaga liberada para enfermaria	Transferência Inter – hospitalar entre serviços dentro do município de Franca	Ambulância tipo B com equipe mínima de: 1 condutor e 1 técnico de enfermagem	Realizado pela equipe do PSR, com apoio do SAMU pela ambulância USB

* muitos pacientes entram por demanda espontânea pelas UPAS, e devido a falta de leitos no PSR, os pacientes COVID podem estar aguardando leito nestas unidades também.

Atenciosamente,


Gláucia Alves Stefani
Coordenadora do Departamento de Urgência e Emergência



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde



Título do documento	Protocolo de Terapia Nutricional para leitos de UTI Pronto Socorro Municipal de Franca	Página - 1/5
		Emissão: 19/03/2021
Nutricionista responsável: Thaís Neves Cervilha – CRN 45 921		

TERAPIA NUTRICIONAL EM LEITOS DE UTI



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde



Título do documento	Protocolo de Terapia Nutricional para leitos de UTI Pronto Socorro Municipal de Franca	Página - 2/5
		Emissão: 19/03/2021
Nutricionista responsável: Thaís Neves Cervilha – CRN 45 921		

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o dia 11 de março de 2020, considerou a classificação como pandemia do COVID-19, e nesse sentido há a necessidade do emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, conforme Portaria nº 188, de 03/02/2020, do Ministério da Saúde (MS).

O combate à pandemia se tornou o grande desafio atual, e a terapia nutricional é parte fundamental do cuidado integral na atenção ao paciente crítico. A maioria dos pacientes contaminados tem sido tratados em casa, em isolamento domiciliar. Entretanto, uma parte destes pacientes complicam e necessitam hospitalização, e cerca de 5% precisam de terapia intensiva. Neste subgrupo, as complicações mais frequentes são a disfunção respiratória e seguida da disfunção renal (BRASPEN, 2020).

Visando atender as recomendações sugeridas pela Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN), foi desenvolvido o Protocolo para atendimento de pacientes acometidos pelo coronavírus que permanecem intubados em leitos de UTI no Pronto Socorro Municipal “Álvaro Azzuz” de Franca por, no máximo, 48h até que sejam transferidos para hospitais de referência.



**Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde**



Título do documento	Protocolo de Terapia Nutricional para leitos de UTI Pronto Socorro Municipal de Franca	Página - 3/5
		Emissão: 19/03/2021
Nutricionista responsável: Thaís Neves Cervilha – CRN 45 921		

1.1 OBJETIVO

Garantir o bom estado nutricional do paciente durante o período de internação no Pronto Socorro Municipal "Álvaro Azzuz" de Franca.

2 ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA

2.1 Triagem Nutricional

Para atender aos critérios de segurança dos profissionais e dos pacientes, é recomendável que seja evitado o contato físico do nutricionista com os pacientes.

O profissional nutricionista pode utilizar-se de dados secundários de prontuário, contato telefônico e do intermédio de membros da equipe multiprofissional que já esteja na assistência direta aos pacientes.

Como forma de prevenção e pela pequena permanência do paciente na unidade foi preconizado um padrão para todos os pacientes.

2.2 Via de alimentação

Nutrição Enteral (NE) é a via preferencial e deve ser iniciada após intubação do paciente



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde



Título do documento	Protocolo de Terapia Nutricional para leitos de UTI Pronto Socorro Municipal de Franca	Página - 4/5
		Emissão: 19/03/2021
Nutricionista responsável: Thaís Neves Cervilha – CRN 45 921		

2.3 Recomendações nutricionais preconizadas pela BRASPEN

Aporte calórico na fase aguda: Utilizar fórmulas enterais com alta densidade calórica (1,5- 2,0kcal/ml) em pacientes com disfunção respiratória aguda e/ou renal, objetivando restrição da administração de fluidos.

Aporte proteico fase aguda: Sugerimos que estes doentes recebam entre 1,5 e 2,0 g/kg/dia de proteína, mesmo em caso de disfunção renal.

3 PRESCRIÇÃO

Fórmula modificada para nutrição enteral e oral, hipercalórica, 1.5kcal/ml, hiperproteica (>20%). Isenta de lactose e sem adição de sacarose. Apresentação em pack sistema fechado.

3.1 Administração

Dieta: Administração contínua, em bomba de infusão, 40ml/h durante 24h.

Água para hidratação: Administração de 150ml a cada 3 horas.



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde



Título do documento	Protocolo de Terapia Nutricional para leitos de UTI Pronto Socorro Municipal de Franca	Página - 5/5
		Emissão: 19/03/2021
Nutricionista responsável: Thaís Neves Cervilha – CRN 45 921		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, L. F., et al. Parecer BRASPEN/AMIB para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados. **BRASPEN J**; 35 (Supl 1):3-5, 2020.

 FRANCA GOVERNO MUNICIPAL PRONTO SOCORRO REFERÊNCIA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 01/21
		DATA 15/03/2021
ASSUNTO:	REVISÃO	PÁG.
TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19	01	1/8

1. INTRODUÇÃO

O COVID-19 (Corona Vírus Disease 2019), denominação dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma infecção causada pelo vírus SARS-CoV-2 da família dos coronavírus, constituído por uma fita simples de RNA (Vasconcelos Júnior, et al., 2020). A insuficiência respiratória na forma crítica da doença faz parte de uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) decorrente de lesões pulmonares causadas pelo SARS-CoV-2, e que se manifesta principalmente por dispneia de graus leves a intensos, tornando necessário suporte ventilatório e outros cuidados que evitem complicações mais graves, como pneumonias e sepse (YUAN M, et al., 2020).

O tratamento de suporte à Covid-19 inclui oxigênio, hidratação, antibióticos, antipiréticos, anti-inflamatórios e antitrombóticos a fim de reduzir a taxa de mortalidade. Embora a Covid-19 seja uma doença viral não afetada por antibióticos, dados iniciais hospitalares mostram que mais de 90% dos casos estão sendo tratados com esses medicamentos para curar ou proteger contra infecções secundárias durante a hospitalização (MARYN M, 2020 ; VASCONCELOS JR. et al., 2020).

A escolha da ceftriaxona, cefalosporina de 3ª geração, feita pelo corpo clínico como antimicrobiano para utilização nos pacientes graves COVID-19 positivos como medicação profilática nos pacientes atendidos nesta unidade de urgência, justifica-se pelo seu amplo espectro de ação tanto para microrganismos gram positivos quanto gram negativos suscetíveis (ANVISA, acesso em 01/03/2021).

De acordo com critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia, é possível identificar melhores desfechos clínicos nos pacientes com coagulopatias induzida pela sepse que receberam terapia anticoagulante (IBA, T. et al. 2019), fato observado na infecção de SARS-CoV-2, uma vez que a infecção por ele causada está relacionada ao aumento de citocinas inflamatórias (tempestade de citocinas) e distúrbios da coagulação com predisposição a formação de trombos (NASCIMENTO et al., 2020).

 PRONTO SOCORRO REFERÊNCIA	<u>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</u>		Nº 01/21
ASSUNTO: TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19	REVISÃO 01	DATA 15/03/2021' PÁG. 2/8	

2. OBJETIVOS

Descrever os procedimentos para utilização de medicações profiláticas tais como antibiótico (ceftriaxona) e anticoagulantes (heparina e enoxaparina) no tratamento dos pacientes COVID-19 positivos em leitos da unidade de pronto atendimento Dr Álvaro J Azzus.

3. DEFINIÇÕES

Infecção sem disfunção Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.

Sepse Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.

Choque séptico Sepsis que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM $\leq$ 65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.

4. RESPONSABILIDADE

Todos os que entram em contato direto com a medicação têm a responsabilidade de seguir as Boas Práticas associadas ao uso do medicamento.

- Equipe Farmacêutica (Farmacêuticos; Técnicos e Auxiliares de Farmácia)
- Equipe de Enfermagem (Enfermeiros; Técnicos e Auxiliares de Enfermagem)
- Médicos
- Auxiliares de Saúde;

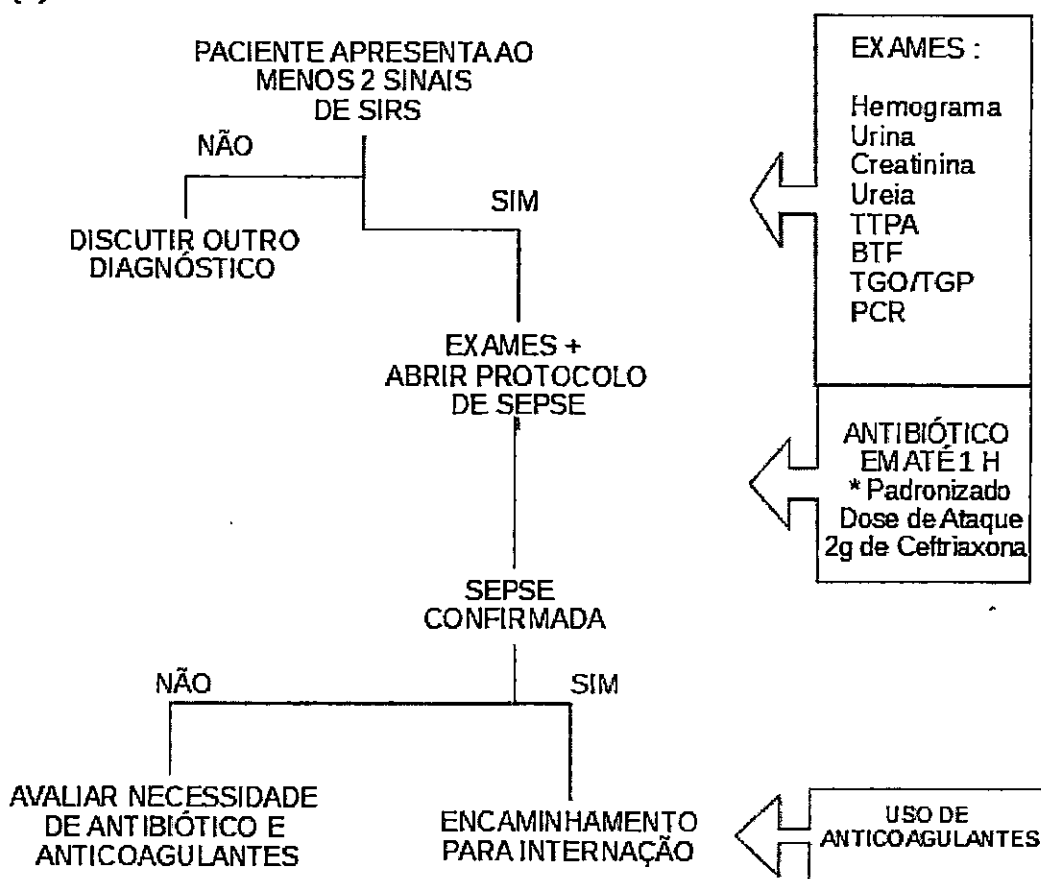
 FRANCA GOVERNO MUNICIPAL	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 01/21
		DATA 15/03/2021
ASSUNTO: TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19	REVISÃO 01	PÁG. 3/8

5. PROCEDIMENTOS

PROTOCOLO DE SEPSE

Sinais de Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS)

- () Frequência Cardíaca >90bpm ou <50bpm
- () Frequência Respiratória >20rpm ou PaCO₂ <32mmHG
- () Temperatura >38,3°C ou <36°C
- () Alterações Mentais (confusão/sonolência/ agitação)
- () Hipotensão induzida por sepse (PAS <90 mmHg)
- () Leucocitose >12.000/mm³ ou Leucopenia <4.000/mm³
- () PAO₂<90 ou SATO₂<90



 PRONTO SOCORRO REFERÊNCIA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Nº 01/21
ASSUNTO: TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19		REVISÃO 01	DATA 15/03/2021 PÁG. 4/8

POSOLOGIA DE ANTIBIÓTICOTERAPIA

1G DE CEFTRIAXONA A CADA 12H
* Dose de Manutenção

ADMINISTRAÇÃO IM

1G DE CEFTRIAXONA+ 3,5ML DO LUIENTE DE LIDOCAÍNA A 1%

ADMINISTRAÇÃO EV

1G DE CEFTRIAXONA EM 10ML DE ÁGUA PARA INJETÁVEIS
APLICAR LENTAMENTE POR 2 A 4 MINUTOS.

OBSERVAÇÕES

Uso concomitante de ceftriaxona com antagonistas da vitamina K (antitrombóticos) pode aumentar o risco de sangramentos. Não administrar no mesmo horário e monitorar parâmetros de coagulação antes e após o uso desta medicação quando com uso de anticoagulantes.

Não há necessidade de diminuição de dose em pacientes com insuficiência hepática desde que a função renal esteja preservada .

 FRANCA GOVERNO MUNICIPAL PRONTO SOCORRO REFERÊNCIA	<u>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</u>	Nº 01/21
		DATA 15/03/2021
ASSUNTO: TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19	REVISÃO 01	PÁG. 5/8

PROTOCOLO DE ANTICOAGULANTES

HEPARINIZAÇÃO

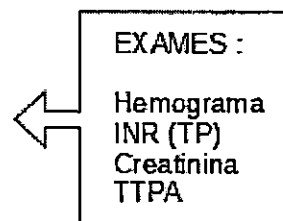
Solicitação de exames antes do início da heparinização e monitorar a cada 6 horas por exames. Após 2 resultados seguidos dentro da faixa de ideal espaçar para monitoramento a cada 12h.

Critérios para Heparinização plena

- Angina Instável
- Tromboembolismo pulmonar
- Quadros progressivos de isquemia cerebral por doença vascular

Critérios de exclusão:

- Hemorragias
- Insuficiência Renal (Cl Cr <30ml/min)
- Plaquetopenia ou INR >1,5



POSOLOGIA:

5000U/mL em bolus inicial

Manutenção 1000U/h (25000U em 250mL de diluente)

Diluição em SG 5% ou SF0,9%

CRITÉRIOS PARA ENOXAPARINA

Pacientes de alto risco não eletivos para heparinização

POSOLOGIA: 1mg/kg SC 12/12h

DOSE PROFILÁTICA : 40mg/dia

 PRONTO SOCORRO REFERÊNCIA	<u>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</u>	Nº 01/21
		DATA 15/03/2021
ASSUNTO: TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19	REVISÃO 01	PÁG. 6/8

6- ANEXOS

A- Ficha de Solicitação de Uso de Ceftriaxona

SOLICITAÇÃO DE USO DE CEFTRIAXONA

*****ESTE MEDICAMENTO SERÁ DISPENSADO PARA PACIENTES COM SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Paciente: _____

DN: ____/____/____

MCV: _____

Apresentação: 1 grama- frasco ampola Quantidade : () 1 frasco () 2 frascos

Justificativa da indicação:

- () Primeira escolha para tratamentos de meningites
- () Primeira escolha para tratamento de pneumonias com sinais de gravidade e indicação de internação
- () Pielonefrites com indicação de internação
- () Sepsis

Outros (descrever a razão da indicação):

Data : ____/____/____

Médico Solicitante/Carimbo : _____

Para uso Setor Farmácia:

 FRANCA GOVERNO MUNICIPAL PRONTO SOCORRO REFERÊNCIA	<u>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</u>	Nº 01/21
		DATA 15/03/2021
ASSUNTO: TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19	REVISÃO 01	PÁG. 7/8

7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

YUAN M, et al. Association of radiologic findings with mortality of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Plos one. 2020.

VASCONCELOS JÚNIOR et al. Espectro clínico da infecção por COVID-19 nos organismos humanos: revisão bibliográfica Electronic Journal Collection Health | ISSN 2178-2091. 2020

MARYN M. Covid-19 May Worsen the Antibiotic Resistance Crisis. Science. 2020

ANVISA. Bulário Eletrônico. Disponível em :<<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=ceftriaxona>>. Acesso em : 01, março de 2021.

IBA T, LEVY JH, WARKENTIN TE, TACHILL J, VAN DER POLL T. Diagnosis and management of sepsis-induced coagulopathy and disseminated intravascular coagulation. J Thromb Haemost. 2019; 17(11):1989–94

NASCIMENTO J, GOMES B, DO CARMO J, PETRIZ, J, RIZK S, SILVA COSTA I, LACERDA M, BACAL F, HAJJAR L, OLIVEIRA G. COVID-19 e Estado de Hipercoagulabilidade: Uma Nova Perspectiva Terapêutica. Arq. Bras. Cardiol.vol.114 no.5 São Paulo.2020.

 PRONTO SOCORRO REFERÊNCIA	<u>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</u>		Nº 01/21
			DATA 15/03/2021
ASSUNTO: TERAPIAS MEDICAMENTOSAS EM LEITOS COVID-19		REVISÃO 01	PÁG. 8/8

Este Procedimento Operacional Padrão passa a ter validade imediata após aprovação do mesmo.

Franca, 15 de março de 2021

Aprovado por:

MÉDICO RT:

Franca, 01 de Fevereiro de 2021.

Orientação Nº 02
Fluxo de Declaração de Óbitos

O documento de declaração de Óbito deve ser preenchido **exclusivamente pelo profissional médico**. Devem ser preenchidos todos os campos essenciais, tendo em vista que esse documento é essencial para realização do boletim de óbito e demais procedimentos mortuários. As declarações são numeradas e deve ser respeitada a ordem. Em hipótese alguma, as declarações podem ser rasgadas ou descartadas. Após o preenchimento da declaração, a mesma deve ser entregue ao enfermeiro para os devidos procedimentos secundários.

Cabe ao enfermeiro que estiver no plantão, xerocar a declaração e colar no livro de óbitos da unidade, registrando os seguintes dados no livro: nome do paciente; data de nascimento; número de prontuário, nome da funerária ao qual o corpo foi entregue e nome do profissional da funerária que recebeu o corpo. Junto ao corpo, entregar a via amarela para a equipe da funerária. A via branca deve ser digitalizada pelo enfermeiro do plantão e enviada por e-mail para a vigilância epidemiológica (epifranca@franca.sp.gov.br). Depois de encaminhado o e-mail, deixar o prontuário com ambas as vias (branca e amarela) na mesa da coordenação.

É de **responsabilidade do enfermeiro**, organizar o fluxo correto das declarações de óbito, atentando-se para o uso e arquivo correto das mesmas.


Enfi. Clara Cayeiro Cruz
Coren-SP 500.939
Coordenação de Enfermagem.

Franca, 26, de março de 2021.

Prezados Médicos,

Segue anexo um modelo padronizado, realizado pelas coordenações do PSR e Departamento de Urgência e Emergência, de boletim informativo de pacientes que estão aguardando vaga nos hospitais para ser repassado aos familiares que procuram informações de seus parentes no intuito de facilitar a comunicação.

O horário determinado para iniciar o boletim com os familiares é das 16horas as 18horas diariamente.

Modelo de Boletim informativo para termos um padrão na comunicação com os familiares.

Paciente: x

Data de internação OS

Paciente X, internado desde o dia xx/xx/xxxx, com o diagnóstico de covid 19 (se estiver confirmado, ou suspeito), e pneumonia viral.

Está entubado (se estiver). No momento se encontra em uso de antibiótico xxx, está no Dx de x dias programados.

Apresentou-se afebril nas ultimas 24 hrs (ou se teve febre detalhar para familiares)

Apresentou-se confortável, em uso ou não de oxigenioterapia. Se houve necessidade de aumentar a oferta de oxigênio, informar e se paciente ficou mais confortável.

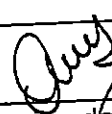
Paciente em uso de anticoagulantes para evitar complicações pelo vírus do covid.

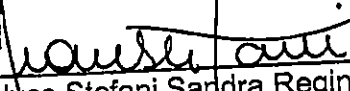
Paciente não apresentou nenhuma intercorrência.

Programação de alta – se houver.

Perguntar se existe alguma dúvida.

Rafael Talafico Pinheiro
Coordenador médico do PSR
CRM/SP 170760


Sandra Regina da Silva
Seção de Gestão PSR/PSI


Giane Alves Stefani Sandra Regina da Silva
Coordenadora das Urgências e Emergências

**PROTOCOLO DE SEDAÇÃO PADRÃO
(MIDAZOLAM + FENTANILA)**

CONFORME ORIENTAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA NO DOCUMENTO DE ORIENTAÇÃO SOBRE MANEJO DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS, SEGUEM AS RECOMENDAÇÕES DAS CONCENTRAÇÕES DE MANUTENÇÃO DE INFUSÃO PARA MIDAZOLAM E FENTANIL:

MIDAZOLAM : 0,02 A 0,1 MG/KG/H
FENTANILA 0,7 A 10 MCG/KG/H

PADRÕES(P/ DILUIÇÃO EM 250ML SF + medicações):

MIDAZOLAM: 15MG/3ML * 16 AMPOLAS = 240MG / 306ML = 0,78 MG/ML

MIDAZOLAM: 50MG/10ML * 4AMPOLAS = 200MG / 300ML = 0,66 MG/ML

MIDAZOLAM: 50MG/10ML * 5 AMPOLAS = 250MG / 300ML = 0,83 MG/ML

FENTANILA 100MCG/2ML * 4 AMPOLAS = 400MCG/300ML = 1,3 MCG/ML

FENTANILA 500MCG/10ML * 1 AMPOLA = 500MCG/300ML = 1,66MCG/ML

INFUSÃO EM PACIENTE:

60KG: MIDAZOLAM (1,2 A 6MG/H)
FENTANIL (4,2 A 60MCG/H)

80KG: MIDAZOLAM (1,6 A 8 MG/H)
FENTANIL (5,6 A 80 MCG/H)

100KG: MIDAZOLAM (2 A 10 MG/H)
FENTANIL (7 A 100 MCG/H)

***Especificar em prescrição concentração e quantidade de ampolas obrigatoriamente.**
Indicação preferencial do protocolo sinalizada em amarelo.

Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico PSR

**DIRETRIZES PARA UTILIZAÇÃO DE BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES
NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE FRANCA EM PACIENTES COVID-19
POSITIVOS**

Na Síndrome de SARS-CoV-2 pacientes que apresentem sintomas graves que envolvem pneumonia ou síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG/ SARA), lesão inflamatória aguda e difusa pulmonar que provoca aumento da permeabilidade vascular do pulmão e diminuição de tecido aerado em geral, necessitam primariamente de oxigenoterapia, aumento do oxigênio no sangue arterial pela maior concentração de oxigênio no ar inspirado. (UNICAMP, 2020; MENDES et al., 2010)

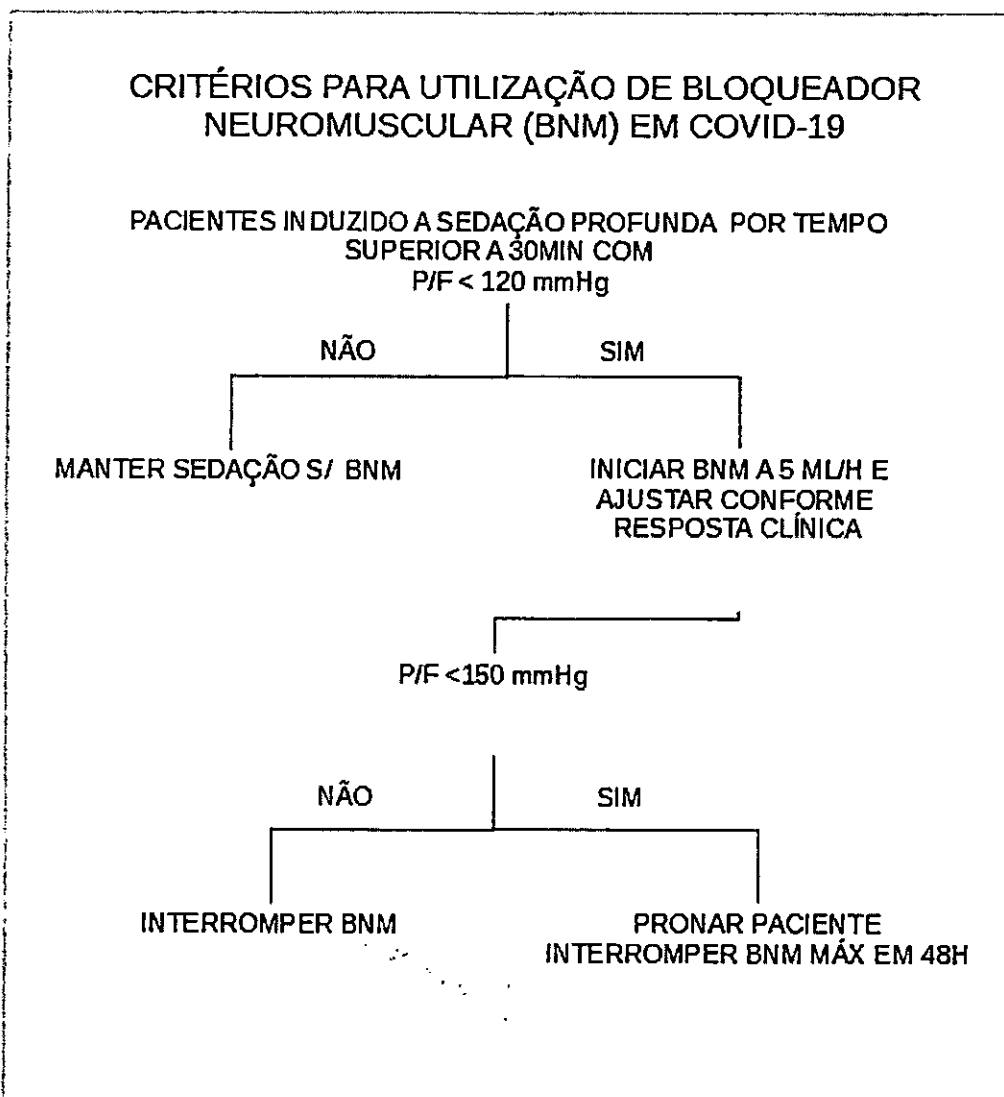
Além da suplementação com oxigênio pacientes com SARA, beneficiam-se da posição pronada nas intervenções iniciais, uma vez que a área perfundida posterior também passa a ser melhor ventilada, diminuindo a hipoxemia quando a relação PaO_2/FiO_2 é menor que 150. Recomenda-se também na SARA moderada ou grave usar a posição pronada em pacientes que apresentem disfunção do Ventrículo Direito (VD) com hipoxemia controlada; e nos pacientes com dificuldade de se manter a estratégia protetora dentro de limites de segurança (Pressão de Distensão ≤ 15 cmH₂O e pH > 7.15).

Conforme preconizado pela Associação De Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o uso de Bloqueadores neuromusculares (BNM) é recomendado nos casos de SARA com $PaO_2/FiO_2 < 120$ mmHg sob sedação profunda, recomendando-se utilizar os bloqueadores nas primeiras 48 horas de suporte ventilatório. Pacientes COVID-19 graves em geral evoluem com fibrose pulmonar e o uso de bloqueadores neuromusculares diminui a resistência fibrosa permitindo a expansão pulmonar além de facilitar a ação dos sedativos na manutenção da sedação.

Dentre os bloqueadores neuromusculares, adotamos o cisatracúrio como opção primária sendo os outros bloqueadores requisitados conforme demanda de mercado uma vez que a pandemia reduziu drasticamente a quantidade de medicação disponível para aquisição. Todas as opções de bloqueadores são válidas sendo as faixas terapêuticas similares e os protocolos individuais orientados conforme disponibilização.

O cisatracúrio é bloqueador neuromuscular não-despolarizante de duração intermediária, para administração intravenosa que se liga aos receptores colinérgicos na placa motora terminal, antagonizando a ação da acetilcolina e resultando em bloqueio competitivo da transmissão neuromuscular. Essa ação é prontamente revertida pelo uso de inibidores da acetilcolinesterase, como neostigmina ou edrofônio.

FLUXOGRAMA DE UTILIZAÇÃO DOS BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Bulário Eletrônico.(<https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>; acesso em : 07/06/2021 às 20:50)

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVISTA BRASILEIRA. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. (https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/junho/15/Diretrizes_Brasileiras_de_Ventilacao_Mecanica_2013_AMIB_SBPT_Arquivo_Eletronico_Oficial.pdf; acesso em : 07/06/2021 às 20:55)

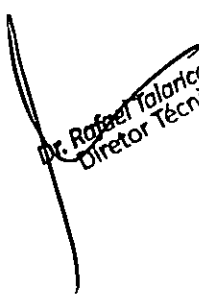
BARATELLA, ELISA et al. Gravidade do comprometimento pulmonar em radiografias de tórax de pacientes infectados por SARS-coronavirus-2 como possível ferramenta para prever a evolução clínica: análise retrospectiva observacional da relação entre dados radiológicos, clínicos e laboratoriais. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Vol.46 Número 5 / 2020

MENDES, TELMA DE ALMEIDA B, *et al.* Adequação do uso do oxigênio por meio da oximetria de pulso: um processo importante de segurança do paciente . Einstein. 2010; 8(4 Pt 1):449-55

UNICAMP. Manejo do paciente internado na enfermaria com COVID-19. Hospital de Clínicas - HC , 2020.

Este Protocolo entre em vigor na presente data mediante aprovação dos responsáveis técnicos da unidade.

FRANCA, 07 DE JUNHO DE 2021.


Dr. Rafael Tolentino Pinheiro
Diretor Técnico PS2

Cloridrato de Dexmedetomidina (Precedex®)
200mcg/2mL

Via: Intravenosa

Mecanismo de Ação: agonista alfa2-adrenérgico relativamente seletivo com propriedades sedativas .

Farmacocinética:

Advertências e Precaução: Necessária redução de dosagem em pacientes com insuficiência renal não sendo necessário ajusta em casos de insuficiência hepática.

Relatos de hipotensão e bradicardia foram associados com a infusão desta medicação.

Não indicado para sedação em pacientes com bloqueio cardíaco avançado e/ou disfunção ventricular grave, hipovolemia, diabetes mellitus ou hipertensão crônica e em pacientes idosos.

Foi observado que pacientes recebendo dexmedetomidina ficam despertáveis e alertas quando estimulados. Este é um componente esperado da sedação por dexmedetomidina e não deve ser considerado como evidência de falta de eficácia na ausência de outros sinais e sintomas clínicos.

A segurança e a eficácia do cloridrato de dexmedetomidina em pacientes menores de 18 anos não foram estudadas.

Estabilidade: 24 horas após diluição

Armazenamento: Conservado em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C)

Vias de Administração: Infusão contínua, não sendo desejável administração in bolus devido aos efeitos colaterais de bradicardia e parada sinusal.

Para preparar a infusão, retirar 2 mL de dexmedetomidina solução injetável concentrada para infusão e adicione 48 mL de cloreto de sódio a 0,9% para totalizar 50 mL. Para misturar de modo correto, agite suavemente. O cloridrato de dexmedetomidina deve ser administrado através de um sistema de infusão controlada.

Compatibilidades: Solução de ringer lactato, dextrose a 5%, cloreto de sódio a 0,9%, manitol a 20%, cloridrato de alfentanila, sulfato de amicacina, aminofilina, cloridrato de amiodarona, ampicilina sódica, ampicilina sódica + sulbactam sódica, azitromicina,

aztreonam, tosilato de bretílio, bumetanida, tartarato de butorfanol, gluconato de cálcio, cefazolina sódica, cloridrato de cefipima, cefoperazona sódica, cefotaxima sódica, cefotetana sódica, cefoxitina sódica, ceftazidima, ceftizoxima sódica, ceftriaxona sódica, cefuroxima sódica, cloridrato de clorpromazina, cloridrato de cimetidina, ciprofloxacino, besilato de cisatracúrio, fosfato de clindamicina, fosfato sódico de dexametasona, digoxina, cloridrato de diltiazem, cloridrato de difenidramina, cloridrato de dobutamina, mesilato de dolasetrona, cloridrato de dopamina, hclato de doxiciclina, droperidol, enalapril, cloridrato de efedrina, cloridrato de epinefrina, lactobionato de eritromicina, esmolol, famotidina, mesilato de fenoldopam, fluconazol, furosemida, gatifloxacino, sulfato de gentamicina, cloridrato de granisetrona, lactato de haloperidol, heparina sódica, succinato sódico de hidrocortisona, cloridrato de hidromorфона, cloridrato de hidroxizina, lactato de inamrinona, cloridrato de isoproterenol, ceterolaco de trometamina, labetalol, levofloxacino, cloridrato de lidocaína, linezolid, lorazepam, sulfato de magnésio, cloridrato de meperidina, succinato sódico de metilprednisolona, cloridrato de metoclopramida, metronidazol, lactato de milrinona, cloridrato de nalbufina, nitroglicerina, bitartarato de norepinefrina, ofloxacino, cloridrato de ondansetrona, piperacilina sódica, piperacilina sódica + tazobactam sódico, cloreto de potássio, cloridrato de procainamida, edisilato de proclorperazina, cloridrato de prometazina, propofol, cloridrato de ranitidina, brometo de rapacurônio, cloridrato de remifentanila, brometo de rocurônio, bicarbonato de sódio, nitroprusseto de sódio, citrato de sufentanila, sulfametoxazol, trimetoprima, teofilina, ticarcilina dissódica, ticarcilina dissódica + clavulanato de potássio, sulfato de tobramicina, cloridrato de vancomicina, cloridrato de verapamil, tiopental sódico, etomidato, brometo de vecurônio, brometo de pancurônio, succinilcolina, besilato de atracúrio, cloreto de mivacúrio, brometo de glicopirrônio, cloridrato de fenilefrina, sulfato de atropina, midazolam, sulfato de morfina, citrato de fentanila, além de substitutos do plasma.

Incompatibilidades: Dexmetomidina não deve ser misturado com outros produtos ou diluentes, exceto aqueles mencionados acima. Foi demonstrada incompatibilidade com: anfotericina B e diazepam. Precedex® não deve ser coadministrado através do mesmo cateter intravenoso com sangue ou plasma porque a compatibilidade física não foi estabelecida.

Interações Medicamentosas: A coadministração com anestésicos, sedativos, hipnóticos e opioides está suscetível ao aumento desses efeitos.

Riscos: Em casos de Hipertermia resistente induzida pela dexmetomidina suspender medicação.

Superdosagem: diminuir ou interromper a infusão da medicação, aumentando o índice de administração intravenosa de fluidos, elevação das extremidades inferiores e uso de agentes pressores. A administração de agentes anticolinérgicos (por exemplo, glicopirrolato, atropina) deve ser considerada para modificar o tônus vagal.

Diluição: Solução de cloreto de sódio a 0,9%, Solução ringer lactato, Solução de Glicose 5%.

Doses: Para pacientes adultos é recomendável iniciar dexmedetomidina com uma dose de 1,0 mcg/kg por dez minutos, seguida por uma infusão de manutenção que pode variar de 0,2 a 0,7 mcg/kg/h. A taxa de infusão de manutenção pode ser ajustada para se obter o efeito clínico desejado. Em estudos clínicos com infusões por mais de 24 horas de duração, foram utilizadas doses baixas como 0,05 mcg/kg/h. A dexmedetomidina tem sido administrada tanto para pacientes que requerem ventilação mecânica quanto para aqueles com respiração espontânea após extubação. Foi observado que pacientes recebendo dexmedetomidina ficam despertáveis e alertas quando estimulados. Este é um componente esperado da sedação por dexmedetomidina e não deve ser considerado como evidência de falta de eficácia na ausência de outros sinais e sintomas clínicos. A dexmedetomidina foi continuamente infundida em pacientes ventilados mecanicamente antes da extubação, durante extubação e pós-extubação. Não é necessário descontinuar a dexmedetomidina antes da extubação.

Bolus: Não indicado

Inicial : 1,0 mcg/kg por dez minutos

Manutenção: 0,2 a 0,7 mcg/kg/h

Sedação maior que 24h :0,05 mcg/kg/h


Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico PSR

PROTOCOLO DEXMETOMIDINA 200MCG/2ML

PADRÃO ADOPTADO:

3 AMP de Dexmetomidina diluidas em SF 250mL

1ml = 100mcg

Manutenção = 0,2 a 0,7 mcg/kg/h

Ex:

PARA 60KG = 0,2 a 0,7 mcg X 60kg X 1 hora = 12mcg a 42mcg

PARA 80KG = 0,2 a 0,7 mcg X 80kg X 1 hora = 16mcg a 56mcg

PARA 120KG = 0,2 a 0,7 mcg X 120kg X 1 hora = 24mcg a 84mcg

Se adotado 3 ampolas em SF de 250 ml = $600\text{mcg}/250\text{ml} = 2,34\text{ mcg/ml}$

PARA 60KG = 5 a 18 ml/h

PARA 80KG = 7 a 24 ml/h

PARA 120KG = 10 a 35 ml/h

$\xrightarrow[5 \text{ a } 18 \text{ ML / HORA}]{\text{CORRER A}}$ PARA 60KG

$\xrightarrow[7 \text{ a } 24\text{ML / HORA}]{\text{CORRER A}}$ PARA 80KG

$\xrightarrow[10 \text{ a } 35\text{ML / HORA}]{\text{CORRER A}}$ PARA 120KG

DIRETRIZES PARA UTILIZAÇÃO EMPÍRICA DE ANTIMICROBIANOS NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE FRANCA EM PACIENTES COVID-19 POSITIVOS

COVID-19 é uma nova doença infecciosa do trato respiratório com espectro clínico que pode variar desde pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos, até quadros de insuficiência respiratória aguda grave, com necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e evolução para síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). Nesse contexto, a mortalidade pode variar de 26% a 86% (FALAVIGNIA ET AL., 2020)

Conforme preconizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira quanto ao uso de drogas antimicrobianas na Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), seguindo as diretrizes de 2019 da American Thoracic Society e Infectious Diseases Society of America, recomenda-se a antibioticoterapia empírica baseada na presença ou ausência de fatores de risco para bactérias gram-negativas e grampositivas multirresistentes.

Segundo esta diretriz, na ausência de tais fatores de risco, a antibioticoterapia empírica deverá consistir da combinação de um betalactâmico associado a um macrolídeo ou da combinação de um betalactâmico a uma fluoroquinolona respiratória.

Dentre os betalactâmicos foi padronizado nesta instituição para o tratamento de pacientes com COVID-19 a Ceftriaxona 2 g por dia e como macrolídeos a Azitromicina 500 mg por dia

Na presença de fatores de risco para bactérias multirresistentes, a diretriz supracitada fornece outras recomendações de antibioticoterapia empírica como o uso de piperacilina-tazobactam (4,5 g a cada 6 A 8 horas), cefepime (2 g a cada 8 horas), ceftazidima (2 g a cada 8 horas), meropenem (1 g a cada 8 horas) ou imipenem (500 mg a cada 6 horas associado a vancomicina (15 mg/kg a cada 12 horas, ajuste com base nos níveis) ou linezolida (600 mg a cada 12 h).

A cefepima é um antibiótico bactericida de amplo espectro cefalosporínico que inibe a síntese da parede celular bacteriana. Cefepima não é contra-indicado para pacientes com insuficiência renal, devendo apenas, devido ao prolongamento da farmacocinética nestes pacientes, ser ajustada conforme *clearance* renal, não sendo necessário ajuste de dose em

caso de insuficiência hepática. Esta medicação tem amplo espectro de atividade contra uma grande variedade de bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, incluindo a maioria das cepas resistentes aos aminoglicosídeos ou às cefalosporinas de terceira geração.

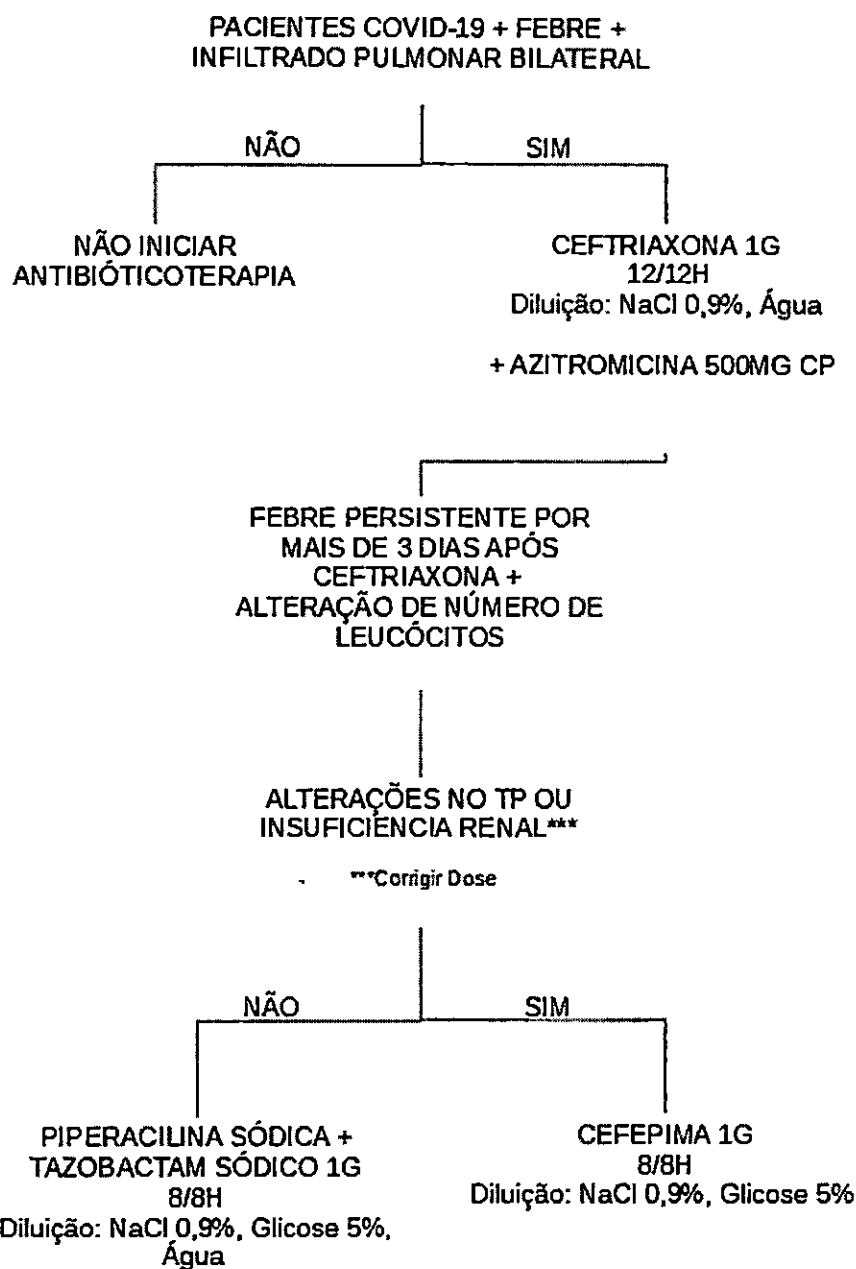
Já a Piperaciclina sódica (penicilina semi-sintética) associada ao tazobactam sódico (inibidor de β -lactamase) é uma medicação antibacteriana de ampla cobertura utilizado contra bactérias do trato respiratório inferior (pneumonias), sepse bacteriana, infecções polimicrobianas dentre outras infecções sensíveis ao medicamento.

A piperaciclina sódica associada ao tazobactam deve ser monitorada frequentemente quando utilizada com anticoagulantes bem como quando associada a bloqueadores neuromusculares por potencializar a ação dessas medicações, não sendo indicada para pacientes com insuficiência renal.

Em relação à Ceftriaxona, a mesma pode ser utilizada em pacientes renais crônicos, podendo a utilização concomitante com antagonistas da vitamina K potencializar o risco de sangramentos e, portanto, sendo necessário o monitoramento dos parâmetros de coagulação.

Tanto a Ceftriaxona quanto a Piperaciclina não devem ser administradas em pacientes com hipersensibilidade às penicilinas e betalactâmicos.

**CRITÉRIOS ADOTADOS PARA ANTIBIOTICOTERAPIA
EMPÍRICA EM PACIENTES INTERNADOS COVID-19**



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Bulário Eletrônico.(<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/250000102439396> ; acesso em : 06/05/2021 às 13:50)

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVISTA BRASILEIRA.Terapia Antimicrobiana Empírica Na Síndrome Respiratória Aguda Grave: Pelo Comitê De Infecção E Sepse Da Amib.(https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/26/19_Terapia_antimicrobiana_empirica_na_sindrome_respiratoria_aguda_grave_pelo_Comite_de_Infeccao_e_Sepse_da_AMIB.pdf; acesso em : 06/05/2021 às 13:50)

FALAVIGNA, MAICON *et al.* Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia Rev Bras Ter Intensiva. 2020;32(2):166-196

Este Protocolo entre em vigor na presente data mediante aprovação dos responsáveis técnicos da unidade.


Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico PSR

FRANCA, 07 DE JUNHO DE 2021.

Propofol (Diprivan®)

Via: Intravenosa

Mecanismo de Ação: Anestésico geral de curta duração inibe Se liga ao receptor Gaba A promovendo influxo de cloreto, hiperpolarizando os neurônios, intensificando assim a neurotransmissão inibitória e deprimindo a atividade do SNC.

Farmacocinética: Rápida distribuição tecidual , possui alto grau de ligação às proteínas plasmáticas (95 a 99%). Indução de anestesia rápida, aproximadamente 30 segundos. A ação dura de 2 a 4 min na primeira fase e 30 a 60 minutos pós distribuição.

Rápida recuperação: Dentro de 8 minutos ou 19 minutos se associado a um opioide.

Biotransformação hepática por conjugação

Eliminação : 70% Renal

Advertências e precauções: Contraindicado em crianças menores de 3 anos e pacientes com hipersensibilidade ao medicamento. Emulsão injetável, **PREFERENCIALMENTE NÃO diluída.** A emulsão é sem conservantes, e qualquer porção não utilizada deve ser descartada em até 6h após a abertura da ampola. Ampolas, frascos-ampolas e seringas devem ser agitados antes do uso

Estabilidade após preparo: Preparação asséptica pré-administração. Agitar antes do uso obrigatoriamente. Descartar remanescente. Estabilidade por até 6 horas pós preparação.

Armazenamento: Conservar em temperatura entre 15 a 30°C

Incompatibilidades em via y: amicacina, anfotericina B, atracúrio, atropina, bretílio, cloreto de cálcio, ciprofloxacino, diazepam, doxorubicina, fenitoína, gentamicina, metotrexato, metilprednisolona, metoclopramida, minociclina, mitoxantrona, tobramicina, verapamil.

Vias de administração: Endovenosa direta (*bolus*) LENTA, infusão endovenosa

Interações medicamentosas:

Etanol, benzodiazepínicos, fenotiazinas, analgésicos opioides: depressão respiratória;

Metoclopramida, anestésicos gerais inalatórios (halotano, isoflurano): aumento da concentração plasmática do propofol.

Risco: Apnéia, hipertensão, depressão cardiorrespiratória

Superdosagem: Fazer desobstrução respiratória e instituição da ventilação assistida ou controlada;

Diluição: Embora não aconselhado, pode ser administrado diluído somente em infusão intravenosa de dextrose 5% em bolsas de infusão de PVC ou frascos de vidro de infusão que não excedam proporção de 1:5 (2mg de propofol por mL)
*** Soro Glicosado 5% se concentração mínima de 2mg/ml, ou seja, propofol 1% diluir em 100mL de soro glicosado 5% ou propofol 2% diluir em 500mL de soro glicosado 5%.

Também possui compatibilidade com Ringer com lactato ou manitol

Doses p/ UTI (sem diluição):

Bolus: 0,3 a 0,35 mg/kg (dose máxima 0,6mg/kg)

Manutenção: Infusão Contínua 0,3 a 3 mg/kg/h (não devendo exceder 4mg/kg/h)



Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico PSR

PROTOCOLO PROPOFOL 10MG/ML (20ML)

PADRÃO ADOPTADO de 5 a 50 mcg/kg/min

1ml = 10mg = 10.000 mcg

Dose = 5 a 50 mcg X PESO X 60 (1 HORA= 60MIN)

Ex: PARA 80KG = (5 a 50mcg/kg) X 80 X 60 = 24.000mcg a 240.000mcg dividido
por 10.000mcg/1ml = 2,4ml/h a 24ml/h

1 FRASCO= 200mg

5 FRASCOS DE
PROPOFOL
(1000MG)

→ PARA 60KG

CORRER A
1,8 a 18ML / HORA

5 FRASCOS DE
PROPOFOL
(1000MG)

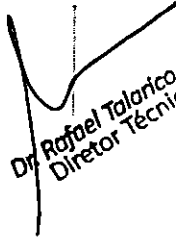
→ PARA 80KG

CORRER A
2,4 a 24ML / HORA

5 FRASCOS DE
PROPOFOL
(1000MG)

→ PARA 120KG

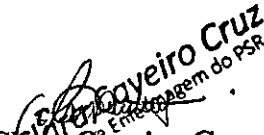
CORRER A
3,6 a 36ML / HORA

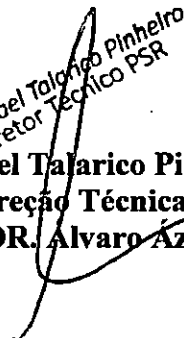

Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico DCP

Circular de Orientação à Equipe de Enfermagem e Equipe Médica

Ala de Observação e Sala de Urgência do PSR Dr. Álvaro Ázzuz

Tema 01	Composição e organização do prontuário físico do paciente.
Objetivo	A equipe de enfermagem responsável pelos pacientes da ala de observação da unidade, bem como da sala de urgência deve ser capaz de: • Conservar a organização dos documentos no prontuário físico do paciente, tendo em vista a qualidade da assistência de enfermagem ofertada ao paciente em questão.
Procedimentos	No prontuário do paciente devem conter os seguintes documentos: 1. Ficha de triagem; 2. Evolução e prescrição médica (<u>checagem da medicação pela equipe de enfermagem</u>); 3. Folha de rosto – devidamente preenchida pela equipe de enfermagem; 4. Folha de rosto para pacientes institucionalizados (apenas nesses casos); 5. Ficha de controle de Sinais Vitais + Balanço Hídrico; 6. Prescrição de dieta enteral; 7. Cópia de todos os resultados dos testes de COVID; 8. Ficha de evolução da enfermagem (evolução por horário no referido plantão, <u>com carimbo e assinatura</u> do profissional responsável pela evolução de enfermagem; 9. Ficha da CROSS – Específico para paciente que serão inseridos no sistema da CROSS.


Enf.ª Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Ázzuz


Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Ázzuz

Tema 02	Encaminhamento de pacientes para internação hospitalar
Objetivo	A equipe de enfermagem responsável pelos pacientes da ala de observação da unidade, bem como da sala de urgência deve ser capaz de: • Realizar os procedimentos necessários para a transferência do paciente para internação hospitalar, em Franca ou demais municípios.
Procedimentos	No momento em que a vaga do paciente em observação for liberada para dar continuidade a internação hospitalar do mesmo, cabe ao enfermeiro responsável pelo plantão e os demais integrantes da equipe de enfermagem organizarem a transferência desse paciente tendo em vista os seguintes itens abaixo: 1. Avisar o familiar responsável pelo paciente que a vaga foi cedida e para qual hospital, deixando claro a cidade destino e registrar na folha de rosto o contato realizado, com data, horário e nome do familiar; 2. Realizar <u>cópia dos documentos</u> abaixo e encaminhar junto à ficha da regulação via CROSS do paciente para efetivar a internação do mesmo; - Folha de rosto; - Ficha de controle de Sinais Vitais + Balanço Hídrico; - Prescrição da dieta enteral; - Todos os Resultados dos testes de COVID realizados no PSR com destaque para a data de coleta; - Demais resultados de exames laboratoriais realizados no PSR.

Alvaro Cayeiro Cruz
Enfermeiro Responsável do PSR
Enf. Alvaro Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Azzuz

Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Diretor Técnico PSR
Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Azzuz

Tema 03	Encaminhamento de pacientes para internação hospitalar
Objetivo	A equipe de enfermagem e equipe médica responsável pelos pacientes da ala de observação da unidade, bem como da sala de urgência deve ser capaz de: • Realizar a transferência dos pacientes em observação levando em consideração o nível de complexidade e disposição da equipe no momento da liberação da vaga de internação e realização do transporte.
Procedimentos	As regulações dos pacientes da ala de observação devem levar em consideração o nível de complexidade do mesmo. Dessa forma a composição da equipe para acompanhar o transporte deve se dar da seguinte forma: 1. Pacientes regulados para vaga de Enfermaria: A. Entre Hospitais em Franca: Técnico de Enfermagem + Condutor. B. Entre Hospitais Intermunicipais: Enfermeiro + Técnico de Enfermagem + Condutor. 2. Pacientes regulados para vaga de UTI (desde que estejam com IOT + VM): - Enfermeiro + Médico + Técnico de Enfermagem + Condutor Obs.: Entre Hospitais em Franca ou entre hospitais intermunicipais. Importante: O paciente deve ser avaliado pela equipe médica antes de ser transportado, tendo em vista possíveis alterações hemodinâmicas. A responsabilidade pelo paciente continua sendo do médico do PSR Dr. Álvaro Azzuz durante a transferência, ainda que o mesmo decida não acompanhar a o transporte Os transportes devem ser efetivados tão logo que a vaga for liberada no sistema CROSS, ou o mais rápido possível. <u>Se houver sinais de instabilidade, o paciente deve ser transportado após estabilização hemodinâmica. Se houver demora, comunicar unidade receptora.</u>

Clara Cayeiro Cruz
Enf.^a Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Ázzuz

Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Ázzuz

Tema 04	Encaminhamento de pacientes para internação hospitalar com apoio das empresas particulares de remoção de pacientes.
Objetivo	As equipes de remoção de pacientes vinculadas às empresas particulares devem ser contatadas para auxiliar nas transferências dos pacientes em observação <u>quando a equipe do PSR não estiver disponível para fazê-las.</u> • Deve ser levado em consideração o nível de complexidade dos pacientes e a disposição da equipe no momento da liberação da vaga de internação e realização do transporte.
Procedimentos	A necessidade de contato com as empresas particulares para efetuar a compra dos transportes deve ser avaliada pelo enfermeiro de plantão no momento da liberação da vaga do paciente para internação hospitalar. Levando em consideração: 1. Há a presença de apenas 01 enfermeiro no plantão; 2. Muitos transportes intermunicipais acumulados, excedendo a capacidade de realização dos mesmos pelas equipes médica, de enfermagem e condutores presente no PSR. Como proceder: É de responsabilidade do enfermeiro do plantão avaliar a necessidade de compra de transporte terceirizado, considerando os critérios descritos acima. - Contatar o Diretor Técnico do PSR, Dr. Rafael Talarico, explicar a necessidade de compra do transporte terceirizado e encaminhar foto da ficha da CROSS com os dados pessoais do paciente, bem como especificar as condições clínicas do mesmo (Uso de O2 em cateter, máscara ou VM em IOT) e que tipo de transporte será necessário (UTI ou Enfermaria). Os transportes devem ser efetivados tão logo que a vaga for liberada no sistema CROSS, ou o mais rápido possível.

Enf.ª Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Ázzuz

Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Ázzuz

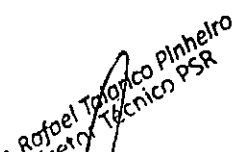
Tema 05	Oferta de Terapia Nutricional para pacientes internados
Objetivo	A equipe de enfermagem e equipe médica responsável pelos pacientes da ala de observação da unidade, bem como da sala de urgência deve ser capaz de: • Garantir o bom estado nutricional do paciente durante o período de internação tendo em vista o Protocolo de Terapia Nutricional para leitos de UTI, em anexo nesta circular.
Procedimentos	A nutrição enteral deve ser iniciada após o procedimento de intubação do paciente, ou em casos específicos quando o paciente já faz uso de nutrição enteral diariamente. As equipes devem se levar em consideração os seguintes itens: 1. Equipe de Enfermagem: A. Avaliar a condição da SNE antes de dar continuidade ao procedimento de nutrição enteral; B. Certificar de que o paciente se encontra em posição adequada para receber a nutrição enteral, considerando elevação da cabeceira a posição Fowler (elevação a 45°); C. Realizar teste da SNE antes de instalar a dieta enteral; D. Utilizar os equipos corretamente para infusão da dieta e água, evitando dessa forma erros na administração, levando em consideração que o equipo transparente é destinado à dieta, enquanto que o equipo azul é destinado à água. E. Respeitar a velocidade e o tempo de infusão da dieta, levando em consideração o tempo limite de infusão da dieta, que é de 24h. 2. Equipe Médica: A. Realizar a prescrição da dieta enteral imediatamente após o paciente ser entubado e permanecer em VM;

Enf.ª Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Ázzuz

Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Ázzuz

- B. Para os pacientes que são admitidos na ala de observação já em uso de dieta enteral, realizar a manutenção da prescrição de acordo com o uso habitual do paciente, ou realizar as modificações necessárias, se indicação;
- C. Para a prescrição da dieta levar em consideração o Protocolo de Terapia Nutricional para Leitos de UTI em anexo nesse documento.
- D. Realizar a prescrição por escrito da dieta enteral no prontuário do paciente para que a equipe de enfermagem possa checar a administração da mesma, utilizando o formulário em anexo nessa circular.
- E. Cabe a enfermagem anexar uma cópia da prescrição de dieta enteral no prontuário do paciente.


Enf.ª Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Azzuz


Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Azzuz

Tema:06	Manuseio de Medicamentos Psicotrópicos na sala de Urgência Pacientes em VM
Objetivo	A equipe de enfermagem e equipe médica responsável pelos pacientes da ala de observação da unidade, bem como da sala de urgência deve ser capaz de: • Manter a organização da caixa de medicamentos destinados a intubação orotraqueal e manutenção da sedação dos pacientes em ventilação mecânica na sala de urgência da unidade.
Descrição	1. Foram montadas 05 caixas de medicação psicotrópicas para intubação e manutenção da sedação dos pacientes que aguardam por vagas de internação hospitalar. 2. A caixa é composta por: 08 kits compostos por: 08 ampolas de midazolan + 04 ampolas de fentanila; 02 kits compostos por: 05 frasco-ampolas de propofol e 02 kits compostos por: 04 ampolas de nora adrenalina + 01 kit composto por: 01 frasco-ampola de suxametônio + 01 ampola de fentanila + 01 ampola de midazolam (para IOT). 3. As caixas são lacradas e só devem ser abertas no momento em que o paciente for admitido na sala de urgência. Assim que a equipe abrir uma caixa, deve identificar a mesma com os dados do paciente e do leito a que a mesma pertence. 4. Junto à caixa que está em uso e identificada, deve ser deixada uma cópia da prescrição médica. 5. Se dentro de 24h a caixa não for mais necessária devido as circunstâncias diversas (transferência do paciente para outro hospital ou óbito), ela deve ser fechada como está, com a cópia da receita para que a farmacêutica faça a reposição em momento oportuno. Essas caixas deverão ficar separadas das demais, no local identificado.

Enf.ª Cláudia Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Ázzuz

Dr. Rafael Talarico Pinheiro
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Ázzuz

Procedimentos	As prescrições da terapia medicamentosa para pacientes acomodados na sala de urgência devem ser realizadas da seguinte forma: 1. Diariamente às 12h, valendo para as próximas 24h; 2. A primeira prescrição – intubação orotraqueal e sedação – deve ser prescrita no sistema SIGS; 3. As demais prescrições – manutenção da sedação – podem ser prescritas manualmente; <u>Cópia das Receitas</u> É preciso realizar a cópia diária das receitas médicas para posterior conferência pela farmacêutica. - <u>Segunda a Sexta</u>: Farmacêutica será a responsável; - <u>Sábado e Domingo</u>: Enfermeiro do plantão será o responsável. <u>Reposição das medicações da caixa:</u> - <u>Segunda a Sexta</u>: Farmacêutica será a responsável; - <u>Sábado e Domingo</u>: Enfermeiro do plantão será o responsável. <u>Responsabilidade da Equipe de Enfermagem:</u> - Realizar a checagem das medicações com carimbo (COREN) e assinatura, com as devidas informações: horário, quantidade e via de administração; - Preencher a ficha de identificação da caixa de medicações de manutenção da sedação, com os dados do paciente.
----------------------	---

Enf.^a **Clara Cayeiro Cruz**
Coordenação de Enfermagem
PSR DR. Álvaro Azzuz

Dr. **Rafael Talarico Pinheiro**
Direção Técnica
PSR DR. Álvaro Azzuz

**Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTO SOCORRO DR. ÁLVARO J. AZZUZ**

Documento	Procedimento Operacional Padrão		POP Nº 01
Título do documento	Paramentação e Desparamentação dos profissionais em atendimentos à pacientes suspeitos ou confirmados no contexto da COVID-19.		Emissão em 16/04/2021.
Equipe Executante	Equipe de Enfermagem – Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem.		
Objetivos	Padronizar os Equipamentos de Proteção Individual – EPI's que devem ser utilizados para cada setor do Pronto Socorro Dr. Álvaro Ázzuz, de acordo com o nível de complexidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. O uso correto do EPI está diretamente relacionado ao ambiente de atuação desse profissional e as atividades que serão realizadas pelo mesmo, levando em consideração se há dispensação de gotículas ou aerossóis¹.		
Atividade	Atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação da COVID-19 na ausência de procedimentos geradores de aerossóis.	Atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação da COVID-19 na presença de procedimentos geradores de aerossóis.	
Ambiente	Acolhimento e triagem dos pacientes; Laboratório de coleta de amostras de sangue; Setor de medicação; Centro de testagem da COVID-19 • Sala de teste rápido de determinação de anticorpo.	Ala de observação da COVID-19 • Uso de aporte de oxigênio (cateter tipo óculos e/ou máscara de alta concentração). Sala de urgência da COVID-19 • Uso de aporte de oxigênio (IOT/VM). Centro de testagem da COVID-19 • Sala de teste de RT-PCR (coleta por meio de Swab)	
EPI	• Máscara cirúrgica; • Capote/Avental; • Luvas de procedimento.	• Máscara N95, PFF-2, PFF-3 ou equivalente; • Proteção ocular (protetor facial ou óculos de proteção); • Gorro/Touca; • Capote/Avental; • Luvas de procedimento.	
Descrição do Procedimento	Sequência de Paramentação: 1. Retirar adornos, objetos pessoais ou clínicos (brincos, anel, pulseira, relógio, estetoscópio, dentre outros); 2. Higienizar as mãos com água e sabão preferencialmente, ou solução alcoólica (quando não houver acesso à lavatório ou presença visível de		

Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTO SOCORRO DR. ÁLVARO J. AZZUZ

sujidades), respeitando a técnica adequada;

3. Colocar a máscara cirúrgica ou máscara tipo N95, PFF-2 ou PFF-3 (de acordo com o procedimento que será realizado e com o ambiente em que ocorrerá o procedimento);

4. Colocar o gorro ou touca descartável com os cabelos devidamente presos e cobrindo toda a cabeça e os pavilhões auriculares;

5. Colocar os óculos de proteção ou protetor facial;

6. Colocar o capote ou avental;

7. Colocar 01 par de luvas, por cima do punho do capote;

Sequência de Desparamentação:

Antes de sair do ambiente de assistência:

1. Retirar as luvas de modo a evitar contaminação, lembrando que a face externa das luvas está contaminada;

2. Retirar o capote ou avental da seguinte forma a fim de evitar contaminação:

- Soltar as amarras e iniciar a retirada pelas mangas, puxando os punhos para baixo (lembrando que o punho do capote está limpo, pois estava protegido pelas luvas). Realizar o procedimento nas duas mangas. Então depois já sem as mangas, empurrar o capote pelo pescoço, tocando apenas na face interna do mesmo (região limpa). Retirar o capote pelo avesso e descartar no resíduo infectante;

3. Sair do ambiente, ainda utilizando os óculos de proteção ou protetor facial, a touca ou gorro e a máscara. Ao sair, realizar a higiene das mãos;

4. Retirar os óculos de proteção ou protetor facial e deixar os mesmos em local apropriado para desinfecção posterior;

5. Realizar higienização das mãos;

6. Retirar o gorro ou a touca descartável, de trás para frente, e desprezar em lixo infectante;

7. Realizar higienização das mãos;

8. Retirar a máscara cirúrgica ou máscara tipo N95, PFF-2 ou PFF-3 (de acordo com o procedimento que será realizado e com o ambiente em que ocorrerá o procedimento);

9. Higienizar as mãos.

Após encerrar a sequência de desparamentação, o servidor deve proceder com a desinfecção dos óculos e da proteção facial com álcool a 70% ou água e sabão, em caso de sujidade aparente.

¹Os aerossóis são partículas menores do que as gotículas, capazes de

Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTO SOCORRO DR. ÁLVARO J. AZZUZ

	permanecer em suspensão no ar por períodos prolongados. Dessa forma, necessitam de medidas de proteção diferenciadas.
Referências	Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs. Versão 7. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523p. Disponível em: http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/m-pop.pdf. Acesso em 16 de abril de 2021. EBERH. Protocolo Paramentação no Contexto da COVID-19. Versão 01. Ribeirão Preto, 2020. 07p. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/210672/5180417/POP+006+SCIRAS+paramenta%C3%A7%C3%A3o+e+desparamenta%C3%A7%C3%A3o+profissionais+no+atendimento+COVID-19+interna%C3%A7%C3%A3o+vers%C3%A3o1.pdf/7755199c-9309-4e5d-a564-e0b6a018325c. Acesso em 16 de abril de 2021. EBSERH. Protocolo de Utilização de EPI: paramentação e desparamentação. Versão 01. Ribeirão Preto, 2020. 12p. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP++CCIH+PARAMENTA%C3%87%C3%83O/b28243f3-f16a-4fcc-8147-bfa9645a4d81. Acesso em 16 de abril de 2021.
Elaboração	Enfermeira Clara Cayeiro Cruz – Coordenação de Enfermagem do PSR.
Revisão e Aprovação Data: 24.05.2021	Enfermeira Giane Alves Stefani – Coordenação da Rede de Urgência e Emergência do Município de Franca.
	Enfermeira Marivânia

Franca, 24 de Maio de 2021.

PARAMENTAÇÃO

1. Higienizar antebraço e mãos antes de iniciar o turno com água e sabão;
2. Guardar todos os seus pertences (crachá, as chaves e telefone celular); todos os pertences devem ficar armazenados em local seguro fora da área de assistência (da corrente para baixo);

INICIAR A PARAMENTAÇÃO:

Do lado de fora, na área administrativa (Antes da Corrente)

- ✓ Tirar a roupa de uso pessoal e vestir o conjunto privativo;
- ✓ Colocar sapato de trabalho;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Vestir o avental de tecido ou avental descartável de TNT;
- ✓ Colocar o gorro descartável ;
- ✓ Colocar máscara N95/PFF2 ou equivalente;
- ✓ Colocar os óculos de proteção;
- ✓ Entrar na área assistencial.

Quando for prestar assistência ao paciente:

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Calçar par de luvas de procedimento;
- ✓ Vestir o avental descartável de TNT ou impermeável;
- *O avental deverá ser trocado a cada término de procedimento com o paciente suspeito/confirmado;
- ✓ Calçar o segundo par de luvas e entrar no leito do paciente;

ATENÇÃO: Realizar a higienização das mãos lembrando sempre dos 05 momentos para higiene das mãos em serviços de saúde de acordo com Portaria ANVISA.

DESPARAMENTAÇÃO APÓS O ATENDIMENTO:

Ainda no leito do paciente:

- ✓ Retirar o primeiro par de luvas de procedimento e descartá-la em lixeira de resíduo infectante com acionamento por pedal;
- ✓ Desamarrar o avental descartável de TNT ou impermeável sempre pelas tiras e retirar juntamente com segundo par de luvas cuidadosamente para que ela saia de lado avesso.

Descartar o avental e as luvas em lixo branco infectante

- ✓ Higienizar as mãos com produto alcoólico e sair da leito;

Do lado de fora do leito:

- ✓ Higienizar novamente as mãos;

*O servidor deverá manter-se com máscara N95/PFF2 ou equivalente, gorro descartável, óculos de proteção e avental descartável de TNT ou impermeável durante todo tempo que permanecer na assistência.

DESPARAMENTAÇÃO PARA ACESSAR ÁREA ADMINISTRATIVA (DEPOIS DA CORRENTE)

Intervalo de uma hora, 15min ou quando necessidade de ir ao banheiro;

- ✓ Desamarrar o avental descartável de TNT ou impermeável utilizando sempre as tiras e descartar em lixo branco infectante;
- ✓ Higienizar as mãos;

- ✓ Retirar óculos segurando sempre pelas hastes e colocar sobre uma superfície limpa e seca, higienizá-lo para posterior reutilização;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Retirar gorro descartável e descartar em lixeira com acionamento por pedal de resíduo infectante;
- ✓ Retirar a máscara N95/PFF2 ou equivalente, utilizando sempre as tiras de maneira que não haja contaminação do seu interior e colocar em embalagem de plástico ou papel previamente identificado com nome do profissional. Deixar as tiras para fora de forma que facilite sua retirada. Colocar em recipiente destinado a esta finalidade;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Para os descansos de uma hora o profissional deverá tomar banho;
- ✓ Ao retomar as atividades, iniciar nova etapa de paramentação conforme descrição.

Ao término do turno de trabalho

- ✓ Desamarrar o avental descartável de TNT ou impermeável utilizando as tiras e retirá-lo juntamente com as luvas descartando em lixo branco infectante;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Retirar gorro e descartar em lixo branco infectante;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Retirar óculos segurando sempre pelas hastes e colocar sobre uma superfície limpa e seca para posterior higienização e armazenagem.
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Retirar máscara N95/PFF2 ou equivalente, utilizando sempre as tiras de maneira que não haja contaminação do seu interior e armazenar em embalagem de plástico ou papel previamente identificado com nome do profissional, deixando as tiras para fora de forma que facilite sua retirada. Guardar em recipiente destinado a esta finalidade para próximo uso;
- ✓ Higienizar as mãos;

- ✓ Retirar sapato de trabalho e proceder com a limpeza e higienização do mesmo com detergente/desinfetante padronizado, aguardar secar, armazenar em saco plástico e guardar em local previamente definido;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Retirar conjunto privativo, tomar banho, colocar vestimenta pessoal e sair do local de trabalho.

Observações:

- *A equipe de profissionais do Pronto Socorro de Referência, deverá manter-se durante todo período de trabalho com gorro, óculos de proteção, máscara N95/PFF2 ou equivalente e avental descartável de TNT ou impermeável.
- *Utilizar protetor facial sempre que for realizar procedimentos em que haja propagação de aerossóis (intubação orotraqueal, aspiração de vias aéreas, etc.).
- *Manter rotina rigorosa de higiene e limpeza das superfícies provavelmente contaminadas incluindo as próximas ao paciente (grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição, bomba de infusão, monitores, etc).
- *Reforçar e alinhar com equipe de higiene e limpeza a rotina rigorosa das superfícies altamente tocadas no ambiente (maçanetas, interruptores, corrimões, torneiras de pias do corredor, superfícies de banheiros dos quartos, incluindo de descanso, dispensadores de álcool gel, etc).
- *Realizar a desinfecção dos itens usados pelos pacientes durante a prestação da assistência (termômetro, verificadores de pressão arterial, oximetria, glicosimetria, etc).
- *A máscara N95/PFF2 ou equivalente poderá ser armazenada por até 07 dias desde que acondicionadas de maneira adequada, em local destinado a essa finalidade, em saco de papel, identificado com nome do profissional e que se mantenha íntegra, limpa e seca.
- *Manter rotina rigorosa de higiene dos recipientes destinados ao armazenamento das máscaras N95/PFF2 ou equivalente.

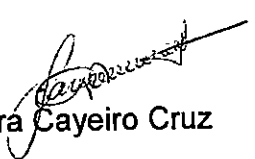
*Desprezar o saquinho de papel a cada vez que usar a máscara N95/PFF2 ou equivalente e colocar sempre em um outro novo e limpo.

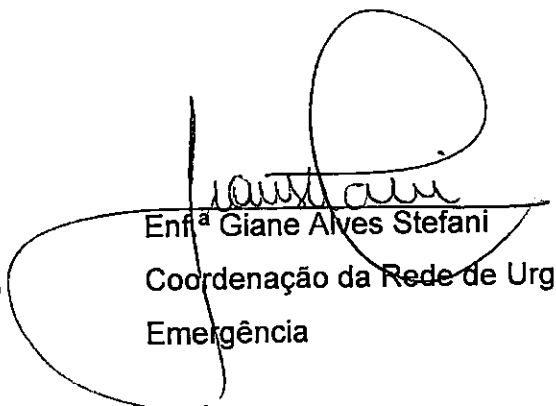
*Importante que os profissionais façam a inspeção e verificação da vedação e características físicas da máscara antes de cada uso.

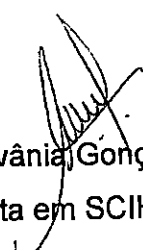
*O protetor facial e os óculos de proteção serão desprezados em local apropriado e posteriormente encaminhados à CME, ao final de cada plantão;

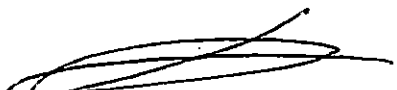
*Atentar para os momentos de descanso, alimentação e necessidades fisiológicas. Seguir recomendações de desparamentação citadas acima, evitando a contaminação do profissional e do ambiente.

*Para os profissionais que fazem o período de descanso de uma hora, recomenda-se tomar banho e vestir novo conjunto privativo ao retorno das atividades.


Enf^a Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR Álvaro Azzuz


Enf^a Giane Alves Stefani
Coordenação da Rede de Urgência e
Emergência


Enf.^a Marivânia Gonçalves da Silva
Especialista em SCIH


Lucas Eduardo de Souza
Secretário de Saúde de Franca/SP

**RECOMENDAÇÕES DE USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
INDIVIDUAL DE ACORDO COM O TIPO DE AMBIENTE, PESSOA ALVO E TIPO
DE ATIVIDADE (Atualizado em 25 de Maio de 2021)**

1. ATENDIMENTO GERAL E ÁREAS DE APOIO

ÁREA	PÚBLICO ALVO	TIPO DE ATIVIDADE	EPI RECOMENDADO
SALÃO PRINCIPAL	Recepcionistas Guardas Municipais	Realizar a ficha de atendimento do paciente; orientá-lo para onde se dirigir.	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica.
		Qualquer atividade SEM contato direto com o paciente.	- Higiene das mãos; - Máscara cirúrgica.
ACOLHIMENTO	Enfermeiros	Realizar a classificação de risco dos pacientes de acordo com protocolo local.	- Higiene das mãos; - Manter distância de pelo menos 1 metro; - Máscara N95 / PFF2 ou equivalente;
	Técnicos de Enfermagem	Aferir SSVV e direcionar o paciente para os setores conforme gravidade, sob supervisão direta do enfermeiro	Outros EPI de acordo com precaução padrão, e, se necessário precauções específicas.

ÁREA	PÚBLICO ALVO	TIPO DE ATIVIDADE	EPI RECOMENDADO
SALA DE URGÊNCIA/CUIDADOS INTENSIVOS	Médico; Enfermeiro; Técnico de enfermagem; Fisioterapeuta.	Atendimento a todos pacientes em Intubação orotraqueal, ventilação mecânica e dispositivos invasivos	- Higiene das mãos; - Gorro descartável; - Conjunto privativo; - Máscara N95/PFF2 ou equivalente; - Avental de tecido ou avental descartável de TNT; - Luvas de procedimento ou Luvas Estéreis quando necessário; - Óculos de proteção e/ou protetor facial; Obs: Máscara N95 deverá ser armazenada seguindo técnicas corretas por um período de até 07 dias, se íntegra e limpa. ATENÇÃO: FORA DO QUARTO DO PACIENTE PERMANECER COM CONJUNTO PRIVATIVO.
	Profissionais da equipe de higiene e limpeza	Limpeza concorrente e terminal	- Higiene das mãos; - Máscara N95 /PFF2 ou equivalente; - Gorro Descartável; - Avental de tecido manga longa ou Avental Impermeável; - Luvas de procedimento; - Luva de borracha cano longo; - Bota PVC; - Óculos de proteção e/ou protetor facial;
	Acompanhante Visitante	Qualquer atividade	NÃO PERMITIDO

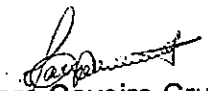
***Todos os pacientes em observação/internação deverão utilizar máscara cirúrgica durante o período de permanência na unidade. Estabelecer troca da máscara a cada 06 horas, ou se sujidade/umidade.**

• **CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO**

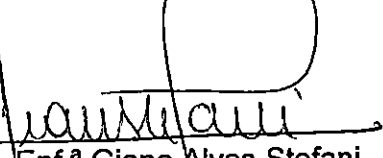
ÁREA	PÚBLICO ALVO	TIPO DE ATIVIDADE	EPI RECOMENDADO
CME Área Suja	Profissionais que realizam as várias etapas do processamento de produtos para saúde.	Recepção, Limpeza, preparo, Acondicionamento, inspeção.	- Higiene das mãos; - Máscara N95/PFF2 ou equivalente; - Gorro descartável; - Avental Impermeável de manga longa; - Luvas de borracha cano longo; - Calçado fechado impermeável e antiderrapante; Obs: Máscara N95 deverá ser armazenada seguindo técnicas corretas por um período de até 07 dias, se íntegra e limpa.

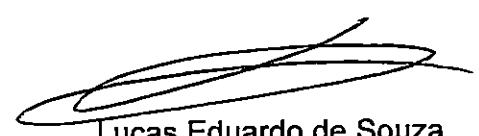
REFERÊNCIAS

Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº04/2020 orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2), atualizada em 25/02/2021.


Enf.ª Clara Cayeiro Cruz
Coordenação de Enfermagem
PSR Dr. Alvaro Azzuz


Enf.ª Marivânia Gonçalves da Silva
Especialista em Gestão em Saúde e
Controle de Infecções Hospitalares


Enf.ª Giane Alves Stefani
Coordenação da Rede de Urgência e
Emergência


Lucas Eduardo de Souza
Secretário de Saúde do Município de
Franca/SP

Franca, 15 de Janeiro de 2021.

Orientação à Equipe de Enfermagem no que se refere à realização da testagem rápida – COVID-19.

De acordo com a normativa do Laboratório Municipal, em anexo nessa orientação (Anexo A), o teste rápido para determinação de anticorpos (IgM e IgG) deve ser realizado em pacientes com sinais e sintomas respiratórios no décimo dia do início dos sintomas ou após. A orientação para realização do teste, de acordo com a bula do kit, fornecido pelo fabricante, estipula que para o mesmo pode ser utilizado amostras de plasma, soro ou sangue total.

No que concerne à realização do teste pela equipe de enfermagem, e levando em consideração às atribuições do profissional Enfermeiro e do profissional Técnico em Enfermagem, de acordo com a resolução do COFEN Nº 306/2006 e a resolução do COFEN Nº 629/2020, que dispõe sobre a atuação de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem em Hemoterapia, não há dizeres específicos relacionados ao manuseio direto de hemocomponentes do sangue pelos profissionais da categoria.

Assim sendo, por meio deste documento, oriento a equipe de enfermagem do Pronto Socorro Municipal Dr. Álvaro Azzuz a manipular apenas amostras de sangue total para realização dos testes rápidos para COVID, tendo em vista que a correta manipulação do plasma deve ser realizada após o sangue total passar pelo processo de centrifugação em laboratório, resultando na separação dos hemocomponentes.

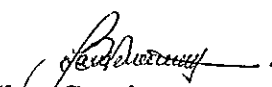
Após essa orientação, em concordância com a diretora administrativa do Pronto Socorro Municipal Dr. Álvaro Azzuz e o Coordenador do Laboratório Municipal, o Laboratório Municipal se responsabiliza em realizar o teste rápido com plasma para determinação de anticorpos (IgM e IgG) em **pacientes moderados/graves com suspeita de COVID, em observação na ala** pela própria equipe do laboratório municipal, no período das 07h às 15h, respeitando os horários pré definidos pela equipe do laboratório para entrega de amostras (7h, 9h, 11h, 13h e 15h) e se houver necessidade e indicação para tal, após avaliação médica e do enfermeiro responsável pelo plantão. A amostra de sangue deve ser encaminhada ao laboratório junto à ficha de notificação devidamente preenchida.

Após esse horário, fica orientado a realização do teste apenas com sangue total.



PREFEITURA DE
FRANCA

Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTO SOCORRO DR. ÁLVARO J. AZZUZ


Clara Cayeiro Cruz

Coordenação de Enfermagem
PSR Dr. Álvaro Azzuz


Sandra Regina da Silva

Direção Administrativa
PSR Dr. Álvaro Azzuz


José Roberto de Souza Júnior

Laboratório Municipal
PSR Dr. Álvaro Azzuz



Franca, 15 de janeiro de 2021

Anexo A – Normativa para solicitação e realização de Teste Rápido (Covid-19) para determinação qualitativa de anticorpos (IgM e IgG) em pacientes atendidos no Pronto Socorro Municipal de Referência Dr. Álvaro Azzuz

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Franca tem disponível apenas testes rápidos para detecção qualitativa de anticorpos (IgM e IgG) contra o SARS-CoV-II.

Os testes rápidos para pesquisa de anticorpos no sangue do paciente identificam a resposta imunológica do corpo humano em relação ao vírus, desta forma contribuem para obtenção de resultados de maneira mais rápida permitindo maior agilidade na tomada de decisões e conduta médica.

Apesar de extremamente mais rápidos estes testes apresentam algumas desvantagens quando comparados a outras metodologias (quimiluminescência, eletroquimioluminescência, RT-PCR, entre outras), as quais refletem, de modo direto, em menores Sensibilidade e Especificidade. O Ministério da Saúde aponta que os testes rápidos apresentam uma taxa de erro próxima a 75% para os resultados negativos (Falso-Negativos) gerando insegurança e incerteza para interpretação de resultado negativo e conduta de isolamento social, especialmente em indivíduos sintomáticos e com teste negativo. Desta maneira, visando garantia de maior qualidade e precisão dos resultados determinamos:

- A partir da data de hoje serão solicitados e realizados testes rápidos apenas em pacientes que apresentarem 10 (dez) ou mais dias de início dos primeiros sintomas;
- A coleta de Swab de Naso-Orofaringe para realização de RT-PCR continua com a janela entre 3º (terceiro) e 7º (sétimo) dias de sintomas. Pacientes que chegarem apresentando 8 (oitos) ou 9 (nove) dias de início de sintomas deverão ser afastados de suas atividades laborais e agendados em data posterior para realização de teste rápido;
- De acordo com a bula do kit, fornecida pelo fabricante, pode-se utilizar tanto Plasma e Soro, quanto Sangue Total para realização do teste. Respeitando as seguintes orientações:
 - Plasma e Soro: Utilizar 10 uL (1 gota) de material biológico (obtido de punção venosa) após centrifugar o material e 2 gotas de tampão diluente.
 - Sangue Total: Utilizar 20 uL (2 gotas) de material biológico (obtido de punção venosa ou digital) e 2 gotas de tampão diluente.



PREFEITURA DE
FRANCA

Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTO SOCORRO DR. ÁLVARO J. AZZUZ

Referências

<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>

<http://portal.anvisa.gov.br/coronavirus>

<http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/>

[https://bvsalud.org/vitrinas/post_vitrines/novo coronavirus/](https://bvsalud.org/vitrinas/post_vitrines/novo_coronavirus/)

<https://www.nejm.org/coronavirus>

José Roberto de Sousa Júnior
Responsável técnico em análises clínicas

Franca, 15 de abril de 2021

Nota Técnica

Aos profissionais da saúde lotados no P.S. Municipal Dr. Álvaro Azzuz

A presente NOTA TÉCNICA tem por finalidade padronizar a coleta de Swab de naso-orofarínge, de acordo com o NOVO Protocolo Laboratorial para Coleta, Acondicionamento/Conservação e Transporte de amostras biológicas com vistas ao diagnóstico laboratorial da COVID-19 por PCR em tempo real (RT-PCR) a todos os indivíduos sintomáticos, emitido pela Secretaria Estadual de São Paulo, por meio do Instituto Adolfo Lutz em 12/04/2021.

Oportunidade de Coleta

De acordo com o novo protocolo serão submetidas à análise por RT-PCR para o diagnóstico da COVID-19 as seguintes amostras:

- Amostras Coletadas entre 1º e 8º dia após o início de sintomas (considerando 1º dia como 24 horas após início de sinais e sintomas), quando tratar-se de indivíduo sintomático em fase aguda da infecção manifestando tanto Síndrome Gripal quanto Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- Paciente INTERNADOS com SRAG podem ter a coleta entre o 1º e 14º dia após início de sintomas;
- Óbitos sem diagnóstico prévio independentemente da data de primeiros sintomas.

Adequação da Rotina do P.S. Dr. Álvaro Azzuz

Tenda COVID-19

- Deverá ser coletado swab de naso-orofarínge de pacientes que apresentarem de 1 a 8 dias de sintomas, de acordo com as informações supracitadas.
- Pesquisa de Anticorpos: Realizar após 10 dias de sintomas.

Ala COVID-19

- Pesquisa de Antígenos Virais: Realizar entre 3º e 7º dia de sintomas, Se o teste for NEGATIVO, coletar swab para RT-PCR, isolar o paciente e preencher a documentação referente a SRAG;

- Pesquisa de Anticorpos: Realizar após 10 dias de sintomas. Se o teste for NEGATIVO, coletar swab para RT-PCR, isolar o paciente e preencher a documentação referente a SRAG.

Critérios para rejeição de amostras de Swab para RT-PCR:

- Amostras não acondicionadas e transportadas na posição vertical;
- Amostras não refrigeradas;
- Amostras que não estiverem em tubos de tampa de rosca;
- Swabs acondicionados em tubos secos, sem os 3 ml de soro fisiológico estéril;
- Amostras coletadas em swabs contendo alginatos ou com haste de madeira;
- Swabs com qualquer tipo de identificação na haste;
- Tubos abertos, quebrados ou extravasados;
- Amostras sem identificação, com identificação incompleta ou ILEGÍVEL;
- Amostras sem documentos de notificação (SIVEP-Gripe, e-SUS e SINAN);
- Amostra sem cadastro GAL;
- Amostras sem encaminhamento/lista de remessa GAL.

Obsevação

Casos de SRAG, óbitos e surtos de síndrome gripal (SG), além do diagnóstico laboratorial para COVID-19, será realizado o diagnóstico para Influenza. Os demais casos de SG, será realizado somente o diagnóstico laboratorial para COVID-19.

Atenciosamente:

José Roberto de Sousa Júnior
Biomédico CRBM-SP 32.872
R.T. Lab. Municipal de Franca

José Augusto Gonçalves Aleixo
Biomédico CRBM-SP 14.515
R.T. Subst. Lab. Municipal de Franca

**Protocolo para realização de Pesquisa de Antígenos do SARS CoV2 em funcionários
sintomáticos que atuam na linha de frente de combate à pandemia.**

Existem 2 grupos de testes para diagnóstico da COVID-19, considerando as metodologias de identificação do agente infeccioso (vírus SARS-CoV2) ou da resposta imune do hospedeiro. Quando a necessidade é realizar o diagnóstico da doença ativa, ou seja, detectar indivíduos doentes, com chance de agravamento do quadro e/ou com capacidade de transmissão, a metodologia empregada deve identificar a presença do vírus nas vias aéreas superiores do paciente. Já se a necessidade for detectar infecção prévia ou imunidade adquirida, ativa ou passivamente, o enfoque é pesquisar a presença de anticorpos anti-SARS-CoV2 circulantes no sangue. Dessa forma, os exames úteis na prevenção da disseminação da doença e no diagnóstico dos indivíduos sintomáticos ou suspeitos devem ser, principalmente, os que identificam o vírus nas vias aéreas pois este é o local de entrada e saída do vírus do organismo do hospedeiro.

As metodologias diretas (pesquisa direta do patógeno em material biológico) empregadas para diagnóstico da COVID-19 são o RT-PCR e a Pesquisa de Antígenos Virais. O RT-PCR detecta partes do código genético (RNA viral) para identificar a presença do vírus e apresenta 99% de confiabilidade, de acordo com os mais elevados critérios de qualidade diagnóstica. Já a Pesquisa de Antígenos emprega como método a imunocromatografia rápida, para detecção qualitativa de antígenos (proteínas virais como proteína Spike e nucleocapsídeo viral) de SARS-CoV2 em amostras de swab da nasofaringe. É importante salientar que Pesquisa de Antígenos possui menor sensibilidade do que os testes que detectam ácido nucleico viral pela técnica de RT-PCR, dessa forma o RT-PCR é considerado o **PADRÃO OURO** para diagnóstico da COVID-19.

Frente ao momento de alta transmissão e elevada taxa de agravamento e mortalidade pela doença, bem como quantidade de profissionais contaminados, vê-se a necessidade de testagem de funcionários que compõe a linha de frente de combate à pandemia. Visando rapidez diagnóstica, antecipação de tomada de decisões e facilidade logística, disponibiliza-se aos funcionários a realização do teste de pesquisa de antígenos virais. A testagem deverá seguir os seguintes critérios:

- Funcionário deve estar sintomático;
- Coleta entre 3º a 7º dias de sintomas (preferencialmente 5º dia);
- Deve ser aberta ficha de atendimento, o funcionário deve ser avaliado por um médico e o exame solicitado pelo mesmo;
- Resultados Negativos: O funcionário deverá coletar Swab para realização de RT-PCR, ser afastado de suas atividades laborais e seguir as regras de isolamento até a confirmação de seu resultado por metodologia molecular;
- Resultados Positivos: O funcionário deverá ser afastado de suas atividades laborais e seguir as regras de isolamento durante 10 dias, mediante atestado médico.

Atenciosamente:

José Roberto de Sousa Júnior
Biomédico CRBM-SP 32.872
R.T. Lab. Municipal de Franca

José Augusto Gonçalves Aleixo
Biomédico CRBM-SP 14.515
R.T. Subst. Lab. Municipal de Franca



FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL

Laboratório Municipal de Franca
Av. Chico Júlio, 5125 - Vila Imperador, Franca - SP

Procedimento Operacional Padrão

Coleta e Transporte de Gasometria Arterial			
Elaborado:	José Augusto Gonçalves Aleixo	Data	08/07/2020
Revisado:	Bianca de Luca França Salomão	Data	09/07/2020
Aprovado:	José Roberto de Souza Júnior	Data	09/07/2020

Objetivo: Avaliar as trocas gasosas e o equilíbrio ácido base de pacientes em estado crítico.

Conceito: A gasometria arterial é um exame indicado para avaliação do distúrbio do equilíbrio ácido-base, da oxigenação pulmonar do sangue arterial e da ventilação alveolar. Tem por valor mensurar os valores do pH sanguíneo, da pressão parcial de gás carbônico (PaCO_2) e oxigênio (PaO_2), do íon bicarbonato (HCO_3) e da saturação da oxi-hemoglobina, entre outros.

Materiais Necessários:

- Seringa de 1 a 5 ml;
- Agulha (13x4/5, 25x7 ou 25x8) ou "Scalpe" (21, 23, ou 25) conforme a artéria a ser puncionada;
- Heparina Sódica 5.000 UI/ml;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Micropore;
- Bandeja;
- Saco Plástico.



FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL

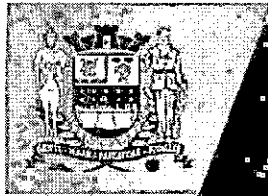
Laboratório Municipal de Franca
Av. Chico Júlio, 5125 - Vila Imperador, Franca - SP

Etapas do Procedimento

1. Higienizar as mãos com água e sabão;
2. Após secagem das mãos, com papel toalha, paramentar-se com capote, luvas, máscara e óculos de proteção;
3. Realizar a desinfecção do frasco de heparina sódica com álcool 70%;
4. Adaptar a agulha à seringa e aspirar 0,2ml de heparina sódica, lubrificando a seringa em toda sua extensão;
5. Empurrar o êmbolo de volta deixando apenas 0,1ml de heparina sódica na seringa;
6. Identificar a seringa com nome do paciente, data e hora de coleta;
7. Preparar o ambiente;
8. Caso o paciente se encontre consciente explicar para ele os riscos/benefícios e objetivos do procedimento;
9. Realizar o teste de "Allen" (descrito em anexo), quando possível;
10. Palpar o pulso radial, em caso de debilidade avaliar os demais locais de punção, em ordem de prioridade: braquial, pedioso e femoral, respectivamente;
11. Realizar a antisepsia do local da punção com algodão ou gaze embebido em álcool 70%;
12. Posicionar a agulha inclinada a 45° e o bisel disposto lateralmente. Observar o enchimento espontâneo de sangue na seringa, ou realizar a aspiração até o volume pré determinado.

Obs.: Para os demais locais de punção a angulação da agulha deve respeitar:

- Braquial: 45 – 60°
- Pedioso: 30 – 45°
- Femoral: 60 – 90°



FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL

Laboratório Municipal de Franca
Av. Chico Júlio, 5125 - Vila Imperador, Franca - SP

13. Após a coleta, retirar a agulha do paciente e pressionar o local de punção até a HEMOSTASIA COMPLETA;
14. Remover, imediatamente, as possíveis bolhas de ar da seringa;
15. Realizar rotação da seringa entre as mãos;
16. Colocar a seringa dentro de um saco plástico;
17. Acondicionar o saco plástico, contendo a seringa, em uma caixa térmica limpa e preparada previamente com gelo rígido artificial (Gelo-x);
18. Encaminhar **IMEDIATAMENTE** ao laboratório da Santa Casa de Misericórdia de Franca por meio do motorista de plantão na unidade;
19. Retirar as luvas e higienizar as mãos;

Riscos:

- Sangramentos;
- Dissecção arterial;
- Hematomas.

Em casos de Intercorrências:

- Comunicar intercorrências e realizar registro sempre que necessário;
- Tratar agravos e prestar atenção à família;

Observações Complementares:

- Usar EPI **SEMPRE**;
- Manter local em ordem.



FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL

Laboratório Municipal de Franca
Av. Chico Júlio, 5125 - Vila Imperador, Franca - SP

Anexo

Teste de "Allen"

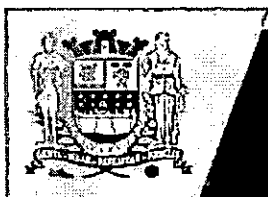
Comprimir, simultaneamente, as artérias radial e ulnar pedindo ao paciente (quando possível) que abra e feche a mão por várias vezes até que a mesma fique isquêmica (pálida). Em seguida com a mão do paciente aberta, retira-se os dedos da artéria ulnar. A coloração rósea deverá voltar, indicando boa circulação colateral.

Referências

ARAÚJO, G. M. et al. Procedimento de gasometria arterial em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. Revista de Enfermagem, v. 11(11), 2015.

BORTOLOZO, N. M. et al. Técnicas em enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso. 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.



FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL

Laboratório Municipal de Franca
Av. Chico Júlio, 5125 - Vila Imperador, Franca - SP

Procedimento Operacional Padrão

Coleta de Dímero D			
Elaborado:	José Augusto Gonçalves Aleixo	Data	08/07/2020
Revisado:	Leandro Ricardo Vexoli Fantinatti	Data	09/07/2020
Aprovado:	José Roberto de Souza Júnior	Data	09/07/2020

Objetivo: Avaliar a concentração sérica de Dímero D em pacientes com suspeita clínica de tromboembolia pulmonar (TEP), trombose venosa profunda (TVP) e demais coagulopatias, que cursam com elevação de Dímero D, especialmente em pacientes com COVID-19 e suas sequelas.

Conceito: O Dímero D é um produto de degradação da fibrina e sua dosagem tem sido utilizada na avaliação laboratorial de diversas situações que cursam com distúrbios da hemostasia como na trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, sepse, além de várias outras. Com base nestes estudos a International Society of Trombosis and Haemostasis (ISTH) passou, recentemente, a recomendar monitorização dos níveis de Dímero-D para determinação do prognóstico de pacientes com COVID-19 necessitando de hospitalização.

Materiais Necessários:

- Seringa de 1 a 5 ml;
- Agulha (13x4/5, 25x7 ou 25x8) ou "Scalpe" (21, 23, ou 25) conforme a veia a ser puncionada;
- Tubo contendo anticoagulante citrato (tampa azul);
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Micropore;
- Bandeja;



FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL

Laboratório Municipal de Franca
Av. Chico Júlio, 5125 - Vila Imperador, Franca - SP

Etapas do Procedimento

1. Higienizar as mãos com água e sabão;
2. Após secagem das mãos, com papel toalha, paramentar-se com capote, luvas, máscara e óculos de proteção;
3. Realizar a antisepsia da área a ser puncionada com álcool 70%;
4. Adaptar a agulha à seringa (ou sistema a vácuo), puncionar a veia escolhida e aspirar 4,5 ml de sangue venoso;
5. Caso utilize seringa e agulha para coleta de sangue deve abrir a tampa do tubo e transferir lentamente o sangue para o tubo deixando que o mesmo esorra para parede do tubo. Após a transferência deve-se tampar firmemente o tubo e homogeneizá-lo lentamente, por inversão, durante 10 a 15 segundos.
6. Após a coleta, retirar a agulha do paciente e pressionar o local de punção até a HEMOSTASIA COMPLETA;
7. O tubo deve ser identificado com nome completo, sem abreviaturas, data e hora da coleta.
8. Retirar as luvas e higienizar as mãos;

Riscos:

- Sangramentos;
- Dissecção venosa;
- Hematomas.

Em casos de Intercorrências:

- Comunicar intercorrências e realizar registro sempre que necessário;
- Tratar agravos e prestar atenção à família;



FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL

Laboratório Municipal de Franca
Av. Chico Júlio, 5125 - Vila Imperador, Franca - SP

Observações Complementares:

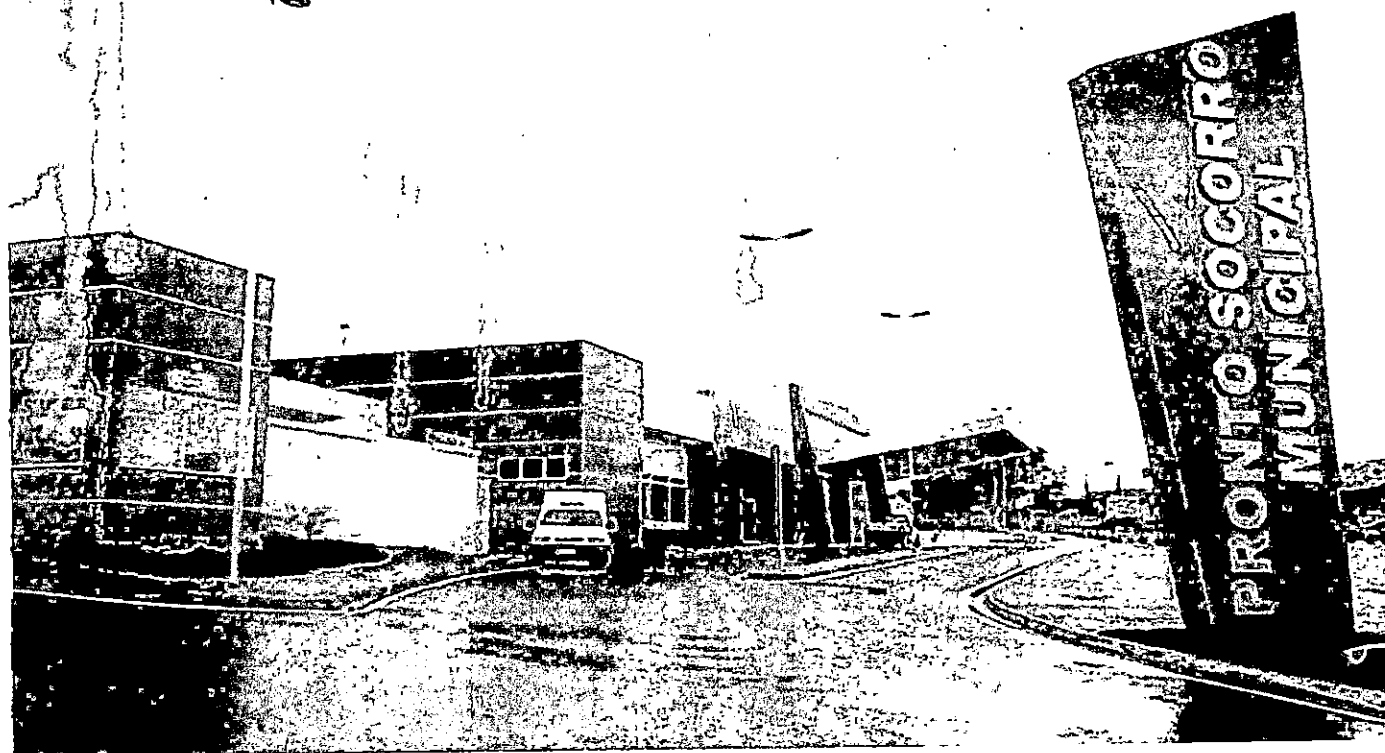
- Usar EPI SEMPRE;
- Manter local em ordem.

Referências

BORTOLOZO, N. M. et al. Técnicas em enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso. 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.

ACOLHIMENTO



Elaboração:

Enfa. Patricia Reis Alves dos Santos

Revisado:

Talita Máira Marchezin
Yara Maria Duarte Ferreira
Fagner Soares Basílio
Thiago Veríssimo
Diego Souza Parnaíba
Cláudia Poubel Marques
Líria Cristina do Carmo

Colaboração:

Equipe de enfermagem do Pronto Socorro Dr. Álvaro Azzuz



ORIENTAÇÕES GERAIS

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, pois é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento. É utilizado como uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam, sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada.

Diante das adversidades, devemos exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade, fundamentar nossas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica, prestando assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza. Devemos respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital.

A identificação do paciente é imprescindível, portanto além de solicitar que o paciente diga o nome completo, devemos pedir para que o próprio paciente confira se o seu nome e dados constantes na ficha de atendimento e resultados de exames estão corretos.

É função do funcionário do acolhimento a verificação da necessidade de ficha de notificação (SINAN) e o seu preenchimento.

A limpeza e organização é função de todos os funcionários escalados no acolhimento, independente do horário.

FLUXO DE ATENDIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO PELA EQUIPE

O acolhimento com classificação de risco é realizado pela equipe de enfermagem, sendo composta por enfermeiro (classificação) e técnicos de enfermagem (escuta qualificada), a partir da avaliação e observação das queixas atuais apresentadas pelos pacientes, bem como sinais vitais no momento da triagem, considerando também os antecedentes patológicos.



A Classificação inicial é realizada pelo sistema informatizado que deverá ser **REAVALIADO** após o atendimento de enfermagem.

DO ENCAMINHAMENTO AOS SETORES

Conforme a Classificação estabelecida é determinado o encaminhamento do paciente ao setor de referência. Sendo:

Bloco B - Sala de Emergência - classificação VERMELHA

Está destinada ao atendimento das emergências - **atendimento imediato.**

AFERIÇÃO DE TODOS OS SINAIS VITAIS;

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12;
- Queimaduras com insuficiência respiratória ou dispneia – tórax, face e abdome $\geq$ 2/3 de área de superfície corporal queimada;
- Trauma Crânio Encefálico grave – ECG < 12;
- Estado mental alterado ou em coma, história de uso de drogas. ECG < 12;
- Comprometimentos da Coluna Vertebral;
- Desconforto respiratório grave, FR $\geq$ 40;
- Obstrução de vias aéreas
- 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;
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com **Glasgow abaixo de 12;**
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas a **Glasgow abaixo de 12**, FR $\geq$ 40 e Sat O₂ $\leq$ 80%;



- Parada cardiorrespiratória;
- Demais emergências.

Bloco C - Ala C – Classificação AMARELA

Destinado ao atendimento dos pacientes classificados como **AMARELO**, podendo também ser encaminhados os pacientes com **classificação Vermelha ou Verde** conforme critério do médico e Protocolo - encaminhar a Ala com tempo de atendimento de no máximo **30 minutos**. Os casos encaminhados para **Ala C** de acordo com o **Protocolo** deverão ser passados ao profissional enfermeiro; técnico de enfermagem e médico de plantão no setor. **AFERIÇÃO DE TODOS OS SINAIS VITAIS;**

- Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático:

Pulso ≥ 140 ou ≤ 45

FR > 34 ou < 10

Dextro: ≥ 400 OU ≤ 50 mg/Dl

PA sistólica ≥ 160 + PA diastólica ≥ 110 mmHg



- PA sistólica ≥ 230 OU ≤ 80 mmHg ASSINTOMÁTICO;
- PA diastólica ≥ 130 mmHg ASSINTOMÁTICO;
- Gestantes com PA $\geq 160/100$ mmHg;
- Hemorragias não controláveis;
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência;
- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais, se necessário imobilização, deverá ser realizada no acolhimento;
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia;
- Trauma cranioencefálico com diminuição do nível de consciência;
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental;
- História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 06 horas;



- Dor torácica intensa com antecedentes de problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes).
 - REALIZAR ECG
 - A) ECG NORMAL, COM sinais de gravidade e instabilidade
 - B) ECG ALTERADO
 - C) ECG NORMAL SEM sinais de gravidade ou instabilidade – **RECLASSIFICAÇÃO VERDE**(Realizada pelo médico da Ala C).
- Crise asmática com SatO2 menor de 90% ou FR maior que 34 irpm;
- DPOC com SatO2 menor de 88% e FR maior que 30 irpm ou cianose, dispneia e desconforto respiratório;
- Pacientes dependentes de O2;
- Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia e glicemia acima de 400mg/Dl;
- Desmaios com tempo menor de 2 horas com sintomas clínicos;
- Overdose com alteração de ECG e tempo menor de 2 horas;
- História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica menor que 90 ou FC > 120;
- Epistaxe com alteração de sinais vitais - PAS maior que 180 ou PAD maior que 110 mmHg;
- Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre e alteração neurológica);
- Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais (FC ≥120 ou ≤ 50, PAS < 90, PAD < 50) ou gravidez confirmada;
- Náuseas /Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia (ECG<12) , mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais (PAS < 90, PAD < 50);
- Suspeita clara de fraturas, fratura exposta;
- Intoxicação exógena com ou sem alteração de sinais vitais;
- Vítimas de abuso sexual/ agressividade com ideação suicida ou homicida;
- Imunocomprometido com alterações de sinais vitais(FC ≥120 ou ≤ 50, PAS < 90, PAD < 50);



- Encaminhamentos externos para internação devem ser encaminhados á ala C, exceto ortopedia. Encaminhamentos externos para internação psiquiátrica devem ser encaminhados ao AMARELO para alta clínica;
- Pacientes com necessidade de Isolamento;
- Sondagem Nasoentérica - **Classificação VERDE**;
- Sondagem Vesical de Demora – troca apenas na impossibilidade de encaminhar o paciente ao NGA – **Classificação VERDE**;
- Picada de cobra.

Bloco E - Classificação VERDE

Pacientes com Classificação **VERDE** (tempo de atendimento de no máximo 2hs).

Espera maior que 02 h comunicar administração.

AFERIÇÃO DE TODOS OS SINAIS VITAIS;

*******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.**

- Idade superior a 60 anos;
- Gestantes;
- Pacientes escoltados;
- Deficientes físicos;
- Urgência hipertensiva: PAD $\leq$ 120mmHg assintomático;
- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro;
- Impossibilidade de deambulação – **Paciente acamado na impossibilidade de acomodar em cadeira de rodas será triado como VERDE com encaminhamento para o AMARELO para atendimento;**
- Asma fora de crise ou SatO2 maior que 90%;
- DPOC com SatO2 acima de 88%;
- 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;
- Febre alta (39/40.º C);
- Desmaios com mais de 2 horas;
- Acidentes com veículos motorizados, quedas ou acidentes sem sinais neurológicos;
- Perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente;
- Possível aspiração;
- Possível contusão pulmonar;
- Imunocomprometido com febre sem demais alterações de sinais vitais;
- Alterações psiquiátricas;
- Diabetes descompensado **assintomático**, dextro até HI mg/dL;
- Lombalgia intensa;
- Intercorrências ortopédicas (encaminhamento externo, entorse, suspeita de fraturas simples, luxações);
- Pacientes com ferimentos, corpo estranho, picadas ou mordeduras de animais peçonhentos (exceto cobra) deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura acompanhados pela enfermagem que deverá passar o caso para o funcionário escalado na função B2;

Bloco E - Classificação AZUL

Pacientes com Classificação AZUL (de menor complexidade – tempo de atendimento de no máximo 03hs). **AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS CONFORME COMORBIDADES E MOTIVO DE ATENDIMENTO;**

- Intoxicação alcoólica, uso de drogas ilícitas;
- Gripes, resfriados, tosse;
- Dor de garganta, dor de ouvido, dor de cabeça, abdominal leve, dor ao urinar(Observar escala de dor);
- Abscessos;
- Pico hipertensivo: PAD<120mmHg;
- Queixas crônicas sem alterações agudas;



- Avaliação de resultados de exames assintomático;
- Solicitações de atestados médicos;
- Curativo nos finais de semana e feriados(ENFERMAGEM);
- Lavagem de ouvido;
- Receitas externas de medicamentos independente se da rede pública ou particular não necessitam de consulta para troca de receita se estiver em conformidade com dose, via e diluição(ENFERMAGEM);
- **Ceftriaxona IM só será feita IM; Pacientes com prescrição IM e solicitado administração EV devem passar por consulta;**
- Casos de atendimento antirrábico atendidos nos convênios devem ser avaliados pelo Enfermeiro do plantão conforme protocolo. Somente os casos em que for necessário o SORO, é necessário passar pelo médico para a prescrição;
- Atendimento de exposição a perfuro-cortantes, acidentes de trabalho leves, exposição a doenças sexualmente transmissíveis;
- Demais condições não enquadradas nas situações/ queixas acima;

Os casos não contemplados neste **"Protocolo de classificação"** deverão ser classificados conforme o "nível de qualificação profissional" e discutidos com o médico da Ala C, que poderá admitir ou encaminhar o paciente ao **Bloco E**, com **solicitação expressa com assinatura e carimbo** em Boletim de atendimento (a classificação inicial será mantida no Boletim de atendimento).

Caso o profissional médico se recuse em reclassificar o boletim, a enfermagem deve anotar na ficha de atendimento a recusa, encaminhar o paciente ao bloco azul e passar o caso para a Enfermeira do Plantão que deverá deixar relatório para a Administração.

Nos casos de intercorrências com pacientes no **Bloco E** a equipe deverá acionar o médico responsável pelo paciente e o enfermeiro do plantão, escalado no Acolhimento.

Em casos de pacientes em atendimento no **Bloco E**, o médico poderá após avaliação do paciente e não melhora do quadro inicial ou piora do mesmo, necessidade de encaminhamento ao nível terciário, observação neurológica ou aguardar exames na unidade, encaminhar o paciente para **Ala C**, com **solicitação expressa** em Boletim de atendimento e **contato telefônico ou pessoal** entre os médicos da Ala C e Azul com **obrigatoriedade de anotação do nome do médico receptor do caso na Ala C.**



O enfermeiro tem autonomia para encaminhar pacientes acamados ou com quaisquer outras necessidades para atendimento de enfermagem no bloco C.

DO TEMPO DE PERMANÊNCIA

Espera-se que o tempo de permanência do paciente na **Ala C** seja de no máximo 12hs, sendo que em situações que possam exceder este tempo o paciente deverá estar com solicitação de internação; solicitação de avaliação psiquiátrica ou com programação de alta.

Espera-se que o tempo de permanência de pacientes no **Bloco E** seja de 04h a 06h, sendo que após este tempo o paciente deverá ser reavaliado e encaminhado ao setor de maior complexidade e/ou alta para o domicílio.

RETORNO DEVIDO INTERCORRÊNCIA PÓS ALTA HOSPITALAR

Nos casos em que o paciente já tenha iniciado atendimento em nível hospitalar, investigar se o paciente se enquadra nas regras para retorno ao hospital de origem, com aferição dos sinais vitais e avaliação do enfermeiro quanto á estabilidade do paciente.

Em caso de risco de desestabilização deve-se encaminhar o paciente acompanhado de enfermagem em ambulância do Pronto Socorro ou iniciar atendimento médico no PSR.

PÓS-CIRÚRGICO(com resumo de alta em mãos): 30 dias

INTERNAÇÃO DE CLÍNICA MÉDICA(com resumo de alta em mãos): 24 horas

GESTANTE: Atendimento Integral desde que tenha **em mãos:** cartão de pré-natal ou ultrassom, **ou** BHCG positivo.

PUÉRPERA (com resumo de alta em mãos): 40 dias

PACIENTE ONCOLÓGICO(com cartão do Hospital do Câncer **de Franca** em mãos e em tratamento): Atendimento integral no Hospital do Coração

PMP: Não há retorno.



DAS ATIVIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DESENVOLVIDAS NO SETOR DE ACOLHIMENTO

Técnico de Enfermagem

- Receber e passar plantão no posto de trabalho, com verificação e discussão dos BA(s) triados ou que aguardam triagem, passagem de intercorrências, bem como dar continuidade ao atendimento;
- Receber os pacientes trazidos pelos serviços de APH e providenciar a confecção do B.A;
- Prestar assistência a cada paciente conforme queixa e condição clínica, estabelecida em protocolo salvo exceções definidas pelo enfermeiro, **colaborando** assim com a Classificação de Risco;
- Preencher os dados no SIGS adequadamente de acordo com a queixa apresentada atual e dados anteriores (comorbidades, uso de medicamentos), atentar para escalas disponíveis no sistema (dor, glasgow, ciccinati);
- Orientar e encaminhar os pacientes conforme classificação de risco (vermelho, amarelo, verde e azul) sob orientação do enfermeiro do acolhimento;
- Encaminhar e passar plantão de pacientes com classificação de risco vermelho, ao responsável da Urgência, enfermeiro da Ala e médico;
- Encaminhar e passar plantão de pacientes com classificação de risco amarela ao colaborador responsável pelo leito após direcionamento do leito disponível realizado pelo enfermeiro da Ala e médico;
- **Encaminhar o paciente com história de ferimento corto-contuso classificado como verde e passar o caso ao colaborador da sutura, em casos de não realização do BA solicitar ao acompanhante quando houver ou então providenciar a confecção do B.A;**
- Controlar a entrada de acompanhantes, prioritariamente dos embasados em lei (menores de 18 anos, maiores de 60 anos, gestas e portadores de necessidades especiais);
- Atentar para casos em que não foram solicitados pela recepção e seja necessária a realização de Boletim de ocorrência policial (B.O): Casos de Violência; Óbito;



Evasão de pacientes de risco de morte ou com transtornos mentais (caso estejam desacompanhados fazer contato com a família); Tentativa de auto-extermínio.

- Em casos de situações envolvendo o adolescente de 12 a 16 anos, violência contra a mulher, adolescente e ao idoso, solicitar avaliação do assistente social.
- Realizar limpeza concorrente e organização no decorrer de cada plantão, na sala de acolhimento, e passar para o servidor do turno seguinte, o material de uso (esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, oxímetro, aparelho de verificação de glicemia capilar, entre outros);
- A senha do sistema SIGS deverá ser individual.

Enfermeiro

- Receber e passar plantão no posto de trabalho, com verificação e discussão dos BA(s) triados ou que aguardam triagem, passagem de intercorrências, bem como dar continuidade a classificação de risco conforme protocolo;
- Conferir a escala de atribuições da equipe de enfermagem, reorganizando se necessário conforme demanda dos setores;
- Prestar assistência aos pacientes conforme quadro/queixa, priorizando os pacientes graves e direcionando os demais;
- Orientar e direcionar a equipe no encaminhamento dos pacientes conforme classificação de risco (vermelho, amarelo, verde e azul);
- Encaminhar e passar plantão de pacientes com classificação de risco vermelha, ao enfermeiro responsável da Ala C, colaborador escalado no leito de Urgência e médico;
- Dar apoio ao setor de psiquiatria (Pronto Socorro de Referência);
- Controlar a entrada de acompanhantes, prioritariamente dos embasados em lei (menores de 18 anos; maiores de 60 anos, gestas e portadores de necessidades especiais relevantes);
- Atentar para casos em que não foram solicitados pela recepção e seja necessária a realização de Boletim de ocorrência policial: Casos de Violência; Óbito; Evasão de pacientes de risco; Tentativa de auto-extermínio.
- Comunicação ao Conselho Tutelar em casos onde se envolvam crianças e adolescentes vitimizados;



- Supervisionar os setores (fluxo, balcão de medicação, sala de coleta, sala de sutura) e dar apoio sempre que solicitado pela equipe.
- Supervisionar o registro das anotações de enfermagem pela equipe e registrar a evolução da assistência prestada no BA, com letra legível, carimbo e assinatura, garantindo uma assistência segura;
- Realizar registros pertinentes relativos aos protocolos do setor, atentando para as providências previstas relativas aos casos de óbito (protocolo de óbito);
- Delegar a Solicitação da Polícia Civil nos casos de óbito;
- Supervisionar e conferir a reposição da régua de gases com controle e reposição de oxigênio, equipamentos, impressos materiais de consumo, soros e medicações atentando para suas validades da sala de urgência/ isolamento;
- Conferência, controle e reposição de medicações psicotrópicas no balcão de medicações;
- Apoiar a equipe do bloco azul quanto a rebaixamento do estado dos pacientes e se necessário encaminhamento á ala C com acionamento do médico responsável pelo paciente;
- Supervisionar a realização da limpeza concorrente e organização das salas do pronto Socorro, tanto pela equipe de limpeza como pela equipe de enfermagem;



PARÂMETROS PARA OS DADOS VITAIS

Sinais vitais são aqueles que indicam a existência de vida. São reflexos ou indícios que permitem concluir sobre o estado geral de uma pessoa. Os sinais sobre o funcionamento do corpo humano que devem ser compreendidos e conhecidos são: • Temperatura, • Frequência Cardíaca, • Frequência Respiratória, • Pressão arterial.

Sinais Vitais	Normalidade	Acima da normalidade	Abaixo da normalidade
Frequência Respiratória	12 a 20 vent/min	Taquipnéia Acima de 20 vent/min	Bradipnéia < 12 vent/min
Frequência Cardíaca	50 a 100bpm	Taquicardia >100bpm	Bradicardia <50bpm
Saturação de Oxigênio	De 95% a 100%	-	Menor que 90%
Temperatura	36 a 37°C	Estado febril: 37,5 a 37,9°C Febre: 38 a 38,9°C Pirexia: 39 a 39,9°C Hiperpirexia: acima de 40	Hipotermia: 34 a 35,9°C
Pressão Arterial	PAS 90 a 139 PAD 85 a 99	PAS 140 - 179 (hipertensão leve a moderada)	PAD < 90
Glicemia Capilar	Jejum : 70 a 100mg/dl Pós prandial : 70 a 140 mg/dl	Hiperglicemia Jejum : Diabetes acima de 126mg/dl Pós prandial : Diabetes >200mg/dl	Hipoglicemia Jejum : <70mg/dl Pós prandial : <70mg/dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS

OXIGENAÇÃO/RESPIRAÇÃO- SISTEMA RESPIRATÓRIO

As situações emergências relacionadas à necessidade de oxigenação/respiração, claramente definidas por sinais óbvios de comprometimento respiratório no momento da chegada do paciente tais como: ausência de movimento respiratório, sinais de engasgamento por obstrução de vias aéreas por corpo estranho, sinais severos de insuficiência respiratória, trauma penetrante ou contuso em região torácica serão direcionadas de imediato a sala de emergência e acionamento da equipe da Ala C.

Entre as queixas principais que envolvem as doenças do sistema respiratório incluem a dor torácica (dor no peito), dispnéia, tosse seca ou produtiva com ou sem presença de sangue (hemoptise).

A taquipnéia é uma resposta normal à febre, ao medo ou a exercícios físicos.

Podem ocorrer também na Insuficiência respiratória, pneumonia, alcalose, pleurisia e lesões na ponte.

Os níveis de oxigenação devem ser interpretados em função da idade. Indivíduos idosos fisiologicamente são mais hipoxêmicos do que jovens.

Pacientes portadores de pneumopatias crônicas, tais como DPOC, podem apresentar, cronicamente, níveis acentuados de hipoxemia e hipercapnia, em condições basais.

Antecedentes e dados relativos à queixa atual: Dentre os antecedentes do sistema respiratório deverão ser levantados dados que possam ter interferência com a queixa atual como:

- Tabagismo;
- Exposição a irritantes químicos ou ambientais que afete a respiração;
- Doença obstrutiva crônica prévia (asma, enfisema, bronquite...);
- Uso de oxigênio complementar no domicílio;
- Doenças respiratória em tratamento (PNM, TB, CÂNCER DE PULMÃO), ou doença cardíaca que possa ter relação com a queixa respiratória como na Insuficiência cardíaca congestiva;



- Medicamentos em uso para doenças prévias;
- O início dos sinais e sintomas apresentados;
- Fatores de piora ou melhora dos sintomas;
- Dor no tórax ao respirar (**critério de exclusão da dor torácica relacionada ao IAM**).

Quanto aos sinais e sintomas associados a queixas respiratórias:

- Presença de cianose central ou de extremidades;
- Uso de musculatura acessória, evidenciado por esforço respiratório intenso com presença de retração intercostal ou retração de fúrcula e supraesternal, batimento de asas de nariz;
- Presença de sudorese;
- Enchimento capilar (normal quando menor que 2 seg) indica sinais de perfusão de oxigênio nas extremidades;
- Alteração no nível de consciência (agitação psicomotora a sonolência sugestiva de hipóxia);

Sinais de insuficiência respiratória grave: incapacidade de falar, dispneia, cianose, letargia/confusão, agressividade, taqui/bradicardia, $\text{Spo}_2 < 90\%$ (podem estar relacionados a eventos intracranianos graves, pneumotórax, estado de mal asmático, descompensação de DPOC, Insuficiência cardíaca congestiva, anafilaxia e distúrbios metabólicos graves- Renal, cetoacidose diabética)

A insuficiência respiratória pode ser definida como a condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio e/ou da pressão arterial de gás carbônico (PaCO_2) dentro dos limites da normalidade, para determinada demanda metabólica, ou seja, está relacionada à incapacidade do sistema respiratório em manter níveis adequados de oxigenação e gás carbônico.

Sinais e sintomas:

CIRCULAÇÃO- SISTEMA CIRCULATÓRIO

Entre as queixas principais que envolvem as doenças do sistema circulatório incluem a dor torácica (dor no peito), dispnéia (falta de ar), ortopnéia, tosse, fadiga aos



pequenos esforços, cianose ou palidez, aumento de pressão arterial, coração acelerado/palpitações, edema.

É comum em unidades de Pronto Atendimento as queixas relacionadas ao aumento da pressão arterial em pacientes com doença hipertensiva de base, importante que a equipe reconheça os sinais de emergência e urgência hipertensiva para o encaminhamento imediato ou não a avaliação médica objetivando o não agravamento do quadro do paciente.

As queixas de arritmia (coração acelerado) também são comuns, podendo apresentar-se como o aumento da frequência cardíaca ou a alteração de ritmo cardíaco (ritmo irregular). A etiologia varia desde estados de ansiedade até as mais variadas formas de arritmia. As alterações referente à frequência pode também apresentar-se em forma de bradicardia.

Cabe ressaltar que nem toda FC baixa pode ser patológica, pacientes com preparo físico e atletas podem ter FC de repouso na ordem de 48-52 bpm, sem qualquer repercussão para o organismo.

Torna-se importante a identificação da história anterior de tratamento ambulatorial e medicação em uso, verificação dos dados vitais e de acordo com os dados vitais apresentados e associados à história coletada encaminhar de imediato ou não o paciente para avaliação médica.

Nestes casos devem ser levantados também dados relacionados a intoxicações a medicamentos ou drogas, podendo vir a informação pelos acompanhantes ou por cartelas de remédios vazias;

Importante ressaltar que a febre pode também interferir na frequência cardíaca e respiratória, tendo em vista o aumento do metabolismo, com isso pacientes com história de arritmias (palpitações/ coração acelerado) é imprescindível a **verificação da temperatura corporal**.

Idosos podem apresentar dispneia aguda ou evoluir com edema agudo como manifestação de IAM, outros sintomas no idoso podem ser confusão, síncope, sensação profunda de fraqueza, arritmia ou hipotensão.

A DIRETRIZ BRASILEIRA DE HAS NÃO LEVA EM CONSIDERAÇÃO PAS.

Antecedentes e dados relativos à queixa atual: Dentre os antecedentes do sistema circulatório deverão ser levantados dados que possam ter interferência com a queixa atual e que possam direcionar a equipe na tomada rápida de decisão tais como:



- História pregressa de cardiopatias (cirurgia cardíaca, IAM, Insuficiência cardíaca, chagas); Pacientes com estes antecedentes devem estar um nível acima do demais.
- Comorbidades como HAS, DM e obesidade também devem ser valorizadas;
- Estilo de vida (Tabagismo, uso de álcool, drogas, sedentarismo, dieta rica em gordura);
- O início dos sinais e sintomas apresentados; início acompanhamento ambulatorial;
- Fatores de piora ou melhora dos sintomas (dor aos esforços, ao respirar, com tosse);

QUANTO AOS SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS A QUEIXAS DE DOR TORÁCICA

É um dos sintomas apresentados que causam maior dificuldade no momento da triagem em definir o encaminhamento imediato ou não para a avaliação médica, visto que pode ser manifestação de várias alterações orgânicas pois que a caixa torácica abriga várias estruturas de órgãos e sistemas como o digestório, cardiovascular, respiratório, osteomuscular e linfático.

Esta coleta de dados permitirá a abordagem rápida da queixa de dor torácica que tem maior relevância clínica como é o caso da dor de origem cardíaca. A isquemia cardíaca pode manifestar-se de muitas maneiras, com isso a investigação de dados da queixa atual influencia diretamente na capacidade de prever a ausência ou presença de doença coronariana significativa, dentre os dados importantes destacamos:

- **o início dos sintomas**- de início súbito;
- **a duração de cada episódio**;
- **a natureza, local e irradiação**- desconforto ou dor profunda localizada em precórdio ou MSE, desconforto ou dor epigástrica, na mandíbula ou pescoço devem ser valorizadas; Pode ser desencadeada por estresse ou exercício;
- **Sintomas associados**- diaforese, náuseas, vômitos, palidez;
- **fatores de alívio**- dor que geralmente alivia com repouso ou uso de nitrato, em casos onde isto não ocorre está relacionado a pior prognóstico (**síndrome coronariana aguda com elevação do seguimento ST- neste caso a dor é mais intensa e com maior tempo de duração**);
- **perfil de risco**- tabagismo, HAS, DM, obesidade, sedentarismo, mulheres e homens > 55 anos, história familiar positiva para doença cardíaca prematura;

Atenção para idosos, diabéticos e mulheres, pois podem apresentar isquemia com sintomas atípicos



A dor é descrita como sensação de compressão, dor em aperto, peso, queimação ou apenas desconforto. Associada a sudorese, náusea e falta de ar, e ou irradiação para pescoço, mandíbula, ombros, costas, braços aumentam a probabilidade de uma etiologia grave. Pode também apresentar-se em forma de dor epigástrica.

SISTEMA NEUROLÓGICO- PERCEPÇÃO SENSORIAL E NEUROLÓGICA

As principais queixas envolvendo o sistema neurológico são confusão/desorientação mental, letargia, agitação, estado convulsivo até o estado completo de inconsciência.

De forma geral o nível de consciência diminuído deve ser sinal de alerta para *Oxigenação cerebral diminuída (hipóxia e ou/ hipoperfusão), lesão do sistema nervoso central, intoxicação por álcool e drogas e distúrbios metabólicos.*

A Inspeção rápida do paciente com foco em dados do nível de consciência (**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**), escala de CICCINATI com foco na procura de sinais e sintomas sugestivos de AVE, permite o encaminhamento rápido e melhora do prognóstico do paciente.

Todos os pacientes com alteração do estado mental como confusão/desorientação, letargia, agitação, história de abuso de álcool, tremores, fraqueza e tontura devem ser submetidos a **glicemia capilar**;

Todos os pacientes com história de traumas que envolvam pancada em região craniana devem ser submetidos a escala de COMA DE GLASGOW;

Todos os pacientes com queixas de dormência, perda de força em membros, cefaleia intensa devem ser submetidos a escala de CINCINNATI.

Dentre os eventos mais comuns associados a queixas neurológicas estão:

- Cefaléia - dor de cabeça (atenção importante deve ser dada ao nível e tipo de dor, início, história prévia, investigar sinais de meningismo como rigidez de nuca);
- Distúrbios metabólicos (investigar estados de hipoglicemia e hiperglicemia, convulsão, parada cardíaca);
- Intoxicações e overdoses (quantidade ingestão ou uso, tempo decorrido da intoxicação);
- Acidente vascular encefálico (escala de cincinnati);
- Traumatismos (coleta dados da biomecânica do trauma);



-Desidratação severa (idoso, diarreia e vômitos severos);

Sinais de Alerta para AVE

- Perda súbita de força ou formigamento de um lado do corpo – face, braços ou perna
- Dificuldade súbita de falar ou compreender
- Perda visual súbita em um ou ambos os olhos Súbita tontura, perda de equilíbrio, coordenação
- Dor de cabeça súbita intensa sem causa aparente

Fatores de Risco para AVE

- tabagismo;
- Sedentarismo;
- Dieta rica em gorduras;
- Cardiopatias (arritmias) deslocamento de trombos;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes melito;

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

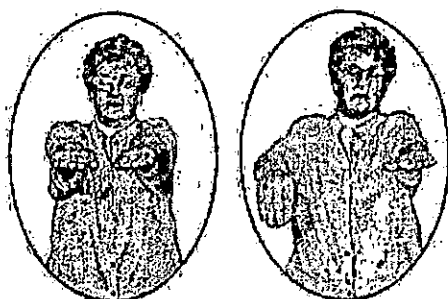
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8



Paresia facial (pedir ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir)

Normal – ambos os lados da face movem-se simetricamente

Anormal – um lado da face não se move tão bem quanto o outro (pode apresentar-se com desvio de rima labial, queda de pálpebras e sombrancelhas);



Déficit motor dos membros superiores (paciente deve fechar os olhos e manter os braços estendidos)

✓ Normal – ambos os braços movem-se simetricamente ou ambos não se movem (outros achados como pronação distal podem ser úteis)

✓ Anormal – um membro superior não se move ou apresenta queda

Fala (pedir que o paciente fale “não se pode ensinar novos truques a um cachorro velho”, “o rato roeu a roupa do rei de Roma”)

✓ Normal – paciente usa corretamente as palavras sem alteração

✓ Anormal – paciente apresenta dificuldade para falar, usa as palavras de forma inadequada ou é incapaz de falar.

Interpretação: Se qualquer 1 destes sinais for anormal, a probabilidade de AVC é 72%



AVALIAÇÃO EM 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 e antecedentes psiquiátricos.

O paciente classificado como **AMARELO**, deve sempre estar acompanhado. Se necessário, solicitar auxílio da assistência social.

INTEGRIDADE TECIDUAL- SISTEMA TEGUMENTAR

Na categorização das queixas selecionadas para o item Integridade Tecidual foi considerado não somente as lesões que ultrapassam a barreira de continuidade da pele, mas também lesões que podem afetar estrutura internas, bem como desencadear um resposta alérgica antígeno-anticorpo no indivíduo nos casos de acidentes com animais peçonhentos e alergias agudas, podendo ocasionar repercussões hemodinâmicas com risco imediato para o paciente.

Dentre as queixas mais comuns podemos então destacar ferimentos cortecusos por diversos mecanismos de trauma, ferimentos ocasionados pelo mecanismo de arma branca e /ou arma de fogo, picada de inseto com reação alérgica, reação alérgica aguda ou crônica, acidente com animais peçonhentos (cobra, escorpião)

Pacientes com lesões com difícil de cicatrização devem ser submetidos a glicemia capilar devido a hipótese de diabetes mellitus (dificulta a cicatrização pela má perfusão tecidual e por lesões microvasculares).

CONSIDERAÇÕES SOBRE QUEIMADURAS

Características de uma queimadura do 1º grau:

- vermelhidão de leve a intensa
- a pele fica branca quando pressionamos o local
- não há bolhas



Constipação Intestinal

Constipação intestinal é um distúrbio caracterizado pela dificuldade persistente para evacuar. É preciso considerar, entretanto, que não existe um padrão rígido para classificar a frequência normal de funcionamento dos intestinos, que pode variar de 3 a 12 vezes por semana.

Só se considera um quadro típico de constipação, quando ocorrem duas ou menos evacuações por semana e/ou o esforço para evacuar é grande demais e pouco produtivo. A constipação é um transtorno mais comum nas mulheres, especialmente durante a gravidez, nas crianças e nos idosos, porém este quadro pode se agravar com o passar do tempo, ou ser um sintoma de câncer de intestino.

Pode ter como causa: Ingestão inadequada de fibras e água; Sedentarismo; Associada a doenças do cólon, do reto, como diverticulose, hemorroidas, fissuras anais e câncer colorretal; Uso de certos medicamentos; Alterações neurológicas e do metabolismo; Estresse, depressão e ansiedade.

A complicação mais comum da constipação é o **fecaloma**, massa compacta de fezes endurecidas, que se deposita no reto ou no cólon-sigmoide, e interrompe o trânsito intestinal. A tendência é o fecaloma aparecer mais nas pessoas com dificuldade de locomoção, como os idosos acamados e os cadeirantes. A avaliação do paciente constipado visa excluir a presença de causas secundárias. Investigar sinais como emagrecimento, hemorragia, febre, anorexia e anemia, que podem nos orientar para uma causa anatômica.

Diarréia

As principais características da diarreia são o aumento do número de evacuações e a perda de consistência das fezes. Uma das piores complicações da diarreia é a desidratação. Adultos são mais resistentes, mas bebês, crianças e idosos desidratam-se com facilidade. Boca seca, lábio ressecados, letargia, confusão mental e diminuição da urina são sintomas de desidratação que, além de diminuir as reservas de água do corpo humano constituído por cerca de 75% de água, reduzem os níveis de dois importantes minerais: sódio e potássio.



A diarreia pode ser tanto consequência de uma intoxicação alimentar como um sintoma inicial de várias doenças, como: úlcera gastrintestinal, alguns tipos de câncer, AIDS e de patologias que acarretam a má absorção dos nutrientes.

Atentar para sintomas como: presença de sangue nas fezes, enterorragia ou melena; fezes com aspecto volumoso e com traços evidentes de gordura ou restos alimentares, indicativos de má absorção, se os episódios de diarreia forem repetidos e, principalmente, se eles se alternarem com crises de obstipação.

Causas: Infecções bacterianas como a Salmonella ou toxinas bacterianas; Infecções virais; Disfunção da motilidade do tubo digestivo; Parasitas intestinais causadores de amebíase e giardíase; Efeitos colaterais de algumas drogas, por exemplo, antibióticos, altas doses de vitamina C; Abuso de laxantes; Intolerância a derivados do leite pela incapacidade de digerir lactose; Tumor intestinal; Má absorção.

Cólica de vesícula

Cálculos biliares são pequenas pedras que se formam na vesícula biliar, órgão localizado no lobo inferior direito do fígado onde a bile se concentra e de onde é lançada sob a influência de um hormônio intestinal. A bile produzida no fígado consiste na mistura de várias substâncias, entre elas o colesterol, responsável por cerca de 75% dos casos de formação de cálculos. Alguns deles se alojam na vesícula biliar e não causam sintomas. Outros ficam presos no duto biliar e bloqueiam o fluxo da bile para o intestino.

Essa obstrução provoca a cólica biliar que se caracteriza por dor intensa no lado direito superior do abdome ou nas costas na região entre as omoplatas que se irradia para a parte de cima da caixa torácica ou para as costelas.

A crise de cólica persiste enquanto a pedra permanecer no duto. No entanto, muitas podem voltar para a vesícula ou ser empurradas para o intestino. Quando isso ocorre, a crise dolorosa diminui.

A dor normalmente aparece meia hora após uma refeição, atinge um pico de intensidade e diminui depois. Pode vir ou não acompanhada de febre, náuseas e vômitos.

Causas: Dieta rica em gorduras e carboidratos e pobre em fibras; Vida sedentária que eleva o LDL (mau colesterol) e diminui o HDL (bom colesterol); Diabetes; Obesidade; Hipertensão; Fumo; Uso prolongado de anticoncepcionais; Elevação do nível de



estrogênio o que explica a incidência maior de cálculos biliares nas mulheres;
Predisposição genética.

Dor estômago

A dor no estômago é um dor geralmente que começa na região epigástrica, logo abaixo do esterno. Popularmente, os pacientes costumam queixar-se de “dor na boca do estômago”. Esta por sua vez é inespecífica e pode irradiar-se para outros locais.

Causas possíveis: Gastrite, Intoxicação alimentar, Má digestão, Úlcera gástrica, Câncer, Hérnia de hiato.

Hemorragia Digestiva

A hemorragia digestiva aguda, evidenciada clinicamente pela exteriorização de hematêmese, melena ou enterorragia, decorrem de lesões proximais ao ligamento de Treitz (flexura duodenojejunal) são consideradas hemorragias digestivas altas (HDA) e, distais a ele, hemorragias digestivas baixas (HDB). No entanto, HDA de grande vulto pode produzir enterorragia, da mesma forma que lesões baixas, do cólon direito ou delgado terminal podem manifestar-se com melena.

Causas: Hemorragia Digestiva Alta Varicosa, Hepatopatia crônica, Hemorragia Digestiva Não Varicosa, Úlcera péptica gastroduodenal, Lesão aguda de mucosa gastroduodenal, Câncer, Esofagites, Uso de medicações (anticoagulantes, AINES), Doença diverticular dos cólons, Doenças proctológicas (hemorroidas), Colites isquêmicas e infecciosas, Fístulas aorto-entéricas, Vasculites, etilismo crônico.

SISTEMA REPRODUTIVO

Cólica Menstrual - 1 – Dismenorreia essencial ou primária

Constitui a maioria dos casos. São classificadas como primárias, quando os sintomas estão relacionados com o próprio útero durante os eventos que antecedem a menstruação. Nelas, não há interferência de outras enfermidades, ginecológicas ou não.



As dismenorreias primárias, caracteristicamente, ocorrem em mulheres que ovulam.

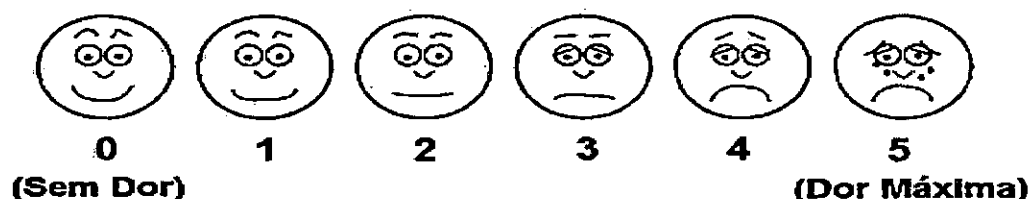
Cólica Menstrual - 2 – Dismenorreia extrínseca ou secundária

Quando os sintomas surgem como consequência de um distúrbio ginecológico extrínseco. São exemplos de causas extrínsecas:

- Miomas que modificam a forma do útero de modo a interferir com as contrações ou exercer efeito compressivo sobre as estruturas vizinhas, provocando dores no baixo ventre que, geralmente, se irradiam para a raiz das coxas e para a região lombar;
- Endometriose: enfermidade causada por proliferação de células do endométrio (camada que reveste a parte interna do útero) na cavidade abdominal e em outras localizações anômalas ao redor do aparelho ginecológico que, em geral, se manifesta na fase reprodutiva com quadro de dores nos 5 a 7 dias que antecedem o período menstrual e à qual pode ser atribuída a dificuldade para engravidar;
- Doença inflamatória pélvica, causada por processos inflamatórios/infecciosos que podem acometer qualquer porção do aparelho ginecológico, causando dor no baixo ventre, corrimento vaginal, mal-estar geral e, eventualmente, febre;
- Tumores pélvicos que comprimem o útero;
- Malformações uterinas que interferem com o mecanismo de contração do órgão;
- Estenose cervical, processo em que ocorre oclusão parcial do canal situado no colo do útero, dificultando o escoamento do sangue menstrual e provocando dor em cólica.
- Amenorreia por diversos fatores.

Investigar: Suspeita de gravidez, sangramento vaginal e suas características (quantidade, cor, odor), história de aborto, doenças associadas

Escala de dor- Faces de dor





SISTEMA URINÁRIO- ELIMINAÇÃO

Cólica Renal

Os rins são duas estruturas anatômicas que filtram o sangue que chega pela artéria aorta, distribui-se pelas artérias renais e retorna ao coração pela veia cava. Neles é produzida a urina, que desce pelos ureteres, desemboca na bexiga e é eliminada pela uretra.

A dor do cálculo renal é muito forte e aguda. É uma dor lombar alta, unilateral, pois raramente se manifesta nos dois lados das costas. Diferente da dor crônica, aquela que se instala por dias ou semanas, irradia-se pelo flanco (região lateral do abdômen), pela pelve e alcança os genitais tanto do homem quanto da mulher, à medida que o cálculo progride pelas vias urinárias. É importante ressaltar que a posição ou o movimento do corpo não influem no aparecimento nem na intensidade dessa dor.

Causas: distúrbio metabólico que faz com que os cristais normalmente eliminados pela urina se precipitem e formem a pedra, excesso de ácido úrico ou oxalato de cálcio na urina, infecções urinárias de repetição, falta de citrato (cisteinúria), ingestão de água insuficiente, dieta rica em cálcio

Hiperplasia Prostática Benigna e Câncer de Próstata

A HPB é o crescimento prostático, uma das doenças mais comuns no homem idoso, e quando associada aos sintomas do trato urinário inferior tem importante impacto na qualidade de vida, por interferir diretamente nas atividades diárias e no padrão do sono. Estes sintomas são classificados em obstrutivos e irritativos. Para a avaliação inicial de todos os pacientes que apresentam sintomas do trato urinário inferior, potencialmente relacionadas à HPB, deve-se coletar uma história clínica, procurando identificar morbidades agregadas que possam promover anormalidades no esvaziamento vesical.

A maioria dos cânceres de próstata cresce lentamente e não causa sintomas. Tumores em estágio mais avançados podem ocasionar dificuldade para urinar, sensação de não conseguir esvaziar completamente a bexiga e hematúria.



Tanto na HPB quanto na neoplasia de próstata, podem ocorrer períodos em que se faça necessário o uso de sonda vesical de demora.

Sintomas: Jato fraco, Urgência e Esforço miccional, Polaciúria, Jato interrompido, Dor suprapúbica, Gotejamento Miccional, Incontinência, Esvaziamento Vesical incompleto e Bexigoma.

DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL

Nos casos em que o usuário procurar a unidade, em busca de cópia de prontuário, relatório médico, preenchimento de RAAT, por motivo de atendimento que envolva violência contra a mulher, idoso ou criança, ou necessidade de acompanhante ao atendimento, a recepção realizará o cadastro do usuário, conforme protocolo, adicionando no campo observação: *Atend. Assistente Social* e orientar o usuário a se direcionar a sala de *Serviço Social*; Nos casos de emergência que envolvam o atendimento de menores de 16 anos desacompanhados por um responsável legal, o menor será imediatamente acolhido e atendido, e a equipe realizará contato posterior com os responsáveis legais.



Num constante aprendizado



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS,** 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde,** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência:

Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 102 p.

CALIL, A. M; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência.** São Paulo: Atheneu; 2007.

HERLON, S. M. et al;. **Emergências Clínicas - Abordagem Prática - USP - Editora: Manole,** 9ª, ed. 2014.

NAEMT. **Atendimento Pré-Hospitalar Ao Traumatizado – PHTLS.** Editora: Elsevier, 2012.