

**COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS
MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS**

**NOTA TÉCNICA CONJUNTA – UTILIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE
SOLICITAÇÃO DE ADMISSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA
RESPOSTA À DOENÇA PELO NOVO CORONAVIRUS (SARS-
COV-2) NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA**

Julho de 2020

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 2 de 13

Ficha Catalográfica

André Augusto Jardim – Coordenador da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Lucele Matoso Leal – Coordenadora da Enfermaria do Anexo do Hospital Municipal

Maria Emi Shimazaki – Consultora Técnica da Secretaria de Saúde de Uberlândia

Marco Túlio Ferreira – Coordenador Técnico da Missão Sal da Terra

Maria Aparecida Gonçalves Gomes – Assessora Técnica em Saúde/SPDM UAIs

Pérsio Matos Amaral – Coordenador Técnico UAI Planalto

Walid Makin Fahmy – Diretor Técnico/SPDM HMMDOLC e UAIs

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 3 de 13

1 – Introdução

Os coronavírus são um grande grupo viral, conhecidos desde meados de 1960, que causam infecções respiratórias em seres humanos e em animais. Geralmente causam sintomas leves a moderados, semelhantes a gripe, podendo cursar com sintomas intestinais, sendo altamente patogênicos.

Alguns coronavírus podem causar doenças graves com impacto importante na Saúde Pública, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), identificada em 2002 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), identificada em 2012.

O novo coronavírus de 2019 (SARS CoV-2) tem causado doença respiratória, sendo que seu espectro clínico de infecção humana, padrão de letalidade, mortalidade e infectividade estão ainda sendo descritos e estudados. No entanto, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória –entre 5%e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas.

A transmissão pessoa-pessoa se dá através da via respiratória, por secreções produzidas durante episódios de tosse, espirros e coriza, semelhante à transmissão do vírus da influenza.

Não há vacina ou medicamento específico disponível, sendo o tratamento de suporte e inespecífico para COVID-19. Estudos têm sido conduzidos para o rápido desenvolvimento destes insumos.

Não menos importante, deve-se ter em mente que outros vírus respiratórios, também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus e outros coronavírus.

As evidências atuais, resultantes da experiência de Wuhan, na China, e da Itália, mostram que a infecção pelo coronavírus atinge, igualmente, todos os ciclos de vida.

Todavia, com diferenças significativas na sua apresentação clínica. Na criança, a doença é, usualmente, oligossintomática, simulando um quadro de resfriado comum ou, até mesmo, assintomática. À medida que a idade avança, a infecção torna-se mais clinicamente manifesta, aumentando o risco da presença de manifestações sistêmicas, como febre, prostração, mialgia, até culminar com insuficiência respiratória, causada pela pneumonia virótica, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e falência de múltiplos órgãos (Garnier-Crussard, 2020). A letalidade é significativamente maior em idosos e em indivíduos com comorbidades (câncer 5,6%, hipertensão arterial 6%, doença respiratória crônica 6,3%, diabetes mellitus 7,3% e doença cardiovascular 10,5%). Todavia, acreditamos que não devemos incluir todos os idosos no mesmo grupo de risco, pois as diferenças entre eles são significativas, mesmo tendo a mesma idade e as mesmas doenças. Infelizmente, não estão sendo discutidas essas diferenças entre os vários tipos de idosos, limitando a tomada de decisões protetivas para os idosos como um todo, independente do grau de susceptibilidade às complicações da doença. A infecção pelo coronavírus é um evento agudo que exige uma resposta adequada do organismo, diretamente relacionada à sua reserva homeostática ou capacidade intrínseca. Sabemos que a capacidade intrínseca ou vitalidade é extremamente variável entre os idosos e sua

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 4 de 13

mensuração é difícil de ser feita na prática clínica. Daí optarmos pela valorização da capacidade funcional como principal parâmetro de vitalidade do idoso.

Nesta perspectiva, desenvolvemos uma metodologia de Classificação Clínico-Funcional e Sócio-Familiar dos idosos (Moraes e Lanna, 2016). Nesta classificação, quanto maior for a presença de condições crônicas de saúde, representadas pelas comorbidades múltiplas, sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar), maior é a fragilidade do idoso e maior sua chance de desfechos adversos, particularmente, quando acometido condições agudas, como ocorre com a infecção pelo coronavírus e outras condições agudas.

O risco de complicações é maior nos idosos, particularmente nos idosos frágeis, que devem ser monitorados rigorosamente pelo sistema de saúde e, principalmente, pela família. Inicialmente, recomenda-se a estratificação de risco da população para se definir quem é o indivíduo no qual é indispensável a aplicação de todas as medidas protetivas.

2 – Nível de Ativação e justificativa das Recomendações

Questões importantes são consideradas na elaboração da Nota Técnica:

- ✓ Transmissibilidade da doença, modo de transmissão, eficácia da transmissão entre reservatórios para humanos ou humano para humano, capacidade de sustentar o nível da comunidade e surtos;
- ✓ Propagação geográfica do novo coronavírus (COVID-19) entre humanos, animais, como a distribuição global das áreas afetadas, o volume de comércio e viagens entre as áreas afetadas e outras unidades federadas;
- ✓ Gravidade clínica da doença, como complicações graves, internações e mortes;
- ✓ Vulnerabilidade da população, incluindo imunidade pré-existente, grupos-alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de graves doenças;
- ✓ Recomendações da Organização Mundial da Saúde e evidências científicas publicadas em revistas científicas.

Atualmente, o município encontra-se na situação em que há estado de transmissão local em território municipal. Para tanto, o Plano de Contingência da Rede de Atenção à Saúde será implementado conforme o Nível III (Emergência em Saúde Pública).


3 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Quando solicitado, o código CID10 a ser usado é: B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada.

4 – Diagnóstico Clínico

Elaborado por:

Aprovado por:

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 5 de 13

O paciente com a doença COVID-19 apresenta geralmente os seguintes sintomas e sinais: Febre (>37,8°C); Tosse; Dispneia; Mialgia e fadiga; Sintomas respiratórios superiores e Sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros).

As definições de caso e critérios clínicos para a avaliação diagnóstica ainda não são consenso entre os especialistas. Entretanto, pode-se avaliar o quadro do novo coronavírus de maneira clínica e laboratorial.

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como Síndrome Gripal.

O diagnóstico sindrômico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico.

O diagnóstico laboratorial é realizado por meio das técnicas de transcriptase reversa *Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

Na fase atual de mitigação da epidemia, o diagnóstico etiológico só será realizado em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, junto a serviços de urgência/emergência ou hospitalares.

5 – Considerações Incluídas

Considerando que a COVID-19 apresenta comportamento de Pandemia decorrente da introdução do coronavírus (SARS-CoV-2), com transmissão comunitária sustentada em praticamente todas as unidades da federação.

Considerando que apresentação da doença varia desde sintomas gripais leves (80%) a casos de pneumonia, síndrome da angústia respiratória e óbito principalmente em idosos portadores de comorbidades.

Considerando que as Unidades de Atendimento Integrado (UAI) foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido, ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para a Rede de Atenção Hospitalar ou direcionados às Atenção Primária a Saúde da área de abrangência.

Considerando que um dos principais papéis regulatórios do SUS, exercido através da Regulação Municipal de Saúde, é a promoção e execução do sistema de acesso regulado à Rede de Atenção.

Considerando o exposto por Moock em Casos Clínicos em terapia intensiva, AMIB, 2014:

“De modo geral, deve-se evitar internar pacientes graves demais que não podem se beneficiar de terapia intensiva, assim como pacientes que, por apresentarem risco tão baixo de complicações, podem ser mantidos em outras áreas do hospital. Há uma série de fatores a se considerar quando se avalia a internação em UTI, os quais não devem ser tomados isoladamente, assim como o diagnóstico e a idade. Smith e Nielsen estabeleceram um quadro de fatores que influenciam a

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 6 de 13

decisão de internar em UTI: diagnóstico, gravidade da doença, idade, comorbidades, reserva fisiológica, prognóstico, tratamento adequado disponível, resposta ao tratamento já instituído, parada cardiorrespiratória recente, avaliação da qualidade de vida, desejos do paciente.”

Considerando que a admissão do paciente na UTI é ato médico, onde o médico intensivista é o profissional habilitado para a condução do processo considerando a indicação médica.

Considerando que a solicitação da vaga deve ser registrada no prontuário e justificada e a comunicação com a família é também de crucial importância.

Considerando as Orientações para o Manejo de Pacientes com COVID-19 elaborado pelo Ministério da Saúde:

“Indicações de admissão na UTI. É necessário apresentar pelo menos um dos critérios abaixo:

- *Insuficiência respiratória aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou*
- *Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação não invasiva (principalmente quando houver necessidade de $FiO_2 > 50\%$, ou $IPAP > 10\text{cmH}_2\text{O}$ ou $EPAP > 10\text{cmH}_2\text{O}$ para manter $SpO_2 > 94\%$ e/ou $FR \leq 24\text{ rpm}$).*
- *$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ e $pH \leq 7,35$.*

Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque, definidos como hipotensão arterial ($PAS < 90\text{mmHg}$ ou $PAM < 65\text{mmHg}$).

...

- *Entenda as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Mantenha uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.*

- *Determine quais terapias crônicas devem ser continuadas e quais devem ser interrompidas temporariamente. Monitore interações medicamentosas.”*

Considerando Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em Medicina Intensiva, publicada em abril e atualizada em junho de 2020:

“2 – Princípios de triagem

...

Recomendação 2

A autoridade de saúde deve ser a responsável pela articulação necessária entre todas as instituições envolvidas para que o processo e os critérios de decisão de triagem sejam uniformes, pelo menos em uma mesma região.

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 7 de 13

Recomendação 3

A avaliação terá por base os níveis de prioridade, estabelecidos na Resolução CFM 2156/2016, em prioridade 1 a 5.

Recomendação 7

No processo de triagem somente devem ser utilizados critérios médicos e assistenciais. O quadro clínico atual, a presença de comorbidades, o comprometimento irreversível de funções cognitivas e escores de fragilidade poderão ser considerados. Os escores objetivos como disfunção orgânica (SOFA), escore de fragilidade ou outro que se apliquem a todos doentes críticos são preferíveis ao julgamento clínico beira-leito e aos escores específicos de doenças.”

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
Título: Do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave.

Considerando o Fluxo de Manejo Clínico do Adulto e Idoso na Atenção Especializada publicada pelo Ministério da Saúde.

Considerando a Resolução CFM Nº 2.156/2016 (Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139) que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva:

*“**Art. 1º.** As admissões em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser baseadas em: I) diagnóstico e necessidade do paciente; II) serviços médicos disponíveis na instituição; III) priorização de acordo com a condição do paciente; IV) disponibilidade de leitos; V) potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.*

***Art. 2º.** A admissão e a alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação médica.*

***Art. 3º.** As solicitações de vagas para unidade de tratamento intensivo (UTI) deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante.*

***Art. 4º.** A admissão e a alta do paciente da unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser comunicadas à família e/ou responsável legal.*

***Art. 5º.** São considerados critério de admissão em unidade de tratamento intensivo (UTI) instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração intensiva.*

***Art. 6º.** A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios: § 1º –**Prioridade 1:** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. § 2º –**Prioridade 2:** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de*

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 8 de 13

*intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. § 3º – **Prioridade 3:** Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. § 4º – **Prioridade 4:** Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica. § 5º – **Prioridade 5:** Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.”*

Considerando exposto por Caldeira VMH et al, Critérios para Admissão de Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva e Mortalidade:

“A escassez de leitos especializados em cuidados intensivos para atender a demanda de pacientes elegíveis em todo o mundo é um dos principais limitantes para admissões em unidades de terapia intensiva (UTI). Devido aos elevados custos despendidos com recursos de alta tecnologia, deve-se atentar para a necessidade de se ocupar tais leitos com pacientes em reais probabilidades de recuperação.

A Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) elaborou critérios para admissão da UTI, com a finalidade de priorizar, no processo de triagem, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e para melhorar alocação dos recursos disponíveis. Sendo assim, os pacientes são divididos em quatro prioridades para internação, ou seja, prioridade 1 - pacientes graves, instáveis, que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI, até prioridade 4 - pacientes sem indicação de admissão em UTI, por estarem muito bem ou muito mal para se beneficiarem do tratamento na terapia intensiva.

Dessa forma, faz-se necessário racionalizar uma conduta para admissão de pacientes em UTI, principalmente quando os leitos são escassos. Isso torna muitas vezes a escolha de pacientes direcionada aos mais graves com múltiplas disfunções e poucas possibilidades de tratamento, fato que limita a monitorização em pacientes com potenciais riscos que acabam sendo atendidos tardiamente em piores condições. Portanto, os critérios sugeridos pela SSCM podem auxiliar neste problema, pois são de fácil implementação e tem caráter mais objetivo aos utilizados na prática clínica, que habitualmente seguem o modelo por gravidade, estes muitas vezes se baseiam em cálculos matemáticos complexos ou em avaliações muito subjetivas.”

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
		VERSÃO: 00
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		IMPLANTAÇÃO: / /
		Página 9 de 13

Considerando que um dos aspectos do envelhecimento é a diminuição dos sistemas de homeostase, que diz respeito à capacidade de resposta biológica a agentes agressores externos (incluindo aqui o SARS-CoV-2).

Considerando que a população idosa apresenta a maior taxa evolução para síndrome respiratória aguda grave causada pela COVID-19 por apresentar baixa reserva homeostática associada a comorbidades devido a causalidade cumulativa.

Considerando que até 54% da população acima de 50 anos possui ao duas ou mais comorbidades (doença cardiovascular, doença renal crônica, doença neurológica degenerativa, diabetes, obesidade, neoplasia) com efeito cumulativo sinérgico na fragilidade e na dependência das atividades de vida diária.

Considerando a estratégia de estratificação clínico-funcional do idoso a partir do IVCF-20 e do Estrato Clínico-Funcional de Moraes e Lanna.

Publica Nota Técnica Conjunta a respeito do Processo de Solicitação e Encaminhamento de paciente portador de COVID-19 para Unidade de Terapia Intensiva.

6 – Do Processo de Solicitação

- 6.1 Atenção primária avalia e Registra no Prontuário Eletrônico o Estrato Clínico Funcional. Caso não tenha, essa atribuição será da Equipe Assistente;
- 6.2 Quando paciente abrir um episódio de Urgência, o Enfermeiro da Classificação de Risco Registra o Estrato Clínico Funcional.
- 6.3 Equipe da Sala de Emergência avalia a situação e aplica a Ferramenta de Solicitação de Leito;
- 6.4 Equipe assistente faz impressão do Documento, anexa ao Prontuário.
- 6.5 Médico Assistente Registra em forma de **“EVOLUÇÃO ÚNICA”** no SUSFACIL as seguintes situações:

SCORE ECF	RESPOSTA DO FORMULÁRIO
1 A 5	“IDOSO ROBUSTO OU PRÉ-FRÁGIL” – MANEJO CLÍNICO/ADMISSÃO EM UTI OU ENFERMARIA CONFORME INDICAÇÃO E PROTOCOLO CLÍNICO
6 A 7 SPICT SIM	REGISTRAR EM PRONTUÁRIO O QUADRO CLÍNICO. AJUSTAR COMUNICAÇÃO E ACOLHIMENTO FAMILIAR. CONSIDERAR PLANO DE CUIDADOS PALIATIVOS.
6 A 7 SPICT NÃO	MANEJO CLÍNICO/ADMISSÃO EM UTI OU ENFERMARIA CONFORME INDICAÇÃO E PROTOCOLO CLÍNICO
8	“IDOSO FRÁGIL” - DEFINIR TRATAMENTO COM FOCO NAS CONDIÇÕES REVERSÍVEIS. CONSIDERAR TRATAMENTO SUPORTIVO. CONFORME EVOLUÇÃO CLÍNICA REAVALIAR

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
		VERSÃO: 00
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		IMPLANTAÇÃO: / /
		Página 10 de 13

	TRATAMENTO EM 72 HS E DISCUTIR COM A REFERÊNCIA EM PALIATIVO.*
9 A 10	“IDOSO FRÁGIL” - ALTO GRAU DE FRAGILIDADE COM BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA. DEFINIR PLANO DE CUIDADOS PALIATIVOS. ACOLHIMENTO FAMILIAR. FOCO NO CONFORTO DO PACIENTE E DOS FAMILIARES
IDADE <=59	INDICAÇÃO DE UTI, MENOR DE 60 ANOS, AVALIAR SE TEM CRITÉRIOS DE PALIATIVIDADE

6.6 Regulação Municipal da Urgência e Emergência realizarão a busca de leitos de acordo com o solicitado na Evolução.



SOLICITAÇÃO DE LEITO DE UTI


1. UNIDADE *	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>
2. SOLICITANTE *	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
3. NOME DO PACIENTE *	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
4. PRONTUARIO REDE *	<input style="width: 60%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>
5. NÚMERO DO SUSFACIL *	<input style="width: 60%;" type="text"/> SCORE ECF	
6. DATA DE NASCIMENTO *	<input style="width: 60%;" type="text"/>	
7. CPF*	<input style="width: 60%;" type="text"/> SPICT-BR DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL?	

Elaborado por:

Aprovado por:

**COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS
 MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS**

8. O paciente apresenta um desses critérios? *

Marque todas que se aplicam.

- Instabilidade hemodinâmica;
- Instabilidade respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva;
- Piora progressiva da função respiratória e necessidade de oxigenioterapia em alto fluxo ou concentrações crescentes;
- Alterações neurológicas não-estabilizadas, como status epilepticus, traumatismo craniano moderado a grave, escala de Coma de Glasgow <13;
- Pacientes em pós-operatório de cirurgias de grande porte, com estabilidade hemodinâmica;
- Pacientes instáveis em pós-operatório de cirurgias de médio porte;
- Pacientes estáveis, porém com comorbidades, em pós-operatório de cirurgias de médio porte;
- Pacientes vítimas de queimadura extensa;
- Pós Ressuscitação cardiopulmonar;
- Coma metabólico, tóxico ou anóxico agudo;
- Coagulopatia grave;
- Cetoacidose diabética ou coma hiperosmolar;
- Doença pulmonar com risco de falência respiratória e/ou obstrução das vias aéreas;
- Choque de qualquer etiologia ou necessidade de suporte com drogas vasoativas parenterais;
- Síndrome coronariana ou aórtica aguda;
- Arritmias cardíacas que ameacem a vida, ou que tenham necessidade de cardioversão;
- Inflamação/infecção aguda meningea, cerebrais ou medulares graves;
- Sinais de hipertensão intracraniana;
- Sinais de compressão medular;
- Hemorragia subaracnóidea aguda;
- Insuficiência renal com necessidade de terapia dialítica de urgência;
- Intoxicação exógena com risco de descompensação;
- Sepsis com critério de gravidade.

9. Antecedentes Pessoais de Saúde *

Neste item assinale todas as doenças presentes no idoso ou aquelas em que são necessários medicamentos para controle *

- Hipertensão arterial sistêmica;
- Diabetes mellitus;
- Doença pulmonar (enfisema ou bronquite ou asma);
- Doença cardiovascular (infarto ou arritmia ou insuficiência cardíaca ou derrame cerebral);
- Doença psiquiátrica (Alzheimer ou esquizofrenia ou depressão ou Parkinson);
- História atual ou anterior de Câncer;
- Nenhuma dessas.

Nota: Preferencialmente, obtenha dos cuidadores/familiares o Estrato Clínico-Funcional do Idoso referente a duas semanas anteriores ao evento agudo que levou ao atendimento na UAI. Lembramos que a obtenção da Estratificação Clínico-Funcional não deve retardar procedimentos de urgência ou emergência relacionados à instabilidade clínica do idoso.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FUNCIONAL DO IDOSO ADAPTADO DE (MORAES ET AL)

IDOSO ROBUSTO Ausência de declínio funcional	<input type="checkbox"/>	1	Idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Idosos independentes para todas as AVDs avançadas, instrumentais e básicas. Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.
	<input type="checkbox"/>	2	Idosos independentes para todas as AVDs avançadas, instrumentais e básicas Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada ou diabetes mellitus controlado e/ou apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.
	<input type="checkbox"/>	3	Idosos independentes para todas as AVDs avançadas, instrumentais e básicas Apresentam doenças crônico-degenerativas de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica, câncer, osteoporose, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia.
IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO Declínio funcional iminente	<input type="checkbox"/>	4	Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam algumas das situações: • Presença de evidências de redução da capacidade muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou circunferência da panturrilha menor que 31 cm • Presença de Comprometimento Cognitivo Leve • Presença de comorbidades múltiplas: ~ Duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica ~ Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos de classes diferentes ~ Internação hospitalar recente, nos últimos 6 meses
	<input type="checkbox"/>	5	Idosos independentes para AIVD e ABVD. Apresentam: • Limitações nas AAVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais) • Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: VM-4m ≤ 0,8 m/s ou TUG ≥ 20s (lentificação da marcha)

**COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS
 MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS**

IDOSO FRÁGIL Declínio funcional estabelecido	<input type="checkbox"/>	6	Idosos que apresentam: • Independência para ABVD e • Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)
	<input type="checkbox"/>	7	Idosos que apresentam: • Independência para ABVD e • Declínio funcional em todas as AIVD (dependência completa)
	<input type="checkbox"/>	8	Idosos que apresentam: • Dependência completa nas AIVD e • Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
	<input type="checkbox"/>	9	Idosos que apresentam: • Dependência completa nas AIVD e • Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVDB preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho.
	<input type="checkbox"/>	10	Idosos que apresentam: • Dependência completa para ABVD e AIVD Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho.

OBSERVAÇÕES:

Neste item, precisaremos do nome e dose das medicações de uso contínuo

10. SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) Procure por indicadores de Piora da Saúde *

Marque todas que se aplicam.

- Internações hospitalares não programadas;
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. A pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia);
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido à problemas físicos e/ou de saúde mental;
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e ou um baixo índice de massa corporal;
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base;
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida;

11. SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas - Câncer *

Marque todas que se aplicam.

- Capacidade funcional em declínio devido à progressão do câncer;
- Estado físico muito debilitado para o tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas;

12. SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas -Demência/ Fragilidade *

Marque todas que se aplicam.

- Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda;
- Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldade na deglutição;
- Incontinência urinária e fecal;
- Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social;
- Fratura de fêmur, múltiplas quedas;
- Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

13. SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas -Doença Neurológica *

Marque todas que se aplicam.

- Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com a terapia otimizada;
- Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição;
- Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória;


14. SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas -Doença Cardiovascular *

Marque todas que se aplicam.

- Classe funcional IBTV de NYHA- Insuficiência Cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com: falta de ar ou dor precordial em, repouso aos mínimos esforços;
- Doença vascular periférica grave e inoperável.

Elaborado por:

Aprovado por:

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	COD: REG- SMS - 01
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS MULTIPROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE - CPPMAS		VERSÃO: 00 IMPLANTAÇÃO: / / Página 13 de 13

7 – Considerações Finais

Outras definições poderão ser consideradas para ativação das etapas iniciais da Nota Técnica

Conforme avaliação do cenário epidemiológico, as ações e atividades de cada nível poderão ser direcionadas para Rede de Atenção à Saúde específica.