



DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE

RECOMENDAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO NO NÍVEL LOCAL



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

www.pbh.gov.br



DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE

RECOMENDAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO NÍVEL LOCAL

Elaboração

Adriana de Azevedo Mafra
Adriana Ferreira Pereira
André Christiano dos Santos
Artur Oliveira Mendes
Carlos Eduardo Fagundes
Carlos Alberto Tenório Cavalcante
Christian Morato de Castilho
Denise Camargos Batista Leopoldino
Eliana Maria de Oliveira Sá
Fernando Henrique Silva Amorim
Flávia Ferreira da Silva Diniz
Janete Maria Ferreira
Juliana Antunes Rocha Silva
Juliana Dias Pereira dos Santos
Maria Luisa Fernandes Tostes
Rosa Marluce Goes de Andrade
Susana Maria Moreira Rates

Organização

Adriana Ferreira Pereira
Janete Maria Ferreira
Juliana Dias Pereira dos Santos

Revisão

Alexandre Sampaio Moura
Ana Pitchon
Klébio Ribeiro Silva
Ricardo Andrade Carmo

Projeto Gráfico

Prdução Visual - Gerência de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Apresentação

“Aliviar o sofrimento é um imperativo moral infindável.”

Iona Heath

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e, por isso, é um dos componentes fundamentais no atendimento às urgências. A atenção qualificada aos casos agudos faz-se necessária para garantir ampliação do acesso, humanização da assistência, fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, equidade e integralidade nas unidades de saúde.

No município de Belo Horizonte, a APS está estruturada a partir de uma rede de centros de saúde que se configuram como a principal porta de entrada do sistema de saúde municipal (SUS-BH), concebendo-se a Estratégia Saúde da Família como o modelo assistencial deste nível de atenção. A oferta ampliada de serviços tanto de promoção e prevenção à saúde quanto assistenciais levam as equipes de saúde desses serviços a se defrontarem com a dificuldade de organizar as unidades para suas diferentes funções. As diversas ações disputam espaço na agenda dos profissionais e uma das maiores pressões da população é da garantia de atendimento diante de sua demanda espontânea.

A partir do acúmulo de experiência da rede SUS-BH na implantação do acolhimento, como postura dos profissionais nas unidades de saúde, e após 2 anos de avaliação da implantação do Protocolo de Manchester no contexto da APS, consolidam-se nesse documento as recomendações da Secretaria Municipal de Saúde para o atendimento da demanda espontânea. O presente trabalho tem o objetivo de auxiliar as equipes e os gestores da APS na organização da atenção à população que busca a unidade sem agendamento prévio.

Lista de quadros

Quadro 1 – Exemplos de necessidades comuns dos usuários na demanda espontânea	9
Quadro 2 – Exercício A.1: detalhamento da escala de atendimento da demanda espontânea de acordo com a forma de organização proposta no Exemplo A	20
Quadro 3 – Exercício A.2: agenda do enfermeiro da ESF 1.....	20
Quadro 4 – Exercício A.3: agenda do médico da ESF 1.....	21
Quadro 5 – Exercício A.4: agenda do cirurgião dentista da ESF 1	22
Quadro 6 – Exercício A.5: agenda do técnico em saúde bucal da ESF 1.....	22
Quadro 7 – Fluxogramas mais adequados para queixas comuns na APS.....	24
Quadro 8 – Casos avaliados como não urgente que necessitam de priorização	29
Quadro 9 – Situações que possibilitam atendimento por profissional não médico	30
Quadro 10 – Unidades para encaminhamento quando não é possível a resolução no centro de saúde	31

Lista de figura

Figura 1 – Fluxo de atendimento à demanda espontânea: Atendimento Misto.....	16
Figura 2 – Fluxo de atendimento à demanda espontânea: Equipe de Referência	17
Figura 3 – Modelo de ficha de encaminhamento	32

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
ESF	Equipe de Saúde da Família
GERASA	Gerência de Atenção à Saúde
GT	Grupo de Trabalho
POP	Procedimento Operacional Padrão
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SMSA/PBH	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária

SUMÁRIO

1	Introdução.....	6
2	Princípios da APS relacionados à demanda espontânea.....	8
3	Conceitos relacionados à demanda espontânea	8
4	Diretrizes do atendimento à demanda espontânea na APS.....	10
5	Organização do processo de trabalho	12
5.1	Diagnóstico situacional do Centro de Saúde	12
5.2	Pressupostos e recomendações para a organização do processo de trabalho	12
5.3	Atribuição de cada profissional no atendimento à demanda espontânea.....	13
5.4	Modelagens de organização da atenção à demanda espontânea	15
5.5	Fluxos de organização da atenção à demanda espontânea.....	16
5.6	Desenho das agendas.....	17
6	Protocolo de manchester na classificação de risco e adequações para o uso da ferramenta na atenção primária.....	23
6.1	Fluxogramas mais adequados para queixas frequentes na APS	24
6.2	Usuário classificado como VERMELHO (emergência).....	25
6.3	Usuário classificado como LARANJA (muito urgente)	25
6.4	Usuário classificado como AMARELO (urgente).....	26
6.5	Usuário classificado como VERDE (pouco urgente)	26
6.6	Usuário classificado como AZUL (não urgente)	27
6.7	Usuários classificados como BRANCO	27
7	Outros fatores relacionados à priorização do atendimento.....	27
7.1	Situações de epidemia	27
7.2	Público prioritário - Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0013/20117.....	28
7.3	Outras condições de vulnerabilidade e necessidade de atendimento oportuno.....	28
8	Atendimento por profissional não médico	29
9	Referenciamento dos usuários para outros pontos de atenção.....	30
9.1	Escala de coma de Glasgow adulto	32
9.2	Escala de coma de Glasgow para crianças.....	33
9.3	Escala de coma de Glasgow para lactentes.....	33
	Referências bibliográficas.....	34
	Anexo 1 Nota técnica 01/2014.....	36
	Anexo 2 Procedimento operacional padrão 01/11	40
	Anexo 3 Guia módulo Classificação de Risco no Sisrede	50

I Introdução

As discussões sobre acesso na rede do SUS/BH remontam à década de 1990 quando uma nova dinâmica foi estabelecida na nossa rede de Centros de Saúde. Em 1995 foi implementado um atendimento à demanda espontânea: uma postura mais cuidadosa e aberta, que foi denominado “Acolhimento”.

Naquele momento, o fluxo de entrada dos usuários nos centros de saúde não mais se processava de forma unidirecional, agendando-se para o médico os pacientes por ordem de chegada. Toda a equipe deveria participar na escuta direta ao usuário, colocando em prática outros saberes existentes, potencializando assim a capacidade de resposta e intervenção.

No restante da década de 1990 e na década de 2000, a prática do acolhimento foi amplamente difundida em toda a rede de centros de saúde. Entretanto, ao longo dos anos, o acolhimento foi sendo traduzido, modificado, desvirtuando-se de sua concepção original. Mesmo sabendo que era necessária uma postura acolhedora e desburocratizada na recepção e no atendimento dos usuários durante todo o horário de funcionamento, em muitos locais houve a adoção de espaços ou horários pré-determinados para “acolher”.

Neste contexto, as discussões sobre acesso aos serviços de saúde da atenção primária foram retomadas em setembro de 2009, a partir das reflexões realizadas durante a organização da Oficina de Qualificação da Atenção Primária – Organização da Demanda Espontânea. Neste período, um grupo técnico (GT) formado por profissionais dos (auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros e gerentes), dos distritos sanitários e do nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/PBH) foi constituído para a elaboração de diretrizes e material pedagógico que serviriam de base para esta oficina.

O tema demanda espontânea sempre foi desafiador na prática da atenção primária. A adoção do Protocolo de Manchester foi proposta pela esfera estadual como método único para todos os pontos de atenção e isso tornou a discussão ainda mais polêmica. Nas discussões, o GT considerou que era fundamental a adoção de linguagem e fluxogramas minimamente padronizados para a organização da demanda espontânea em toda a rede, de modo a evitar distorções ou práticas em desacordo com os entendimentos e políticas de saúde vigentes.

Contudo eram sempre recorrentes alguns questionamentos tais como: Como garantir a escuta também para queixas de natureza social impactantes para os usuários? Como acolher queixas de natureza mais organizacionais como atestados ou laudos para perícias médicas? Como atender às pessoas que buscam pedidos de orientação ou de ajuda a parentes, comuns na Atenção Primária à Saúde (APS)?

O grupo reforçava a importância do momento do atendimento de demanda espontânea como oportunidade de abordar outros aspectos da saúde do usuário e de seus familiares para além da queixa clínica. Assim, os integrantes do GT compreenderam que o momento da classificação de risco na APS deveria contemplar aspectos para além da aplicação de um protocolo baseado apenas em risco clínico.

A Oficina 4 de Qualificação da Atenção Primária – Organização da Demanda Espontânea aconteceu em junho de 2010 e seu marco conceitual foi o conceito do “acolhimento” reforçando seu sentido mais amplo, de postura institucional, ou seja, a escuta dos usuários e a resposta mais adequada em cada caso, fortalecendo a responsabilização e a vinculação entre população e profissionais do SUS/BH. A demanda espontânea foi subdividida em aguda e não aguda e essa última compreendia a programada e não programada. Quanto à organização do processo de trabalho foram apontadas algumas diretrizes. Para o atendimento dos casos agudos foram apresentados o Protocolo de Manchester como método de classificação de risco e a estruturação de equipes de referências como forma de organizar o atendimento ao agudo em horário integral. A classificação de risco foi apresentada como uma forma de contribuir na construção de uma linguagem comum entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de atenção à urgência, sendo que às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e alguns hospitais neste momento já utilizavam o Protocolo de Manchester.

Após a oficina, seguiu-se uma fase de debate muito intenso, buscando a elaboração de matrizes de gerenciamento a fim de organizar os fluxos dos serviços oferecidos nos centros de saúde.

A implantação da Classificação de Risco na APS de BH iniciou-se em maio de 2011. O processo ocorreu de forma gradual atingindo até o momento 21 centros de saúde (14% dos 147 centros de saúde). Para isso, as unidades e os distritos foram envolvidos nas seguintes etapas: discussão do processo de trabalho das equipes (através da matriz de gerenciamento), treinamento de profissionais no instrumento de classificação (Protocolo de Manchester), disponibilidade de materiais tais como manuais de serviço (distribuído pela Secretaria Estadual de Saúde - SES/MG) e avaliação e elaboração das adequações deste processo à APS.

Esse processo foi baseado em algumas portarias e resoluções. Entre elas, a Resolução da SES nº 2132 de 09 de dezembro de 2009 que indica a Classificação de Risco, segundo Protocolo de Manchester, como a metodologia e linguagem única a ser adotada em todos os pontos de atenção às urgências e emergências. Adicionalmente, a Portaria GM/MS nº 1.600 de 07 de julho de 2011 reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse documento reforça a importância da classificação de risco em todos os pontos de atenção sendo um deles a Atenção Básica à Saúde.

Entretanto, muitos pontos conflituosos apareceram e muitas lacunas já existentes no processo de trabalho foram desveladas. O uso da ferramenta foi um grande sinalizador da realidade do acesso dos usuários nos centros de saúde. Foram realizados acompanhamento e discussões sobre a implantação e a partir disso elaboradas diretrizes e fluxos para o usuário com queixa clínica na APS.

Em maio de 2012, ao completar um ano de implantação foi proposto um novo momento avaliativo sobre o tema. No mesmo momento houve uma demanda do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (SINMED/MG) e Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC) questionando o uso da ferramenta na APS. Assim, ao final de junho de 2012 foi designada pelo Secretário Municipal de Saúde uma comissão com o objetivo de elaborar recomendações para a atenção à demanda espontânea na APS em Belo Horizonte. A comissão foi formada por representantes do SINMED/MG, AMMFC, Gerência de Urgência, Gerência de Assistência, Assessoria do Gabinete e profissionais médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde. Essa comissão reuniu-se regularmente no período de julho a outubro de 2012 e ampliou a análise para além da implantação da classificação de risco, formulando recomendações para organização do processo de trabalho da demanda espontânea em toda a APS de Belo Horizonte.

Esse documento se inicia resgatando os princípios da atenção primária e os principais conceitos e diretrizes relacionados à atenção à demanda espontânea. Na sequência são apresentados os aspectos organizacionais desse processo de trabalho incluindo atribuições dos diversos profissionais envolvidos, modelagens, fluxos e exemplos de desenhos das agendas. Por fim, são apresentadas as adequações do uso do Protocolo de Manchester na APS incluindo as recomendações para atendimento por profissional não médico e para referenciamentos.

O documento inicial foi discutido com gerentes e profissionais dos centros de saúde que já utilizam a classificação de risco através do Protocolo de Manchester, coordenações e assessoria da Gerência de Assistência, gerentes dos distritos sanitários, gerentes e referências técnicas das Gerências de Atenção à Saúde dos distritos sanitários para adequá-lo à realidade do SUS/BH.

Este documento não desconsidera a importância de buscar melhorias para solucionar os problemas de infra-estrutura, recursos humanos e dimensionamento da população/equipe que permeiam o processo de trabalho para atendimento a demanda espontânea. Entretanto, apesar desses temas fazerem parte das discussões e haver consenso sobre a importância desses aspectos, eles não serão alvo desse texto.

As recomendações aqui apresentadas são fruto de momentos ricos de discussão, debate e envolvimento de todos os integrantes da Comissão e da rede SUS/BH, que trouxeram o seu melhor: a técnica, a percepção e a experiência profissional necessárias para a qualificação do trabalho nos nossos centros de saúde.

2

Princípios da APS relacionados à demanda espontânea

A Atenção Primária à Saúde (APS) orienta-se pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar, enfoque comunitário. Estes princípios foram discutidos durante a Oficina 1 – Análise da Atenção Primária à Saúde e permeiam a adequada abordagem do usuário que busca a unidade com uma demanda espontânea, conforme descrito abaixo:

- **Primeiro contato:** caracteriza-se pela garantia de acesso facilitado aos profissionais de saúde, obtendo atenção necessária de acordo com a demanda apresentada. A qualidade deste contato está diretamente relacionada ao acolhimento de diferentes tipos de demandas, ampla resolatividade e menor tempo de espera. É estratégico diversificar as portas de entrada com objetivo de otimizar o uso dos recursos da unidade e evitar dificuldade ou espera prolongada para obtenção de resposta.
- **Longitudinalidade:** relaciona-se ao vínculo com o profissional e equipe de saúde, pois o conhecimento da história do usuário agiliza o atendimento, evita intervenções desnecessárias, minimiza a chance de erro e facilita o manejo clínico dos problemas de saúde. Sendo assim, a organização do atendimento à demanda espontânea deve priorizar desenhos onde o atendimento do usuário seja realizado preferencialmente por profissionais das equipes de saúde da família (ESF) à qual está vinculado. É estratégico que a equipe esteja disponível nos diversos dias da semana e que a comunidade conheça seu horário para viabilizar o fortalecimento dessa relação.
- **Integralidade:** relaciona-se com o conhecimento dos problemas mais comuns na comunidade; com a oferta de ações abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ajustados a estes problemas; e com a coordenação do acesso a outros pontos de atenção à saúde da rede. É estratégico que a abordagem seja humanizada, centrada na pessoa e que compreenda as diversas dimensões do sujeito.
- **Coordenação do cuidado:** relaciona-se com o sincronismo, integração e harmonia das ações realizadas garantindo continuidade e integralidade do cuidado. Para isso é fundamental a definição das atribuições de cada profissional, o trabalho harmônico de toda a equipe e o conhecimento da função de cada ponto de atenção da rede e dos fluxos de assistência ao usuário com demanda espontânea. Ferramentas importantes neste processo são o prontuário, o projeto terapêutico singular e os protocolos assistenciais.

Além desses princípios, considera-se importante promover a educação permanente dos profissionais e a compreensão da necessidade de flexibilidade para acolher as transformações cotidianas para uma APS cada vez mais resolutiva.

3

Conceitos relacionados à demanda espontânea

1. **Necessidade:** pode ser definida como exigência proveniente de um sentimento de privação; estado que resulta da privação do necessário.²
2. **Demanda:** remete à ação de demandar; procura, pedido ou exigência, mais ou menos expresso pelo usuário; situado entre o desejo e a necessidade.¹
3. **Demanda espontânea:** busca do usuário à unidade de saúde, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não esperada pelo serviço. Pode ser dividida em duas categorias:

- a. Demanda espontânea sem queixa clínica: demanda não baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas.
- b. Demanda espontânea com queixa clínica: demanda baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas.

Quadro 1 – Exemplos de necessidades comuns dos usuários na demanda espontânea.

Demanda espontânea com queixa clínica	Queixas agudas	Infecções respiratórias, infecções urinárias, trauma, dor de dente, abscesso bucal
	Agudizações de condições crônicas (novas ou conhecidas)	Dor lombar, artralgia, dispnéia em doentes crônicos
	Queixas crônicas	Emagrecimento, depressão
	Sufrimento agudo	Medos, angústia
Demanda espontânea sem queixa clínica	Necessidades assistenciais sem queixa clínica	Renovação de receita, solicitação de exames, mostrar exames, solicitação de relatórios, entregar um pedido de exame complementar, agendamento de consulta de controle
	Prevenção e promoção à saúde	Orientação sobre ações de promoção e prevenção à saúde (grupos, rastreamento, atividade física, higiene bucal e outros)
	Outras atividades do centro de saúde	Vacinação, retirada de medicamento
	Questões administrativas	Confecção do cartão SUS, entrega de comprovante de endereço, atualização de cadastro

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

4. **Acolhimento:**“(…) Postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo”. Deve ser visto como uma garantia de acesso dos usuários com demanda espontânea nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, bem como a busca por outras ações de saúde oferecidas. Essa postura busca ultrapassar a lógica programática que excluía a entrada de usuários que não se enquadravam nos programas e nas prioridades estabelecidas.¹
5. **Classificação de risco:** processo de priorização dos atendimentos através da avaliação da gravidade do problema apresentado utilizando critérios clínicos e outras condições de vulnerabilidade.
6. **Protocolo de Classificação de Risco:** é a ferramenta ou método que define critérios para a priorização do atendimento conforme o risco de piora clínica.
7. **Emergência:** situação clínica de falência declarada ou iminente de uma função vital. O risco iminente de morte está relacionado à ausência ou instabilidade de sinais vitais (A B C – airway, breathing, circulation). É necessária intervenção imediata. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade vermelha. Exemplos: insuficiência respiratória, choque, hipoglicemia (< 55 mg/dL), convulsionando.
8. **Muito urgente:** situação clínica susceptível a desencadear uma falência de uma função vital em curto prazo. É necessária intervenção em no máximo em 10 minutos. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade laranja. Exemplos: alteração súbita da consciência, déficit neurológico agudo, dor precordial, pulso anormal, dor intensa.
9. **Urgente:** situação clínica que se persistir poderá causar falência de órgãos ou sinais e sintomas de alerta, porém, sem risco iminente de morte. É necessária intervenção em até 1 hora. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade amarela. Exemplos: vômitos persistentes, dor pleurítica, cólicas persistentes, história de TCE, história de convulsão.

10. **Pouco urgente:** situação clínica de baixo risco, ou seja, sem sinais ou sintomas de alerta, sem risco iminente de morte. É indicado que tenha intervenção de profissional de saúde de nível superior no mesmo dia. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade verde. Exemplos: vômitos, febril (entre 37,5-38,4°C), inflamação local, disúria, tosse produtiva.
11. **Não urgente:** situação clínica estável sem sinais ou sintomas de risco, normalmente de longa data com sinais vitais normais. Pode ser categorizado como problema que permite atendimento eletivo. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade azul.
12. **Horário de atendimento da demanda espontânea:** momento reservado na agenda dos profissionais da equipe para escuta e avaliação da necessidade do usuário que busca a unidade de forma não esperada pelo serviço.
13. **Agenda aberta:** espaço flexível na agenda que fica disponível para realizar atendimentos no mesmo dia aos usuários que buscam a unidade com demanda espontânea (com ou sem queixa clínica).
14. **Agenda intermediária:** espaços na agenda para marcação de consultas a usuários com situações que necessitam de avaliação em curto prazo. Exemplos: exame crítico alterado (VDRL, HIV, BAAR, creatinina ou outros), reavaliação de caso agudo, acompanhamento que necessitam de retorno em curto prazo (ajuste de insulina e de warfarin) etc.

Os atendimentos programáveis não precisam necessariamente ser agendados, poderão ser atendidos nos espaços da agenda aberta e da agenda intermediária de acordo com as necessidades da equipe e/ou do centro de saúde.

4 Diretrizes do atendimento à demanda espontânea na APS

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica⁴ que estabelece que:

- As unidades de Atenção Primária são a porta de entrada preferencial para todo o sistema de saúde, “[...] utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos”
- “[...] O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.”; e
- Faz parte do processo de trabalho das ESF “realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências”.

Considerando a Política Nacional de Atenção às Urgências⁵ que estabelece que:

- A APS “tem por objetivo [...] responsabilizar-se e prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades”.

Considerando a Política Nacional de Humanização, a Classificação de Risco é uma ferramenta que auxilia a⁶:

- Organizar a fila de espera e propõe outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada;
- Informar o usuário sobre o seu risco clínico, assim como a seus familiares;
- Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- Aumentar a satisfação dos usuários;
- Possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH) propõe as seguintes diretrizes para o atendimento à demanda espontânea:

- Garantir acesso, escuta e postura acolhedora a todos os usuários e fornecer resposta adequada para cada caso, fortalecendo o vínculo entre a população e os profissionais dos centros de saúde.
- Planejar a organização do atendimento à demanda espontânea do centro de saúde a partir da necessidade apresentada pela comunidade adscrita.
- Atender a demanda espontânea de forma integrada entre os profissionais das diversas categorias considerando as atribuições de cada um.
- Aproveitar a busca de atendimento por demanda espontânea para promover a saúde e prevenir doenças identificando necessidades de rastreamento.
- Encaminhar corretamente os usuários que demandem serviços de setores específicos do centro de saúde, tais como: vacina, farmácia, coleta.
- Realizar o atendimento dos usuários com demanda espontânea sem queixa clínica que necessitem de resposta da ESF/ESB preferencialmente pelos auxiliares/técnicos das equipes.
- Avaliar todos os usuários com queixa clínica durante todo o período de funcionamento da unidade, independente de pertencerem à área adscrita do centro de saúde e da presença ou não de médico na unidade.
- Avaliar o risco dos usuários com queixa clínica, considerando também o sofrimento, o público prioritário (previsto em portaria da SMSA/SUS-BH) e as condições de vulnerabilidade individual, familiar e social para a definição da conduta.
- Utilizar ferramenta padronizada pela SMSA/PBH para classificar o risco clínico dos usuários, sendo o enfermeiro o profissional preferencial para realizar essa avaliação.
- Definir a conduta dos casos de acordo com as diretrizes clínicas e os protocolos assistenciais recomendados pela SMSA/PBH.
- Realizar o primeiro atendimento das urgências e emergências e encaminhar os casos para outro ponto de atenção de acordo com a necessidade.
- Referenciar os casos que demandem atendimento médico e não puderem ser atendidos no centro de saúde à unidade de pronto atendimento (UPA) ou a outro ponto da rede, de forma responsável e previamente pactuada.
- Esclarecer a população sobre o papel e a capacidade resolutive das diferentes portas de entrada para o atendimento as emergência e urgências, deixando claro que a APS atende os casos mais leves e que os casos mais graves devem preferencialmente buscar atendimento nos demais pontos da rede de urgência.

A solicitação de documento de identificação e/ou comprovação de endereço deve ser realizada em todos os atendimentos, entretanto, a assistência à saúde é soberana em relação aos procedimentos administrativos. Desta forma, a avaliação de risco e o atendimento dos casos agudos devem ser garantidos independente do usuário apresentar documentação.

5 Organização do processo de trabalho

5.1 Diagnóstico situacional do Centro de Saúde

Para o sucesso das ações da equipe, faz-se necessário iniciar o planejamento pelo conhecimento da demanda de cada unidade. Este diagnóstico deve identificar o perfil dos usuários, os problemas de saúde mais comuns, características do território, as formas de acesso e os serviços e ações oferecidos pelo centro de saúde. Devemos buscar responder às seguintes questões: Quais os problemas mais frequentes? Qual é o volume da demanda? O que o serviço oferece atende às necessidades da população? Quais as formas de acesso do usuário aos serviços prestados na unidade? Existe demanda reprimida? Que demandas não chegam à unidade?

Assim, é necessário realizar um diagnóstico situacional dos recursos da unidade e da comunidade, processo de trabalho e demanda do centro de saúde de forma que a reorganização da assistência seja mais próxima das necessidades e realidade local. Este processo deverá contar com a participação de todos os trabalhadores da unidade.

5.2 Pressupostos e recomendações para a organização do processo de trabalho

A. Recomendações para a organização do atendimento

- Realizar a gestão dos recursos da unidade para o atendimento à demanda espontânea considerando a necessidade da população e a capacidade de atendimento da unidade.
- Definir previamente escala com profissional enfermeiro e médico visando garantir avaliação do usuário com queixa clínica durante todo o horário de funcionamento. Ou seja, a unidade deve planejar suas escalas considerando as demais atividades dos profissionais (visita domiciliar, férias etc) de forma que haja sempre retaguarda para atendimento aos usuários com condições agudas que buscarem a unidade independente do horário. Essa recomendação também se aplica às demais categorias profissionais que realizam atendimento à demanda espontânea.
- Organizar a escala considerando a demanda espontânea usual do centro de saúde para definir o número de profissionais necessários para esse atendimento.
- Incluir os profissionais de apoio no atendimento à demanda espontânea, caso seja necessário.
- Definir profissional auxiliar/técnico da ESF/ESB para avaliação dos usuários que apresentem demandas sem queixa clínica durante 8 horas diárias (no horário de funcionamento da equipe). Não há necessidade de manter o profissional exclusivamente para esta atividade durante todo esse período.
- Realizar atendimento do usuário com demanda espontânea com queixa clínica preferencialmente pela própria ESF, pois esta já conhece seu histórico o que agiliza o atendimento, evita intervenções desnecessárias e minimiza a chance de erro. Ou seja, o formato preferencial de organização do atendimento à demanda espontânea deve ser o de modelagem mista detalhada no item 4 (Modelagens de organização da atenção à demanda espontânea).
- Em dias de pico de demanda ou em unidades com grande volume de usuários com demanda espontânea que apresentam queixa clínica, pode ser necessário pactuar um limite para o atendimento. Nesses casos, a equipe do centro de saúde em conjunto com a gestão deve acordar o número de consultas médicas que será ofertada pela unidade, baseando-se em um tempo médio de duração de consulta de 15 minutos para os atendimentos de demanda espontânea. Esse limite deve se adequar ao dia da semana, levar

em consideração situações de epidemia, recursos humanos do centro de saúde, capacidade do profissional e outros. O número de consultas disponíveis deverá ser reconsiderado caso surjam atendimentos de maior gravidade que demandem maior tempo de atenção, assim como poderá ser ampliado se os casos atendidos tenham sido de menor complexidade. Com isso, não se pretende introduzir um número fixo de consultas por hora, mas estabelecer um parâmetro que possibilite ao enfermeiro gerenciar os recursos para essa assistência.

B. Recomendações para o planejamento da agenda

- Considerar o perfil das demandas e necessidades da população no planejamento da agenda dos profissionais da unidade, sendo reformulada e pactuada, em equipe, periodicamente através de análise de dados e indicadores.
- Evitar a divisão da agenda por programas (por exemplo: evitar separar turnos do dia de trabalho para atendimento exclusivo de diabéticos);
- Trabalhar com a individualização do tempo de consulta, ou seja, destinando a maior parte do tempo às consultas rápidas e deixando algum tempo para consultas mais demoradas;
- Reservar espaços na agenda médica para marcação de consultas a usuários com situações que necessitam de avaliação não urgente em curto prazo, espaços também denominados “agenda intermediária” conforme descrito na página 10;
- Na organização da assistência à saúde bucal, não reservar horários exclusivos para atendimento de demanda espontânea. Os casos com queixa clínica devem ser encaixados entre os agendados, com eventuais ajustes na duração das consultas agendadas para viabilizar o atendimento de urgências ou situações não urgentes com necessidade de pronto atendimento.
- Disponibilizar aos profissionais das ESF/ESB o acesso à consulta de sua própria agenda e ao recurso de agendamento de usuários. Os profissionais devem conhecer, ser co-responsáveis e co-gestores das agendas junto aos gerentes das unidades.

Algumas dessas recomendações foram baseadas em GUSSO e POLI, 2012⁹.

5.3 Atribuição de cada profissional no atendimento à demanda espontânea

A. Gerente

Coordenar a realização do diagnóstico situacional do centro de saúde; coordenar a organização do atendimento à demanda espontânea a partir do diagnóstico situacional do território e da unidade; orientar a população sobre os fluxos da demanda espontânea, a agenda e o processo de trabalho do centro de saúde; articular a relação do centro de saúde com unidades de urgência de referência para o recebimento dos usuários quando necessário, conforme pactuação institucional; monitorar a revisão rotineira de materiais e medicamentos de urgência e emergência.

B. “Posso Ajudar”

Orientar e informar o usuário sobre o funcionamento da unidade e o fluxo de atendimento do serviço rotineiramente; identificar o tipo de demanda do usuário; direcionar usuários com queixa clínica para avaliação de risco pelo enfermeiro, usuários sem queixa clínica para atendimento pelo auxiliar/técnico de enfermagem da equipe ou, se demanda para setores específicos, encaminhá-

-los a esses; comunicar a equipe de enfermagem diante da eventual suspeita de casos que apresentem evidente piora ou gravidade antes ou após avaliação do enfermeiro; realizar atividades educativas na sala de espera explicando aos usuários os fluxos e funcionamento da unidade; realizar pesquisa de opinião com usuários.

C. Profissional da recepção

Orientar e informar o usuário sobre o funcionamento da unidade e o fluxo de atendimento do serviço rotineiramente; dar resposta a demandas não clínicas relacionadas ao setor.

D. Auxiliar/Técnico de enfermagem

Fazer a escuta qualificada dos usuários com queixa não-clínica e definir resposta de acordo com pactuações prévias para cada situação; auxiliar o enfermeiro durante o atendimento da demanda espontânea; observar a sala de espera; prestar assistência na sala de observação conforme orientações e prescrições; organizar e conferir rotineiramente materiais e medicamentos necessários para atendimento de urgências e emergências e solicitar a troca ou reposição dos itens faltantes conforme orientações do procedimento operacional padrão da SMSA/PBH.

E. Enfermeiro

Acolher e avaliar o risco dos usuários com queixa clínica considerando vulnerabilidades e necessidades de atendimento oportuno; reavaliar o risco dos usuários caso apresentem piora clínica; realizar gestão da sala de espera e do fluxo do usuário pós-classificação; realizar atendimento clínico conforme protocolos institucionais e fluxos estabelecidos; resolver casos com queixas não-clínicas de acordo com suas competências; supervisionar a revisão de materiais e medicamentos de atendimento de urgências e emergências realizada pelos auxiliares/técnicos de enfermagem baseado nas orientações do procedimento operacional padrão da SMSA/PBH; referenciar usuários que necessitam de atendimento médico para outros pontos de atenção da rede caso os mesmos não possam ser atendidos no centro de saúde.

F. Médico

Realizar atendimento dos casos classificados e demais casos definidos pela equipe; encaminhar às unidades de urgência usuários que apresentem condições clínicas que necessitem mais recursos para propedêutica e manejo de urgência ou maior tempo de observação; solicitar transporte adequado e garantir suporte ao usuário até que o mesmo seja transferido. Os médicos das ESF deverão realizar atendimento de usuários independente de gênero ou do ciclo de vida. Os médicos de apoio atenderão à demanda espontânea dentro da sua área de atuação.

G. Assistente social e Psicólogo

Realizar atendimento conforme fluxos estabelecidos e diretrizes institucionais existentes; resolver casos de acordo com suas competências; se for identificada a necessidade de avaliação médica realizar atendimento conjunto ou referenciar para a consulta médica.

H. Auxiliar de saúde bucal

Fazer a escuta qualificada dos usuários com queixa não-clínica e definir resposta de acordo com pactuações prévias para cada situação; fazer o levantamento de necessidades em saúde bucal e priorizar os casos mais graves no agendamento de primeira consulta odontológica; auxiliar

o cirurgião dentista durante o atendimento da demanda espontânea; organizar e conferir rotineiramente materiais e medicamentos necessários para atendimento de urgências odontológicas e solicitar a troca ou reposição dos itens faltantes.

I. Técnico de Saúde Bucal

Fazer a escuta qualificada dos usuários com queixa não-clínica e definir resposta de acordo com pactuações prévias para cada situação; fazer o levantamento de necessidades em saúde bucal e priorizar os casos mais graves no agendamento de primeira consulta odontológica; auxiliar o cirurgião dentista durante o atendimento da demanda espontânea; prestar assistência clínica individual sob orientação do cirurgião dentista; organizar e conferir rotineiramente materiais e medicamentos necessários para atendimento de urgências odontológicas e solicitar a troca ou reposição dos itens faltantes.

J. Cirurgião dentista

Realizar atendimento dos casos classificados e demais casos definidos pela equipe; encaminhar às unidades de urgência usuários que apresentem condições clínicas que necessitem mais recursos para propedêutica e manejo de urgência ou maior tempo de observação; solicitar transporte adequado e garantir suporte ao usuário até que o mesmo seja transferido. Os cirurgiões dentistas deverão realizar atendimento de usuários independente de gênero ou do ciclo de vida. Os cirurgiões dentistas de apoio também atenderão à demanda espontânea.

5.4 Modelagens de organização da atenção à demanda espontânea

Segundo o Caderno de Atenção Primária à Saúde nº 28, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011,¹⁰

“Não existe uma única e melhor forma de dar acesso a demanda espontânea para todos os contextos, ao contrário, há diferentes possibilidades de modelagens que podem permitir um acolhimento eficiente, principalmente ao propiciar vinculação e responsabilização. [...] Vale salientar que a maioria das modelagens tem limites e potencialidades, a depender de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros”.

Em Belo Horizonte, devido ao funcionamento dos centros de saúde durante 60 horas por semana e carga horária de trabalho de cada equipe de 40 horas semanais, a organização é possível nas seguintes modelagens: atendimento misto à demanda espontânea ou equipe de referência.

A. Atendimento misto (própria ESF + equipe de referência)

Cada ESF pactua horários preferenciais para o atendimento da demanda espontânea (com ou sem queixa clínica) dos usuários da sua área de abrangência. Os horários pactuados deverão ser ofertados, preferencialmente, todos os dias da semana e divulgados à população. Durante esse horário, usuário com demandas não-clínicas serão acolhidos e orientados por auxiliar/técnico de enfermagem da sua ESF que estará com a agenda dedicada a essa função. Fora dos horários de atendimento pela ESF, o usuário com demanda espontânea será atendido por uma equipe de referência. O enfermeiro realizará a avaliação de todos os usuários com queixa clínica e o médico atenderá os casos encaminhados pelo enfermeiro. Os casos considerados pouco urgentes na

avaliação do enfermeiro também poderão ser referenciados para o atendimento de sua própria ESF ou de outro profissional de saúde, desde que seja realizado no mesmo dia conforme Quadro 9 - Situações que possibilitam atendimento por profissional não médico (pág. 30).

Na organização da assistência à saúde bucal, os profissionais devem dar preferência para a organização da escuta qualificada nos mesmos horários e dias da ESF a qual a ESB pertencem.

Vantagem: favorece o atendimento do usuário pelos profissionais de sua própria ESF/ESB obtendo manejo clínico mais eficiente e maior satisfação de profissionais e usuários.

Desvantagem: dificuldade na estruturação da escala e depende da adesão da população ao horário de atendimento de cada ESF/ESB.

B. Equipe de referência

Nesta modelagem a unidade organiza uma escala de profissionais para atendimento de usuários com demanda espontânea com queixa clínica independente da ESF/ESB de vinculação. Nessa escala, os profissionais podem pertencer ou não à mesma ESF/ESB e poderá incluir profissionais de apoio. Nesses horários, as agendas desses profissionais ficam abertas para esse atendimento.

Usuários com demandas não-clínicas serão acolhidos e orientados por auxiliar/técnico da sua própria ESF/ESB.

Vantagens: maior facilidade na organização da escala.

Desvantagens: menor vinculação da ESF/ESB com a população adscrita à sua área de abrangência.

Destaca-se mais uma vez que o formato preferencial de organização do atendimento à demanda espontânea deve ser o de atendimento misto.

5.5 Fluxos de organização da atenção à demanda espontânea

Para ilustrar as modelagens apresentadas no item anterior, apresentamos na sequência fluxogramas que representam o fluxo do usuário que chega ao centro de saúde com demanda espontânea.

Figura 1 – Fluxo de atendimento à demanda espontânea: Atendimento Misto

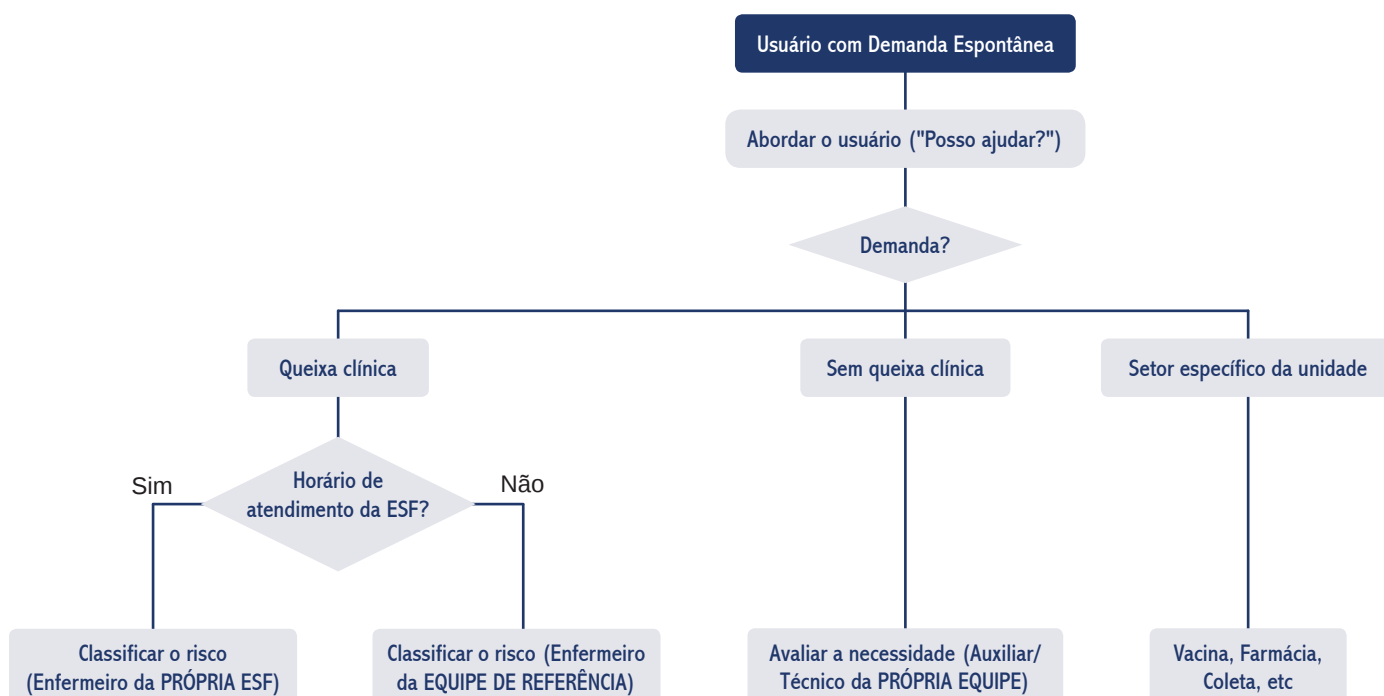
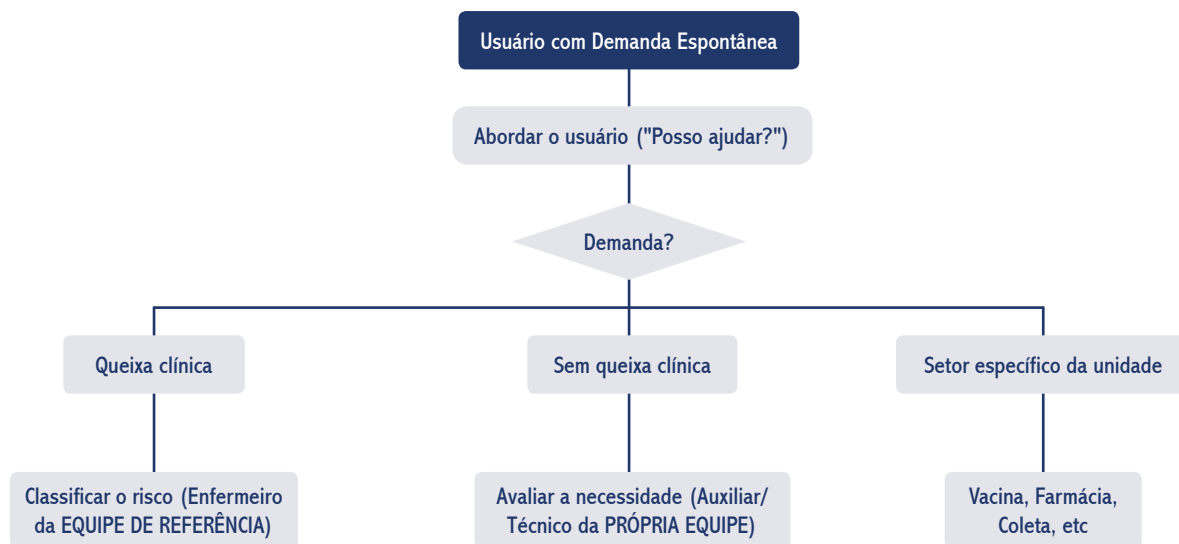


Figura 2 – Fluxo de atendimento à demanda espontânea: Equipe de Referência



5.6 Desenho das agendas

Traduzindo para o cotidiano as diretrizes e conceitos referidos acima, apresenta-se a organização de um centro de saúde hipotético denominado Centro de Saúde Cristal.

Neste centro de saúde trabalham 4 equipes de saúde da família além dos outros profissionais. Os profissionais da unidade decidiram em conjunto organizar o atendimento à demanda espontânea optando pela modelagem mista, garantindo uma resposta ao usuário em todo o horário de funcionamento do centro de saúde. A partir dessa decisão a população será orientada pelos agentes comunitários de saúde e demais profissionais a preferencialmente procurar esse atendimento no horário estabelecido por sua ESF.

Abaixo se apresenta cinco exemplos de organização atendimento à demanda espontânea levando em consideração a modelagem mista. Ao final demonstra-se um exercício de agenda de médico e de enfermeiro da ESF 1 baseada na organização apresentada no Exemplo A.

A. Agenda de atendimento à demanda espontânea: Exemplo A

Horário de atendimento da demanda espontânea por ESF – Exemplo A

Horário	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
7h – 10h	1 e 2	1 e 2	1 e 2	1 e 2	1 e 2
13h – 16h	3 e 4	3 e 4	3 e 4	3 e 4	3 e 4

As equipes 1 e 2 atende à demanda espontânea de suas ESF nas manhãs e as equipes 3 e 4 o realiza à tarde. Todas concentram a atividade no início dos turnos. Cada equipe destina 3 horas por dia para este atendimento. Fora desses horários há escala de referência para manter o atendimento em todo o horário de funcionamento da unidade. Ver detalhamento desse exemplo na página 20 – Exercício A.1.

- Vantagem: não sobrecarrega uma única ESF no início manhã; se uma ESF se ausentar, existe outra com agenda aberta para dar apoio; facilidade do usuário em memorizar os horários de sua equipe.
- Desvantagem: as ESF destinam 22,5 horas semanais para atendimento à demanda espontânea.

B. Agenda de atendimento à demanda espontânea: Exemplo B

Horário de atendimento da demanda espontânea por ESF – Exemplo B

Horário	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
7h – 10h	1 e 2	3 e 4	1 e 2	3 e 4	1 e 2
13h – 16h	3 e 4	1 e 2	3 e 4	1 e 2	3 e 4

Diferencia-se do Exemplo A por alternar turnos e horários de atendimento ao longo da semana entre as ESF.

- Vantagem: viabiliza atendimento à demanda espontânea de todas as equipes em diferentes turnos.
- Desvantagem: as ESF destinam 22,5 horas semanais para atendimento à demanda espontânea; pode ser difícil para o usuário memorizar o horário de sua ESF.

C. Agenda de atendimento à demanda espontânea: Exemplo C

Horário de atendimento da demanda espontânea por ESF – Exemplo C

Horário	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
7h – 10h	1	1	1	1	1
10h – 13h	2	2	2	2	2
13h – 16h	3	3	3	3	3
16h – 19h	4	4	4	4	4

As equipes realizam o atendimento em horários seqüenciais e não coincidentes, iniciando às 7h e finalizando às 19h. Cada equipe destina 3 horas por dia para o atendimento à demanda espontânea de sua equipe, sempre no mesmo horário. Nesse horário, a equipe de ESF é referência para os usuários de outras equipes.

- Vantagem: ocupa 15 horas semanais da agenda dos profissionais; facilidade de reconhecimento do horário da ESF pelo usuário.
- Desvantagem: sobrecarga para a primeira equipe, caso haja concentração de demanda no início da manhã; a ESF do último horário pode ter dificuldade de encerrar os atendimentos e realizar os encaminhamentos de usuários no horário de fechamento da unidade.

D. Agenda de atendimento à demanda espontânea: Exemplo D

Horário de atendimento da demanda espontânea por ESF – Exemplo D

Horário	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
7h – 10h	1	1	1	1	1
8h – 11h	2	2	2	2	2
12h – 15h	3	3	3	3	3
13h – 16h	4	4	4	4	4
16h – 19h	1	2	3	4	Rodízio

As equipes 1 e 2 realizam o atendimento nas manhãs e as equipes 3 e 4 realizam este atendimento à tarde, distribuídas até as 16h em horários parcialmente coincidentes. Cada equipe destina 3 horas por dia para este atendimento, sempre no mesmo horário. Após as 16h, há uma equipe de referência que trabalha com agenda mesclada, ou seja, com consultas eletivas agendadas em intervalos maiores para possibilitar encaixe de atendimento de demanda espontânea conforme a necessidade.

- Vantagens: ter duas equipes escaladas no início manhã; o horário fixo das ESF do turno da tarde para atendimento da demanda espontânea não é próximo do fechamento da unidade.
- Desvantagem: exige um rodízio das equipes após as 16h.

E. Agenda de atendimento à demanda espontânea: Exemplo E

Horário de atendimento da demanda espontânea por ESF – Exemplo E

Horário	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
7h – 10h	1	3	1	3	1
8h – 11h	2	4	2	4	2
12h – 15h	3	1	3	1	3
13h – 16h	4	2	4	2	4
16h – 19h	1	2	3	4	Rodízio

Diferencia-se do Exemplo D por alternar turnos e horários de atendimento ao longo da semana entre as ESF.

- Vantagem: viabiliza atendimento à demanda espontânea de todas as equipes em diferentes turnos.
- Desvantagem: pode ser difícil para o usuário memorizar o horário de sua ESF; exige um rodízio das equipes após as 16h.

Sendo assim, o Centro de Saúde Cristal baseou-se na disponibilidade de agenda dos profissionais, na estrutura física e no perfil de procura dos usuários para definir o horário de atendimento. A escolha da unidade foi a distribuição de duas ESF no turno da manhã e duas ESF no turno da tarde, optando pelo primeiro formato de agenda demonstrado no Exemplo A. A distribuição do atendimento das ESF ao longo do dia na unidade buscou evitar a concentração de grande número de usuários em um mesmo turno.

F. Exercício de construção da agenda a partir do Exemplo A

O centro de saúde desenhou então a escala abaixo para definir quem realizará o atendimento dos usuários com demanda espontânea nos diferentes horários. O quadro demonstra quando o atendimento será pela própria ESF e qual equipe estará como referência para o usuário que buscar atendimento fora desse horário.

Quadro 2 – Exercício A.1: detalhamento da escala de atendimento da demanda espontânea de acordo com a forma de organização proposta no Exemplo A.

HORÁRIO	SEGUNDA		TERÇA		QUARTA*		QUINTA		SEXTA	
	ESF	REF	ESF	REF	ESF	REF	ESF	REF	ESF	REF
7 às 10	1 e 2	1 (3 e 4)	1 e 2	1 (3 e 4)	1 e 2	1 (3 e 4)	1 e 2	2 (3 e 4)	1 e 2	2 (3 e 4)
10 às 13	1	1 (2, 3 e 4)	1	1 (2, 3 e 4)	1	1 (2, 3 e 4)	2	2 (1, 3 e 4)	2	2 (1, 3 e 4)
13 às 16	3 e 4	3 (1 e 2)	3 e 4	3 (1 e 2)	3 e 4	3 (1 e 2)	3 e 4	4 (1 e 2)	3 e 4	4 (1 e 2)
16 às 19	3	3 (1, 2 e 4)	3	3 (1, 2 e 4)	3	3 (1, 2 e 4)	4	4 (1, 2 e 3)	4	4 (1, 2 e 3)

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

* Na quarta-feira haverá revezamento da escala. Nas semanas ímpares a escala fica igual às segundas e terças e nas semanas pares fica igual às quintas e sextas.

Legenda:

ESF refere-se às equipes que estarão em seu horário de atendimento à demanda espontânea;

REF refere-se à equipe que estará de referência para o atendimento da demanda espontânea inclusive dos usuários de outras equipes, indicadas entre parênteses.

A tabela acima demonstra os horários de atendimento específico de cada ESF e qual está escalada como referência em cada turno de 3 horas.

Como exemplo é detalhada abaixo a distribuição dos horários de atendimento à demanda espontânea pela ESF 1:

- De 7 às 10h todos os dias atenderão usuários de sua ESF.
 - Nas segundas e terças também serão referência para usuários das equipes 3 e 4;
 - Nas quintas e sextas, atenderão apenas os usuários de sua ESF permitindo gestão desse horário possibilitando inserir consultas de agenda intermediária. A referência para as demais equipes nesses turnos será a ESF 2;
- De 10h às 13h nas segundas e terças serão referência para toda a unidade. Nesse horário o médico trabalhará com agenda aberta e poderá atender também outras demandas de sua equipe (queixas não-clínicas, controle de RNI, ajuste de insulina e outros) dependendo do volume de usuários;
- De 7h às 13h nas quartas haverá revezamento: nas semanas ímpares atenderá igual às segundas e terças e nas semanas pares igual às quintas e sextas.

Os quadros abaixo detalham a distribuição da agenda do médico e do enfermeiro da ESF 1 e também do cirurgião dentista e do técnico de saúde bucal de referência para esta equipe.

Quadro 3 – Exercício A.2: agenda do enfermeiro da ESF 1

Horário	Segunda	Terça	Quarta*	Quinta	Sexta
7h – 8h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF	Atend. ESF
8h – 9h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF	Atend. ESF
9h – 10h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF	Atend. ESF
10h – 11h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Supervisão	Atividade grupo
11h – 12h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Supervisão	Atividade grupo
12h – 13h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Almoço	Almoço
13h – 14h	Almoço	Almoço	Almoço	Atendimento agendado	Atendimento agendado
14h – 15h	Visita domiciliar	Atividades diversas	Atendimento agendado	Atendimento agendado	Atividades diversas
15h – 16h	Visita domiciliar	Atividades diversas	Atendimento agendado	-	Atividades diversas
16h – 17h	-	-	-	-	Atividades diversas

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

* revezamento.

A distribuição da carga horária por atividade na agenda do enfermeiro foi organizada conforme abaixo:

- Atendimento não agendado: 22,5 horas/semana (o cálculo considera o revezamento realizado nas quartas-feiras)
- atendimentos agendados: 10,5 horas/semana
 - Consulta de enfermagem: 6,5 horas/semana;
 - Visita domiciliar: 2 horas/semana;
 - Atividade em grupo: 2 horas/semana
- Supervisão: 2 horas/semana
- Atividades diversas (reunião de equipe, matriciamento ou monitoramento e educação permanente): 5 horas/semana.

Quadro 4 – Exercício A.3: agenda do médico da ESF 1

Horário	Segunda	Terça	Quarta*	Quinta	Sexta
7h – 8h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF	Atend. ESF
8h – 9h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF	Atend. ESF
9h – 10h	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Atend. ESF+Ref	Ag.intermediária + Atend. ESF	Ag.intermediária + Atend. ESF
10h – 11h	Atend. Ref + Agenda aberta	Atend. Ref + Agenda aberta	Atend. Ref + Agenda aberta	Atendimento agendado	Atendimento agendado
11h – 12h	Atend. Ref + Agenda aberta	Atend. Ref + Agenda aberta	Atend. Ref + Agenda aberta	Atendimento agendado	Atendimento agendado
12h – 13h	Atend. Ref + Agenda aberta	Atend. Ref + Agenda aberta	Atend. Ref + Agenda aberta	Almoço	Almoço
13h – 14h	Almoço	Almoço	Almoço	Atendimento agendado	Atendimento agendado
14h – 15h	Visita domiciliar	Atividades diversas	Atendimento agendado	Atendimento agendado	Atividades diversas
15h – 16h	Visita domiciliar	Atividades diversas	Atendimento agendado	-	Atividades diversas
16h – 17h	-	-	-	-	Atividades diversas

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

* revezamento.

A distribuição da carga horária por atividade na agenda do médico foi organizada conforme abaixo:

- Atendimento não agendado: 22,5 horas/semana (o cálculo considera o revezamento realizado nas quartas-feiras)
 - 13,0 horas/semana para atendimento dos casos com queixa clínica (o cálculo considera o revezamento realizado nas quartas-feiras);
 - 7,5 horas/semana de atendimento de referência e agenda aberta;
 - 2 horas/semana de atendimento da ESF e agenda intermediária;
- atendimentos agendados: 12,5 horas/semana
 - Consulta médica: 10,5 horas/semana;
 - Visita domiciliar: 2 horas/semana.
- Atividades diversas (reunião de equipe, matriciamento ou monitoramento e educação permanente): 5 horas/semana.

Quadro 5 – Exercício A.4: agenda do cirurgião dentista da ESF 1

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7h – 8h	Retorno	Retorno	Retorno	Retorno	Retorno
8h – 9h	1ª consulta	1ª consulta	1ª consulta	1ª consulta	1ª consulta
9h – 10h	1ª consulta	1ª consulta	1ª consulta	1ª consulta	1ª consulta
10h – 11h	Retorno	Retorno	Retorno	Atividades diversas	Atividades diversas
11h – 12h	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
12h – 13h	Retorno	Retorno	1ª consulta	Retorno	1ª consulta
13h – 14h	1ª consulta	Retorno	Atividades diversas	1ª consulta	Retorno
14h – 15h	Retorno	Retorno	Atividades diversas	Retorno	Retorno
15h – 16h	Retorno	1ª consulta	Atividades diversas	Retorno	Retorno

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

A distribuição da carga horária por atividade na agenda do cirurgião dentista foi organizada conforme abaixo:

- Atendimento não agendado: consultas de pronto atendimento e urgência devem ser encaixadas nos intervalos entre os atendimentos agendados.
- Atendimentos agendados: 35 horas/semana (sendo mínimo de 8 consultas por dia, conforme protocolo específico)
 - Primeira consulta: 15 horas/semana (sendo mínimo de 3 novas consultas por dia);
 - Retorno: 20 horas/semana.
- Atividades diversas (reunião de equipe, matriciamento ou monitoramento, educação permanente, visita domiciliar, webconferência mensal): 5 horas/semana.

Quadro 6 – Exercício A.5: agenda do técnico em saúde bucal da ESF 1

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7h – 8h	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N
8h – 9h	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N	Escuta / Lev N
9h – 10h	At. individual	At. individual	At. individual	At. individual	Atividades diversas
10h – 11h	At. individual	At. individual	At. individual	Atividades diversas	Atividades diversas
11h – 12h	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
12h – 13h	Ação coletiva	Ação coletiva	Ação coletiva	At. individual	At. individual
13h – 14h	Ação coletiva	Ação coletiva	Ação coletiva	At. individual	At. individual
14h – 15h	At. individual	At. individual	Ação coletiva	At. individual	Atividades diversas
15h – 16h	At. individual	At. individual	Ação coletiva	At. individual	Atividades diversas

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

A distribuição da carga horária por atividade na agenda do técnico de saúde bucal foi organizada conforme abaixo:

- Atendimento não agendado: 10 horas/semana para escuta e levantamento de necessidades (ação coletiva). Caso não haja demanda, as atividades administrativas relativas ao cuidado com o consultório serão realizadas nesse período.
- Atendimentos agendados: 25 horas/semana.
 - Atendimento individual: 17 horas/semana.
 - Ação coletiva: 8 horas/semana.
- Atividades diversas (reunião de equipe, matriciamento ou monitoramento, educação permanente, visita domiciliar, webconferência mensal): 5 horas/semana.

Portanto, os serviços oferecidos pela ESB/ESF 1 à população são:

- Atendimento à demanda espontânea pela própria ESF (médico, enfermeiro e aux./tec. enfermagem): de segunda a sexta de 7h às 10h.
- Atendimento à demanda espontânea pela própria ESB: de segunda a sexta de 7h às 9h e atendimento das urgências nos intervalos entre as consultas.
- Atendimento médico agendado: quartas 14h às 16h e quintas de 10h às 15h, quinzenalmente nas quartas serão disponibilizadas consultas de 10h às 13h.
- Atendimento de enfermagem agendado: quartas 14h às 16h e quintas de 13h às 15h, quinzenalmente nas quartas serão disponibilizadas consultas de 10h às 13h.
- Atendimento do cirurgião dentista agendado: todos os dias e horários, exceto quartas de 12h às 16h, quintas e sextas de 10h às 11h.
- Atendimento individual agendado realizado pelo técnico em saúde bucal: segundas 9h às 11h e 14h às 16h, terças 9h às 11h e 14h às 16h, quartas 9h às 11h, quintas 9h às 10h e 12h às 16h, sextas 12h às 16h.
- Atividades coletivas:
 - ESF: sextas de 10h às 12h;
 - ESB: segundas e terças 12h às 14h, quartas 12h às 16h.
- Visita domiciliar: segundas de 14h às 16h.

6

Protocolo de manchester na classificação de risco e adequações para o uso da ferramenta na atenção primária

Os protocolos de classificação de risco são ferramentas de manejo clínico de risco que orientam o profissional na coleta de informações e dados do usuário e padroniza os critérios para estabelecer a prioridade clínica. Essa ferramenta deve ser utilizada como uma referência durante a avaliação, entretanto o profissional de saúde deverá reconhecer outras necessidades ou sinais de alerta para além do protocolo para direcionar sua tomada de decisão. Essa avaliação “requer tanto o raciocínio quanto a intuição e ambos devem estar baseados em conhecimentos e aptidões profissionais. [...] É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após essa decisão”¹².

Após análise dos vários modelos de classificação de riscos existentes, a SMSA/PBH aderiu à proposta da Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) em utilizar o Protocolo de Manchester por ser este:

- Rápido e objetivo;
- Reprodutível;
- Não trabalhar com diagnóstico mas com sinais e sintomas;
- Possuir linguagem padronizada nos vários pontos de atenção à saúde e entre os profissionais da unidade;
- Ser passível de auditoria;
- Ter alta precisão e tender a superestimar o risco clínico.

Entretanto, como o protocolo foi originalmente elaborado para os serviços de urgência, percebeu-se a necessidade de adequações para o uso do mesmo na APS. É consenso que o método de classificação proposto pelo protocolo não deve ser modificado, a fim de manter a segurança e padronização de linguagem nos diversos pontos da rede. Porém, a classificação deve ser entendida como uma das ferramentas de avaliação dos casos com queixa clínica. Além do risco clínico, outros aspectos precisam ser observados, tais como vulnerabilidade individual, familiar e social, conforme descrito anteriormente.

Entre as orientações para o uso adequado do protocolo na APS, apresentamos abaixo alguns esclarecimentos elaborados a partir da experiência do uso da ferramenta em alguns centros de saúde de Belo Horizonte.

6.1 Fluxogramas mais adequados para queixas frequentes na APS

O Protocolo de Manchester possui 50 fluxogramas, porém algumas queixas clínicas podem deixar dúvidas e serem classificadas em vários fluxogramas diferentes. O quadro abaixo apresenta os fluxogramas mais adequados para classificar algumas queixas frequentes na APS.

Quadro 7 – Fluxogramas mais adequados para queixas comuns na APS

Queixa	Fluxograma
Abuso sexual	Exposição a Agente Químico*
Coriza e obstrução nasal na criança	Pais preocupados
Dermatite de fraldas, micose, acne, outras dermatoses	Erupção cutânea
Dor de cabeça, dor no corpo, prostração, febre (suspeita de dengue)	Mal estar no adulto*
Epistaxe	Problemas na face
Estomatite, candidíase oral	Pais preocupados (criança) ou Mal estar no adulto
Icterícia	Mal estar na criança ou adulto
Ingurgitamento mamário, nódulo na mama, mastalgia	Infecções locais e abscessos
Exposição a material biológico de risco e/ou exposição sexual de risco consentida	Exposição a Agente Químico*
Prurido ou secreção vaginal	Doença sexualmente transmissível
Tonteira, fraqueza, afonia	Mal estar na criança ou adulto
Tosse ou outros sintomas respiratórios na criança (excluindo dor torácica, asma e dispnéia)	Pais preocupados
Tosse ou outros sintomas respiratórios no adulto (excluindo dor torácica, asma e dispnéia)	Mal estar no adulto
Tumefações perineais (hemorróidas e outros)	Infecções locais e abscessos
Unha infectada	Infecções locais e abscessos

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

*Verificar adequações do uso do fluxograma discriminado no texto abaixo.

A escolha do fluxograma “Mal estar em adulto” nos casos de suspeita de dengue é realizada devido à necessidade de uma avaliação mais completa do caso (avaliando, por exemplo, pulso e história de hemoptise). Na interpretação dos discriminadores abaixo o significado proposto é:

- A. **Risco especial de infecções** – exposição conhecida à patógenos de alto risco tais como influenza aviária e meningococcemia.
- B. **História de viagem recente** – viagem nas duas últimas semanas para regiões endêmicas para agravos infecciosos relevantes como países da África (ex: malária, febre amarela), região norte (ex: malária, febre amarela, febre tifóide) e centro-oeste (ex: febre amarela) do país ou local com infestações de carrapatos (ex: febre maculosa).

Em epidemia de dengue, a realização obrigatória de glicemia nos casos suspeitos poderá ser dispensada ficando a critério da avaliação do enfermeiro. O motivo dessa dispensa é agilizar o atendimento e fazer uso racional dos insumos.

O fluxograma “Exposição a agente químico” foi escolhido nos casos de abuso sexual, exposição a material biológico de risco e/ou exposição sexual de risco consentida devido ao risco de contaminação por agente biológico (ex: HIV, Hepatites B e C). Nesses casos, o classificador deverá optar pelo discriminador “Risco de contaminação persistente” caso tenha excluído os discriminadores anteriores. As condutas específicas para essas situações devem ser realizadas de acordo com os seguintes documentos:

- Fluxo de atendimento do acidente por exposição a material biológico de risco¹³;
- Orientação para o acidente com exposição a material biológico de risco, na rede municipal de saúde de Belo Horizonte¹⁴;
- Guia de Atendimento: criança e adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências na atenção primária à saúde¹⁵;
- Prevenção e abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV¹⁶.

6.2 Usuário classificado como VERMELHO (emergência)

A. O que? Quem? Onde?

Garantir o primeiro atendimento médico no centro de saúde. Esses casos devem preferencialmente ser atendidos na sala de observação para permitir rápidas intervenções. A definição de encaminhamento a outro ponto de atenção será realizada diante da necessidade clínica.

B. Em quanto tempo?

Atendimento imediato.

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?

Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.

D. Quando não há médico na unidade?

O enfermeiro deverá realizar medidas de suporte básico de vida e realizar contato com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para receber demais orientações e definição do tipo de transporte para o caso.

6.3 Usuário classificado como LARANJA (muito urgente)

A. O que? Quem? Onde?

Garantir o primeiro atendimento médico ou atendimento odontológico no centro de saúde. Esses casos devem preferencialmente ser atendidos na sala de observação ou consultório odontológico para permitir rápidas intervenções. A definição de encaminhamento a outro ponto de atenção será realizada diante da necessidade clínica.

B. Em quanto tempo?

Atendimento em até 10 minutos.

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?

Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.

D. Quando não há médico na unidade?

O enfermeiro deverá realizar contato com SAMU para receber demais orientações e definição do tipo de transporte para o caso.

6.4 Usuário classificado como AMARELO (urgente)

A. O que? Quem? Onde?

Garantir o atendimento médico ou odontológico no centro de saúde. Se necessário, o usuário será encaminhado a outro ponto de atenção para continuidade do cuidado.

B. Em quanto tempo?

O tempo de espera adequado para esse atendimento é de até 1 hora. Esses casos necessitam de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas inicialmente medidas de conforto^A pela enfermagem até a avaliação do profissional médico ou dentista.

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?

Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.

D. Quando não há médico na unidade?

O enfermeiro deverá referenciar o usuário aos diferentes pontos de atenção à urgência conforme orientações do item I (Referenciamento dos usuários para outros pontos de atenção - pág. 30) definindo o tipo de transporte de acordo com o estado geral e sinais vitais do usuário.

6.5 Usuário classificado como VERDE (pouco urgente)

A. O que? Quem? Onde?

Garantir o atendimento por profissional de saúde de nível superior preferencialmente no centro de saúde. O enfermeiro que estiver realizando a classificação definirá o profissional que realizará o primeiro atendimento, considerando as possibilidades de atendimento por profissional não médico apontadas no Quadro 9 (pág. 30). Se possível, o usuário classificado como verde deverá ser atendido por sua equipe.

B. Em quanto tempo?

Atendimento no mesmo dia.

Na modelagem mista, os usuários da mesma unidade que buscarem atendimento fora do horário preferencial de sua equipe poderão ser agendados, no mesmo dia, para a própria equipe a fim de manter o vínculo.

Como medida de humanização e redução de conflito deve-se orientar o usuário o horário previsto para o seu atendimento.

Usuário com bom estado geral que for agendado para outro turno poderá ser orientado a retornar no horário do seu atendimento ou a qualquer momento para reclassificação caso apresentem sinais de piora.

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?

O enfermeiro deverá referenciar o usuário aos diferentes pontos de atenção conforme orientações do item I (Referenciamento dos usuários para outros pontos de atenção - pág. 30) definindo o tipo de transporte de acordo com a vulnerabilidade clínica e/ou sinais vitais do usuário. Como regra geral, esses usuários serão orientados a buscar o outro ponto de atenção por meios próprios de transporte.

^A Nota técnica 01/2014, ver página 36.

D. Quando não há médico na unidade?

O enfermeiro deverá referenciar o usuário aos diferentes pontos de atenção conforme orientações do item I (Referenciamento dos usuários para outros pontos de atenção - pág. 30) definindo o tipo de transporte de acordo com a vulnerabilidade clínica e/ou sinais vitais do usuário. Como regra geral, esses usuários serão orientados a buscar o outro ponto de atenção por meios próprios de transporte.

6.6 Usuário classificado como AZUL (não urgente)

A. O que? Quem? Onde?

Garantir o atendimento por profissional de saúde preferencialmente no seu centro de saúde de referência e pela ESF de sua área de abrangência. Avaliar situações de vulnerabilidade, conforme Quadro 8 (pág. 29), e garantir atendimento oportuno.

Em situações especiais em que o usuário tenha dificuldades de realizar ações de saúde na sua própria unidade de referência, poderá ser pactuado o acompanhamento desse usuário em outra unidade.

Nos casos em que o usuário não puder ser atendido na unidade em que buscou assistência este deverá ser encaminhado de forma responsável para sua unidade de origem.

B. Em quanto tempo?

Havendo disponibilidade, a avaliação desta demanda não urgente deverá ocorrer no mesmo dia. O atendimento deverá considerar a necessidade de atendimento oportuno, o público prioritário e outras situações tais como descritas no item 7.

O usuário deverá ser orientado a retornar à unidade caso apresente sinais de piora do seu problema de saúde.

6.7 Usuários classificados como BRANCO

São as demandas não-clínicas que podem ter sido encaminhadas para a classificação por engano. Essas demandas deverão receber avaliação pelo auxiliar/técnico da ESF/ESB ou encaminhamento ao setor específico do centro de saúde.

7 Outros fatores relacionados à priorização do atendimento

O primeiro critério para o ordenamento dos atendimentos é a avaliação clínica pois trata-se de risco de vida ou dano à saúde. Entretanto, outros fatores que determinam este ordenamento estão apresentados abaixo.

7.1 Situações de epidemia

Em situações de epidemia, os casos do agravo epidêmico podem ter necessidade de priorização dentre aqueles em uma mesma categoria de risco. Esses casos podem demandar condutas e procedimentos específicos para redução de risco individual e/ou coletivo. A definição das ações e atribuições dos profissionais em cada situação deverá ser guiada pelos protocolos assistenciais e notas técnicas vigentes na epidemia.

7.2 Público prioritário - Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0013/2011⁷

Para além da priorização das condições clínicas e situações de epidemia, deve-se considerar a prioridade dos maiores de 60 (sessenta) anos, gestantes e lactantes, crianças menores de 2 (dois) anos e portadores de deficiência ou mobilidade reduzida. Essas são condições que não modificam a prioridade clínica, no entanto requerem um cuidado diferenciado e devem ser atendidos de forma preferencial entre aqueles classificados na mesma prioridade clínica. Ou seja, um idoso classificado como pouco urgente (verde), não deve ser atendido antes de usuário classificado como urgente (amarelo).

O público prioritário é mais vulnerável e deve ser considerado um critério de priorização após a avaliação de risco clínico. Nos casos considerados não urgentes (azul) a ESF/ESB deverá avaliar a necessidade de atendimento no dia ou de agendamento priorizado.

Atenção

Os **bebês com até 3 meses** de vida que apresentem sinais e/ou sintomas clínicos mesmo considerados pouco urgentes (verde) ou não urgentes (azul) deverão receber avaliação médica em até 1 hora.

7.3 Outras condições de vulnerabilidade e necessidade de atendimento oportuno

Em algumas circunstâncias, mesmo os casos avaliados como não urgentes poderão ter seu atendimento priorizado. Destaca-se no quadro abaixo algumas condições de vulnerabilidade ou atendimento oportuno e situações clínicas que justificam atendimento mais rápido para conforto do usuário.

Quadro 8 – Casos avaliados como não urgente que necessitam de priorização

Critério	Condição	Conduta
Condições de vulnerabilidade ou de atendimento oportuno	Uso de drogas (lícitas e ilícitas)	Avaliação da ESF preferencialmente no mesmo turno para abordagem oportuna. Se tabagismo, orientações de abordagem breve estão disponíveis no módulo Demanda Espontânea (botão: Busca Ativa) no SISREDE.
	Vulnerabilidade psicossocial importante (classificação do risco familiar VERMELHO no botão “F” do prontuário eletrônico ou através de avaliação do profissional)	Avaliação da ESF, psicólogo ou assistente social preferencialmente no mesmo turno para abordagem oportuna.
	Puérpera	Avaliação da ESF preferencialmente no mesmo dia.
	Nódulo mamário	Agendamento de consulta na mesma semana para médico da família ou ginecologista.
	Tosse por mais de três semanas	Avaliação da ESF preferencialmente no mesmo dia. Orientações para a primeira abordagem estão disponíveis no módulo Demanda Espontânea (botão: Busca Ativa) no SISREDE.
	Mancha na pele com perda de sensibilidade	Avaliação da ESF preferencialmente no mesmo dia. Orientações para a primeira abordagem estão disponíveis no módulo Demanda Espontânea (botão: Busca Ativa) no SISREDE.
Priorização por conforto do usuário	Coroas anteriores definitivas ou provisórias soltas com ou sem sintomas	Avaliação da ESB para atendimento preferencialmente no mesmo dia.
	Fraturas dentárias anteriores com ou sem envolvimento pulpar	
	Próteses removíveis com dentes anteriores fraturados	

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

Outras condições também poderão ser priorizadas de acordo com a avaliação do enfermeiro.

8 Atendimento por profissional não médico

Para ampliar a interação dos diferentes profissionais, promover a integralidade do cuidado, compartilhar responsabilidade sanitária e aumentar a resolutividade é importante diversificar as intervenções ofertadas na APS e promover o auto-cuidado. Dessa forma, propõe-se que em algumas situações o atendimento seja realizado por profissionais de saúde das diversas áreas considerando suas especificidades e suas competências para a resolução do problema.

O enfermeiro será o responsável por direcionar os casos ao profissional mais indicado para o atendimento. Em qualquer momento se for identificada a necessidade de avaliação médica, essa pode acontecer através do atendimento conjunto ou referenciar para a consulta médica.

O quadro abaixo sugere algumas situações que permitem um atendimento por profissional não médico.

Quadro 9 – Situações que possibilitam atendimento por profissional não médico

Situação	Risco	Profissional
Casos de epidemias	Seguir orientações dos protocolos assistenciais específicos	
Diarréia e Vômitos*	Pouco urgente (verde) e Não urgente (azul)	Enfermeiro, preferencialmente da própria ESF, conforme protocolo ¹⁷ . Se definição por dispensa, compartilhar decisão com médico.
Feridas e Queimaduras	Pouco urgente (verde) e Não urgente (azul)	Equipe de enfermagem na sala de curativo com supervisão do enfermeiro do setor (conforme protocolo ¹⁸).
Queixas que demandam apenas orientação de cuidados à saúde	Pouco urgente (verde) e Não urgente (azul)	Enfermeiro, preferencialmente da própria ESF, ou outro profissional de nível superior adequado para o caso.
Queixas relacionadas à saúde mental	Urgente (amarelo), Pouco urgente (verde) e Não urgente (azul)	Psicólogo ou outro profissional de nível superior.
Queixas relacionadas à vulnerabilidade social*	Pouco urgente (verde) e Não urgente (azul)	Assistente social ou outro profissional de nível superior.
Queixas relacionadas à saúde bucal	Muito urgente (laranja), Urgentes (amarelo) e Pouco urgente (verde)	Cirurgião dentista.
	Não urgente (azul)	Equipe de saúde bucal.

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

* Crianças com vulnerabilidade clínica ou menores de 2 anos devem ser atendidos pelo médico.

9 Referenciamento dos usuários para outros pontos de atenção

A demanda espontânea tem como característica certo grau de imprevisibilidade tanto nos serviços da atenção primária quanto nas unidades de atendimento de urgência. Além disso, há situações imprevisíveis que fragilizam o quadro de recursos humanos e com isso restringem a oferta de resposta das unidades de saúde. Sendo assim, quando um serviço se depara com demanda de casos urgentes maior do que sua capacidade de atendimento é necessário organizar retaguarda em outros pontos de atenção da rede.

A organização das redes de atenção às urgências e emergências visa utilizar adequadamente os recursos disponíveis na estrutura do sistema municipal de saúde através da articulação de seus diversos pontos de atenção. Na rede, cada nível de atenção tem seu papel definido e isso deve ser divulgado à população. No caso dos centros de saúde essas articulações são importantes por existir restrição do seu horário de funcionamento e recursos limitados para o atendimento de urgência e emergência.

O referenciamento é um procedimento fundamental para que a rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, garantindo ao usuário avaliação de sua necessidade e atendimento em tempo adequado mesmo em outro ponto de atenção. Deve-se entender o referenciamento como uma conduta de responsabilidade coletiva que considera as definições e o respaldo institucional para oferecer a resposta mais segura para o usuário e para o serviço.

Quando há impossibilidade de atendimento no centro de saúde por necessidade do serviço ou pela gravidade do caso, a SMSA/PBH define os seguintes procedimentos para o referenciamento responsável do usuário a outro ponto de atenção:

- A gerência do centro de saúde deverá comunicar à gerência da unidade de urgência que a capacidade de atendimento foi atingida e que haverá necessidade de referenciamento dos usuários conforme pactuação prévia.

- O enfermeiro deve proceder da seguinte forma:
 - Avaliar sinais vitais além dos já solicitados pelo fluxograma do Protocolo de Manchester garantindo o registro mínimo dos seguintes itens: temperatura, pulso, frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA) e escala de coma de Glasgow;
 - Registrar no prontuário (e/ou ficha de classificação de risco) os dados acima bem como breve história clínica, prioridade obtida na classificação de risco e o motivo do não atendimento do usuário no centro de saúde;
 - Definir o tipo de transporte necessário de acordo com a gravidade do caso. Em casos de emergências ou muito urgentes discutir transporte adequado junto à central de regulação do SAMU;
 - Preencher ficha de referenciamento (modelo abaixo);
 - Informar ao usuário que este será novamente avaliado na unidade de destino sendo priorizado na reclassificação de risco e receberá o atendimento de acordo com os critérios desta reavaliação.

O referenciamento deverá ocorrer apenas nos casos em que a avaliação clínica indicar a necessidade de recursos indisponíveis no centro de saúde ou em situações que a unidade não tem condições de prestar o atendimento necessário. A condução desses casos deverá seguir as orientações descritas nos fluxos e protocolos ou em outras pactuações institucionais vigentes. Em situações clínicas graves, a unidade de destino poderá ser definida pela equipe do SAMU.

Abaixo apresenta-se um quadro especificando as principais condições e unidades para referenciamento de urgência para a APS.

Quadro 10 – Unidades para referenciamento quando não é possível a resolução no centro de saúde.

Condição ou situação clínica	Unidade para referenciamento
Doenças sexualmente transmissíveis	Unidade de Referência Secundária (URS) Centro-Sul
Gestantes e puérperas com queixa aguda	Maternidade de referência
Recém-nascidos e crianças com queixa aguda	Verificar grade de urgência, sendo a maioria dos casos referenciados à UPA
Sofrimento mental agudo*	Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM)
Violência em crianças e adolescentes	Verificar Guia de atendimento às vítimas de violência na APS ¹⁴
Demais Casos	Verificar grade de urgência, sendo a maioria dos casos referenciados à UPA
Urgência odontológica clínica	UPA ou Pronto Socorro Odontológico do HOB, conforme grade de urgência
Traumas faciais com ou sem fratura/avulsão dentária	Pronto Socorro Odontológico do HOB

Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH)

* Exceto quadros de abstinência, intoxicação grave ou outros casos de instabilidade clínica que justifiquem primeiro atendimento na UPA.

Figura 3 – Modelo de ficha de referenciamento

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE	GUIA DE REFERENCIAMENTO PARA REDE DE URGÊNCIA			
	CENTRO DE SAÚDE			
1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME			DATA DE NASCIMENTO	
SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO	IDADE	PRONTUÁRIO	ESF	
2 DADOS CLÍNICOS				
2.1 QUEIXA PRINCIPAL E BREVE HISTÓRIA CLÍNICA				
FLUXOGRAMA		DISCRIMINADOR		
2.2 DADOS VITAIS				
GLICEMIA	GLASGOW (ADULTO)	GLASGOW (PEDIÁTRICO)	PULSO	
SAO2	TEMP	RÉGUA DE DOR	FR	PA
2.3 PRIORIDADE CLÍNICA				
☐ EMERGÊNCIA (VERMELHA) ☐ MUITO URGENTE (LARANJA) ☐ URGENTE (AMARELA) ☐ POUCO URGENTE (VERDE)				
17/12/2013 - GEORG				
3 MOTIVO DO REFERENCIAMENTO PARA ATENDIMENTO EM OUTRO PONTO DE ATENÇÃO				
☐ DEMANDA EXCESSIVA DE ATENDIMENTO AO AGUDO ☐ CAPACIDADE REDUZIDA PARA ATENDIMENTO MÉDICO DEVIDO A QUADRO INCOMPLETO DE PROFISSIONAIS ☐ OUTROS. ESPECIFICAR:				
4 OBSERVAÇÃO				
ESTE USUÁRIO FOI ORIENTADO SOBRE OS MOTIVOS DA NECESSIDADE DE REFERENCIAMENTO PARA OUTRO PONTO DE ATENÇÃO.				
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	COREN	DATA	HORA	

SAUE – 03014027 - G

9.1 Escala de coma de Glasgow adulto

O = OLHOS (0 a 4)	V = RESPOSTA VERBAL (0 a 5)	M = RESPOSTA MOTORA (0 a 6)
4 – Olhos abertos espontaneamente	5 – Discurso coerente e orientado	6 – Cumpre ordens
3 – Apenas abre os olhos quando ouve falar (ordem verbal)	4 – Discurso confuso	5 – Não cumpre ordens, mas localiza a dor
2 – Apenas abre os olhos quando sente dor (estímulo doloroso)	3 – Discurso inapropriado	4 – Flexão anormal do(s) membro(s) à dor (movimento de fuga)
1 – Não abre os olhos	2 – Discurso incompreensível / sons incompreensíveis	3 – Flexão do(s) membro(s) (descorticação)
	1 – Não fala	2 – Extensão do(s) membro(s) (descerebração)
		1 – Não mexe os membro(s)

Fonte: MACKWEY-JONES, K; MARDSEN J.; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.

9.2 Escala de coma de Glasgow para crianças

O = OLHOS (0 a 4)	V = RESPOSTA VERBAL (0 a 5)	M = RESPOSTA MOTORA (0 a 6)
4 – Olhos abertos espontaneamente	5 – Discurso coerente e orientado	6 – Cumpre ordens
3 – Apenas abre os olhos quando ouve falar (ordem verbal)	4 – Discurso confuso	5 – Não cumpre ordens, mas localiza a dor
2 – Apenas abre os olhos quando sente dor (estímulo doloroso)	3 – Discurso inapropriado	4 – Flexão anormal do(s) membro(s) à dor (movimento de fuga)
1 – Não abre os olhos	2 – Discurso incompreensível/sons incompreensíveis	3 – Flexão do(s) membro(s) em resposta à dor (descorticação)
	1 – Não fala	2 – Extensão do(s) membro(s) em resposta à dor (descerebração)
		1 – Não mexe o(s) membro(s)

Fonte: Adaptado de MELO, MCB; NUNES, TA; ALMEIDA, TC. Urgência e emergência pré-hospitalar. Belo Horizonte: Folium, 2009.¹⁹

9.3 Escala de coma de Glasgow para lactentes

O = OLHOS (0 a 4)	V = RESPOSTA VERBAL (0 a 5)	M = RESPOSTA MOTORA (0 a 6)
4 – Olhos abertos espontaneamente	5 – Balbucia e sussurra	6 – Move-se espontânea e intencionalmente
3 – Apenas abre os olhos quando ouve falar (ordem verbal)	4 – Sorriso social; fixa e segue	5 – Movimento de retirada em resposta ao toque
2 – Apenas abre os olhos quando sente dor (estímulo doloroso)	3 – Irritável, choro consolável	4 – Movimento de retirada em resposta à dor
1 – Não abre os olhos	2 – Choro ou gemido em resposta à dor	3 – Flexão do(s) membro(s) em resposta à dor (descorticação)
	1 – Nenhuma resposta	2 – Extensão do(s) membro(s) em resposta à dor (descerebração)
		1 – Nenhuma resposta

Fonte: Adaptado de MELO, MCB; NUNES, TA; ALMEIDA, TC. Urgência e emergência pré-hospitalar. Belo Horizonte: Folium, 2009.¹⁹

Referências bibliográficas

1. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: caderno nº 1: análise da atenção primária à saúde.
2. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina IV - A Organização da Demanda Espontânea. Belo Horizonte: ESPMG, 2010.
3. MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488. **Política Nacional de Atenção Básica**, 21 de outubro de 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 1600. **Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS**. 07 de julho de 2011.
6. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
7. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Portaria nº 0013**: regulariza o fluxo de atendimento ao público prioritário em Unidades e Serviços de Saúde. 06 de setembro de 2011.
8. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10**, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte, MG, 22 fev.2007. Disponível em: < <http://www.coren-mg.org.br/gerencial1007>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2012.
9. GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I)
11. PROTOCOLO para Atenção Básica em Saúde Bucal.
12. MACKWEY-JONES, K; MARDSEN J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.
13. FLUXO de atendimento do acidente por exposição a material biológico de risco. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&tax=12765&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>.

14. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientação para atendimento à exposição a material biológico de risco na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2013.
15. GUIA de Atendimento: criança e adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências na atenção primária à saúde.
16. PREVENÇÃO e abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.
17. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **BH Viva Criança: Compromisso com a Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente – Capítulo Atenção às doenças prevalentes: doença diarreica aguda**. Belo Horizonte, 2008.
18. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas**. Belo Horizonte, 2011.
19. MELO, MCB; NUNES, TA; ALMEIDA, TC. **Urgência e emergência pré-hospitalar**. Belo Horizonte: Folium, 2009.

Belo Horizonte, 12 de fevereiro de 2014

Assunto: Prescrição e administração de medidas de conforto pelo enfermeiro nos Centros de Saúde.

Esta nota técnica refere-se à prescrição e administração de medicamentos pelo enfermeiro no centro de saúde nos casos de usuários com queixas clínicas e que necessitam de medidas de conforto enquanto aguardam atendimento médico na unidade ou encaminhamento para outro ponto de atenção da rede de urgência.

Essa iniciativa visa respaldar o profissional enfermeiro na oferta de um cuidado humanizado ao usuário durante sua permanência no centro de saúde, reduzindo sofrimento e propiciando uma atenção oportuna enquanto o mesmo aguarda o atendimento do médico.

A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), é um procedimento que se insere em um modelo inovador e ao mesmo tempo antigo perante a lei de atenção à saúde. Tal procedimento encontra lastro na lei 7.498/86, Resolução COFEN nº 311/07, Portaria GM/MS nº 1.625 e Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. O enfermeiro está amparado por lei para realizar tal procedimento. Deve estar ciente de que sua atuação limita-se às medicações estabelecidas nos protocolos institucionais e que é sua responsabilidade atualizar-se frente a tal temática, para que sua atuação seja efetiva, legítima, legal e sem riscos para população, após avaliação do estado de saúde do cidadão.

Portanto, para medidas de conforto até que seja realizado atendimento médico, o enfermeiro da APS de Belo Horizonte poderá prescrever e administrar paracetamol, broncodilatador, prednisona e prednisolona, dipirona, oxigênio e sais de reidratação oral conforme descrito abaixo.

I Casos que necessitem de alívio da dor ou diminuição da febre.

Na impossibilidade de avaliação médica imediata, o alívio da dor deve ser oferecido ao usuário que estiver queixando do sintoma no momento em que está sendo atendido. A dor deve ser medicada principalmente nos casos em que está associada a sofrimento, desconforto, agitação ou até agressividade. O usuário espera ter a dor aliviada quando busca a unidade de saúde e essa oferta de cuidado para o controle da dor gera satisfação das pessoas com o atendimento prestado.

Já o tratamento sintomático da febre pode estar indicado quando além da temperatura alta (especialmente acima de 38 graus), o usuário também apresentar mal-estar, prostração, dor muscular, cefaléia, irritabilidade e/ou náusea. A pessoa com febre pode estar taquicárdica e/ou taquipnéica. Nesses casos, o alívio desses sintomas e a normalização dos sinais vitais têm o objetivo de trazer conforto ao usuário e facilitar a interpretação dos achados clínicos.

Antes de medicar para alívio de dor ou febre pergunte ao usuário se ele tem história de alergia e se usou algum medicamento antes de buscar atendimento. Considere essas informações para a escolha da medicação conforme. Para esse tratamento, propõem-se os medicamentos abaixo:

¹ Elaboração: Referências Técnicas/Gerência de Assistência
Adriana Cristina Camargos de Rezende, Adriana Ferreira Pereira, Fernanda Matos Vieira, Juliana Dias Pereira dos Santos, Klébio Ribeiro Silva, Rafael Mantovani, Sidney Maciel dos Santos Rosa, Tatiane Felícia dos Santos Luciano.

	Primeira opção	Segunda opção
	Paracetamol Gotas (200 mg/ml)/ Comprimido (500mg ou 750mg)	Dipirona Gotas (500mg/ml)/ Comprimido (500mg)
	Via de administração: Oral	Via de administração: Oral
Posologia	Adultos: 40-55 gotas ou 1 comprimido (500mg ou de 750mg) por dose. Bebês e Crianças: 1 gota (10mg)/kg/dose	Adultos: 20 a 30 gotas ou 1 comprimido/dose Crianças: 0,5 gota (12,5mg)/kg/dose.
Indicação	Analgesia e Antipirexia	
Contra indicações	- Não deve ser administrado a usuário com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula; - Não deve ser administrado a usuários com doenças hepáticas ou alcoolismo; - Ponderar o uso de paracetamol em usuários alérgicos a ácido acetilsalicílico (aspirina) devido ao risco de broncoespasmo.	- Menores de 3 meses de idade; - Neutropenia; - Reação prévia de hipersensibilidade; - Não deve ser administrada a usuários com intolerância conhecida aos derivados de pirazolônicos ou com determinadas doenças metabólicas, tais como porfiria hepática e deficiência congênita de glicose-6 fosfato desidrogenase.
Casos especiais	Gravidez e amamentação. Observação: A administração deve ser feita por períodos curtos.	- Gravidez: não deve ser usada durante a gravidez; - Lactação: é excretada no leite materno. A lactação deve ser evitada durante e até 48 horas após o uso de Dipirona.
Efeitos Colaterais	- Sintomas gástricos; - Sintomas cutâneos; - Toxicidade hepática (grave, associada a doses excessivas).	- Sintomas gástricos - Agranulocitose/aplasia (grave, ocasional) - Hipersensibilidade renal - Erupção cutânea fixa

2 Casos de crise asmática

Na impossibilidade de avaliação médica imediata, o usuário que chegar ao centro de saúde com quadro de crise grave deverá receber primeiro atendimento do enfermeiro e, se for necessário, deverá entrar em contato com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para receber demais orientações e definição do tipo de transporte para o caso.

Os **casos graves de asma** podem apresentar fácies de sofrimento, esforço inspiratório, sibilância à distância, tempo expiratório prolongado e tiragem. Nesse primeiro atendimento, o usuário deve ser mantido em oxigenoterapia por cânula nasal, ver item 3 deste documento. No caso de crianças e adolescentes esse atendimento poderá ser acrescido de administração de broncodilatador (beta2-agonista de curta duração) por via inalatória através de uma das seguintes formas:

- Spray de salbutamol (100mcg/jato) com espaçador: 4 jatos a cada 20 ou 30 minutos, por no máximo 4 vezes; OU
- Nebulização: Salbutamol 1 gota/2Kg /dose (máximo de 10 gotas/dose) em 3ml de soro fisiológico² (NaCl 0,9%) com oxigênio a 6 litros/min a cada 20 ou 30 minutos, por no máximo 4 vezes. A nebulização é mais indicada em casos de taquipnéia importante ou esforço muito intenso.

Essa medida deverá ser realizada até a avaliação médica ou transferência à unidade de urgência. A reavaliação deve ser contínua e o broncodilatador deve ser administrado em intervalos de

² Água bidestilada NUNCA deve ser usada como veículo, devido ao risco de exacerbação dos sinais/sintomas e até levar a óbito.

20/20 minutos até 2/2 horas, tentando espaçar a medicação de acordo com a melhora clínica ou na presença de efeitos colaterais como pulso maior que 180 bpm em crianças. Observando resposta parcial ao uso do broncodilatador, deverá administrar corticóide oral (Prednisona ou Prednisolona na dose de 1 a 2 mg/Kg/dose única – dose máxima de 40mg/dia), exceto para aqueles que apresentarem algum impedimento à via oral como vômitos, taquipnéia acentuada ou alteração da consciência devido ao risco de aspiração.

Crise de asma leve ou moderada com previsão de atendimento médico que ultrapassa duas horas, o enfermeiro pode realizar a administração de broncodilatador por via inalatória, conforme prescrição médica no prontuário ou em receita³. Quando não há médico na unidade, após o primeiro atendimento, esse usuário deverá ser encaminhado para consulta médica no mesmo dia em outro ponto de atenção.

3 Casos que necessitam de oxigenioterapia.

As indicações básicas para esse procedimento são:

- Dificuldade respiratória ou tosse associadas a: falta de ar em repouso ou durante a fala, esforço respiratório, taquipnéia e/ou estado mental agitado ou confuso;
- Saturação de oxigênio < 90 % (em ar ambiente);
- Dor torácica precordial;
- Intoxicação por gases (ex: incêndios, gás tóxico como monóxido de carbono);
- Envenenamento por cianeto.

Para avaliar a eficácia da respiração e os sinais de insuficiência respiratória devem ser observadas a oxigenação, ventilação e mecânica respiratória.

- Oxigenação: é avaliada pela saturação de oxigênio no sangue através do oxímetro, cor e nível de consciência da pessoa. A saturação de oxigênio da hemoglobina (SaO_2) é uma porcentagem que exprime a quantidade de oxigênio transportada pela hemoglobina em relação à quantidade que ela poderia carregar. O valor considerado mínimo para a SaO_2 é de 90% a 92%. O oxímetro de pulso mede indiretamente a quantidade de oxigênio no sangue através da ponta dos dedos. O sinal monitorado varia de acordo com o ritmo na frequência cardíaca e pode não ser detectado em estados de má perfusão, pacientes anêmicos e unhas com esmalte. O sinal clínico mais frequente e precoce para observar hipoxemia é a palidez cutânea (pois a cianose apresenta-se tardiamente), agitação, confusão mental ou prostração também podem estar presentes;
- Ventilação e mecânica respiratória: verificadas através da frequência respiratória, expansibilidade da caixa torácica e regularidade dos movimentos respiratórios. O primeiro sinal de disfunção respiratória é, em geral, a taquipnéia. Respiração irregular ou bradipnéia são sinais de mau prognóstico. Alterações da mecânica respiratória: retrações inspiratórias intercostais, subcostais, supraesternal, subesternal e esternais; uso de musculatura acessória com batimento de asa de nariz; balanço toracoabdominal; gemência; estridor expiratório prolongado.

Na impossibilidade de avaliação médica imediata, o usuário que chegar ao centro de saúde com o quadro descrito acima deverá receber primeiro atendimento do enfermeiro e, se for necessário, deverá entrar em contato com SAMU para receber demais orientações e definição do tipo de transporte para o caso.

³ PROTOCOLO PROGRAMA CRIANÇA QUE CHIA. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2012.

Nesse primeiro atendimento, o usuário deve ser mantido com a cabeceira elevada a 30° e ser ofertado oxigênio umidificado em baixo fluxo utilizando-se cateter nasal com 1 a 2L/min, observando a resposta do usuário e avaliando a necessidade de aumentar o fluxo. Se necessário, aumentar gradativamente, chegando ao máximo de 5L/min. A resposta deve ser avaliada clinicamente, objetivando chegar a uma saturação mínima de 90%. Atenção especial deve ser dada a idosos, pacientes com DPOC e recém-nascidos para não ofertar oxigênio em excesso.

4 Casos que necessitam de hidratação

Será realizada com soro de reidratação oral (SRO) conforme protocolos existentes na Secretaria de Saúde de Belo Horizonte.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: manual de enfermagem/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília, 2013.
2. FONSECA AL. Guia de Medicamentos. 1. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias - Secretaria de Saúde de Minas Gerais. 2009. Leão E, Correa EJ, Viana MB, Mota JAC, editores. Pediatria Ambulatorial. 3. ed. Belo Horizonte: Coopmed. 1998.
3. Medeiros EK, Souza GF. Saturação em Hemoglobina pelo oxigênio através da oximetria de pulso: comparação entre prong nasal e cânula nasal locada em nasofaringe e fossa nasal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, São Paulo vol. 1, nº 1, jan./jun. 2003.
4. Melo MCB, Nunes TA, Almeida CT, editores. Urgência e Emergência Pré-Hospitalar. Belo Horizonte: Folium. 2009.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. PAL GARD. Manual Prático – Practical Approach to Lung Health-global Alliance Against Chronic Respiratory Disease. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
6. Piovesan, DM et al. Avaliação prognóstica precoce da asma aguda na sala de emergência. Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo vol. 32, nº 1, jan./fev. 2006. [acesso em 2014 Fev. 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000100003
7. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo Programa Criança que Chia. Belo Horizonte, 2012. [acesso em 2014 Fev. 10]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_criancachia.pdf
8. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Volume 38, suplemento 1, p. s1-s46. Abril 2012. [acesso em 2014 Fev. 07] Disponível em: http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/COM_ASMA/SBPT_DIRETRIZES_MANEJO_ASMA_SBPT_2012.pdf
9. Varalda DB, Motta AA. Reações adversas aos antiinflamatórios não esteroidais. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia, São Paulo vol. 32, nº 1, jan./fev. 2009. [acesso em 2014 Fev. 12]. Disponível em: <http://www.asbai.org.br/revistas/Vol321/Ind-inter-1-09.pdf>

Anexo 2 Procedimento operacional padrão 01/11

Nº: 01/11	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Revisão: 01 - 03/06/2011 Revisão: 02 - 11/07/2012
Setor	Sala observação	
Tipo	Urgências e emergências	
TAREFA	ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	
Executante	Médico, Enfermeira e Auxiliar/Técnico de enfermagem	
Resultados esperados	♦ Atendimento adequado e seguro aos usuários em situação de urgência e emergência	
Recursos necessários	♦ Formulários: Check List de Material e Medicamentos da Caixa de Urgência/Emergência e Sala de Observação. ♦ Materiais permanentes ^A : Maca, Cadeira de rodas, Suporte para soro, Aparelho para nebulização, Cilindro de oxigênio, 2 m de tubo, Laringoscópio com jogo lâminas, Esfigmomanômetro, Estetoscópio. ♦ Materiais permanentes ^E : Oxímetro. ♦ Materiais de consumo ^B : Tubo endotraqueal, Guia de tubo, Cânula de Guedel, Cânula de traqueostomia, Cateteres para oxigênio tipo óculos, Máscaras de nebulização, Máscara cirúrgica (EPI), Óculos de proteção, Luvas de procedimento, Luva estéril, Kit parto, Ambu, Pilhas, Jelco, Scalp, Seringas, Agulhas, Equipo para soro simples com injetor lateral, Equipo para soro microgotas, Pêra para aspiração, Sonda de aspiração, Sonda uretral, Sonda nasogástrica, Torneira descartável de três vias (three way), Garrote, Pacote de gazes estéreis, Atadura de crepon, Rolo de micropore pequeno, Rolo de esparadrapo comum, ♦ Materiais de consumo ^D : Câmara inalatória (espaçador)	

Observação:

¹ Controle e substituição de materiais e medicamentos estão detalhados no Check List em anexo.

² O enfermeiro responsável deverá comunicar via email ao farmacêutico do NASF de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, validade e quantidades a vencer nos próximos **3 meses**. Aguardar avaliação para efetuar a reposição.

^A **Materiais Permanentes:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde ao Distrito Sanitário, que consolidará os pedidos dos Centros de Saúde e enviará à GEAS.

^B **Materiais de Consumo:** solicitação diretamente ao Almoxarifado Central, de acordo com os fluxos já estabelecidos.

^C **Medicamento com Receita Médica:** reposição só poderá ser realizada na farmácia local, mediante receita médica, sendo providenciada a baixa no SISREDE pelo funcionário da Farmácia.

^D **Medicamento de Uso Coletivo:** nas Unidades de Saúde informatizadas, o enfermeiro deverá solicitar à farmácia local, por meio de requisição no SISREDE pelo "Centro de Custo da Enfermagem". O funcionário da farmácia fará o atendimento dos itens e entregará os medicamentos para o responsável.

^E **Material Permanente:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde diretamente na Engenharia Clínica.

Elaboração:

Adriana Ferreira Pereira – Referência Técnica da GEAS.
Marcela Guimarães Takahashi de Lazari – Referência Técnica da GEAS.

Revisão:

Sidney Maciel dos Santos Rosa – Referência Técnica da Coordenação de Atenção ao Adulto e Idoso (GEAS)

Aprovação:

Maria Luisa Fernandes Tostes – Gerente de Assistência à Saúde (GEAS)

Colaboração:

Gisele Cláudia Duarte – Referência Técnica da GEAS
Juliana Dias Pereira dos Santos – Referência Técnica da GEAS
Rodrigo Dias Cambráia – Referência Técnica da GEUG

	♦ Medicamentos^C: Ácido Acetil Salicílico 100mg, Água bi-destilada, Aminofilina 24mg/ml, Atropina 0,25mg/ml, Bicarbonato de sódio 8,4%, Biperideno 5mg, Brometo de ipratrópio 0,025%, Captropil 25mg, Citrato de Fentanila, 78,5 mcg (50mg Fentanila)/ml, Cloreto de sódio 0,9% ampola, Cloreto de sódio 0,9% frasco, Cloreto de Succinilcolina 100mg, Dexametasona 4mg, Diazepam 5mg, Dipirona sódica 500mg, Epinefrina 1mg/ml, Escopolamina (hioscina) + dipirona 20mg + 2500mg, Fenitoína 50mg, Fenobarbital 100mg, Fenoterol 5mg/ml, Furosemida 10mg, Glicose hipertônica 50%, Glicose isotônica 5%, Gluconato de cálcio 10%, Haloperidol 5mg, Hidrocortisona de 100 mg, Hidrocortisona de 500 mg, Isossorbida 5mg, Metroclopramida 5mg, Midazolam 15mg, Prednisolona líquida 3mg/ml, Prometazina 25mg, Ranitidina 25mg, Ringer lactato, Sulfato de Morfina 10mg/ml, Tenoxicam 20mg, Tiamina (vitamina B1) ♦ Medicamentos^D: Dipirona sódica 500mg/ml, Fenoterol 5mg/ml, Insulina Humana NPH 100 UI/ml, Insulina Humana Regular 100 UI/ml, Paracetamol 200mg /ml, Salbutamol spray, Salbutamol solução.
Periodicidade	♦ Sala de Observação diariamente. (Ver Check List) ♦ Materiais e medicamentos de urgência ou emergência após utilização ou mensalmente. (Ver Check List)
Monitoramento	Enfermeiro e Gerente
Descrição da Ação	Avaliar diariamente 1. Organizar a sala de atendimento. 2. Fazer a desinfecção de superfície. 3. Conferir e repor os materiais, observar data de validade da esterilização. (Utilizar formulário de Check List) 4. Checar o funcionamento da rede elétrica. 5. Testar funcionamento do aspirador. 6. Manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos.

Observação:

¹ Controle e substituição de materiais e medicamentos estão detalhados no Check List em anexo.

² O enfermeiro responsável deverá comunicar via email ao farmacêutico do NASF de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, validade e quantidades a vencer nos próximos **3 meses**. Aguardar avaliação para efetuar a reposição.

^A **Materiais Permanentes**: solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde ao Distrito Sanitário, que consolidará os pedidos dos Centros de Saúde e enviará à GEAS.

^B **Materiais de Consumo**: solicitação diretamente ao Almoxarifado Central, de acordo com os fluxos já estabelecidos.

^C **Medicamento com Receita Médica**: reposição só poderá ser realizada na farmácia local, mediante receita médica, sendo providenciada a baixa no SISREDE pelo funcionário da Farmácia.

^D **Medicamento de Uso Coletivo**: nas Unidades de Saúde informatizadas, o enfermeiro deverá solicitar à farmácia local, por meio de requisição no SISREDE pelo "Centro de Custo da Enfermagem". O funcionário da farmácia fará o atendimento dos itens e entregará os medicamentos para o responsável.

^E **Material Permanente**: solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde diretamente na Engenharia Clínica.

Elaboração:

Adriana Ferreira Pereira – Referência Técnica da GEAS.
Marcela Guimarães Takahashi de Lazari – Referência Técnica da GEAS.

Revisão:

Sidney Maciel dos Santos Rosa – Referência Técnica da Coordenação de Atenção ao Adulto e Idoso (GEAS)

Aprovação:

Maria Luisa Fernandes Tostes – Gerente de Assistência à Saúde (GEAS)

Colaboração:

Gisele Cláudia Duarte – Referência Técnica da GEAS
Juliana Dias Pereira dos Santos – Referência Técnica da GEAS
Rodrigo Dias Cambráia – Referência Técnica da GEUG

	7. Deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem e desinfecção (Manual Normas e Rotinas Técnicas de Material Esterilizado). 8. Receber e acomodar o paciente em posição confortável e explicar o procedimento. 9. O atendimento deve ser acolhedor, mostrando ao paciente que a equipe entende o seu sofrimento e que fará o possível para recuperá-lo. 10. Realizar o atendimento conforme prescrição médica. 11. Em caso de dúvidas, procurar orientações com o profissional competente. 12. Registrar os procedimentos realizados. 13. Realizar limpeza e desinfecção dos materiais utilizados. 14. Limpar e organizar a sala. 15. Verificar quantidades, lote e prazo de validade dos medicamentos e solicitar a troca ou reposição conforme procedimento descrito no campo observação. (Utilizar formulário de Check List) 16. Repor medicamentos utilizados seguindo e registrando no Check List dos Materiais e Medicamentos da Sala de Observação. Avaliar mensalmente: 1. Testar laringoscópios e a luminosidade das lâminas. 2. Testar pilhas. 3. Verificar data de validade dos materiais esterilizados, conforme Check List. 17. Verificar lote e prazo de validade dos medicamentos e solicitar a troca ou reposição, conforme Check List. Supervisões:
--	---

Observação:

¹ Controle e substituição de materiais e medicamentos estão detalhados no Check List em anexo.

² O enfermeiro responsável deverá comunicar via email ao farmacêutico do NASF de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, validade e quantidades a vencer nos próximos **3 meses**. Aguardar avaliação para efetuar a reposição.

^A **Materiais Permanentes:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde ao Distrito Sanitário, que consolidará os pedidos dos Centros de Saúde e enviará à GEAS.

^B **Materiais de Consumo:** solicitação diretamente ao Almoxarifado Central, de acordo com os fluxos já estabelecidos.

^C **Medicamento com Receita Médica:** reposição só poderá ser realizada na farmácia local, mediante receita médica, sendo providenciada a baixa no SISREDE pelo funcionário da Farmácia.

^D **Medicamento de Uso Coletivo:** nas Unidades de Saúde informatizadas, o enfermeiro deverá solicitar à farmácia local, por meio de requisição no SISREDE pelo "Centro de Custo da Enfermagem". O funcionário da farmácia fará o atendimento dos itens e entregará os medicamentos para o responsável.

^E **Material Permanente:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde diretamente na Engenharia Clínica.

Elaboração:

Adriana Ferreira Pereira – Referência Técnica da GEAS.
Marcela Guimarães Takahashi de Lazari – Referência Técnica da GEAS.

Revisão:

Sidney Maciel dos Santos Rosa – Referência Técnica da Coordenação de Atenção ao Adulto e Idoso (GEAS)

Aprovação:

Maria Luisa Fernandes Tostes – Gerente de Assistência à Saúde (GEAS)

Colaboração:

Gisele Cláudia Duarte – Referência Técnica da GEAS
Juliana Dias Pereira dos Santos – Referência Técnica da GEAS
Rodrigo Dias Cambraia – Referência Técnica da GEUG

	O Gerente da unidade ficará responsável por verificar a escala dos profissionais e conferir se a checagem dos materiais e medicamentos está acontecendo corretamente conforme a padronização. O enfermeiro é responsável pela supervisão dos procedimentos de enfermagem realizados na sala de observação. ATENÇÃO! A Farmácia Distrital não se responsabilizará pelo não ressuprimento de injetáveis que apresentarem divergência entre o estoque físico com o virtual.
--	--

Observação:

- ¹ Controle e substituição de materiais e medicamentos estão detalhados no Check List em anexo.
- ² O enfermeiro responsável deverá comunicar via email ao farmacêutico do NASF de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, validade e quantidades a vencer nos próximos **3 meses**. Aguardar avaliação para efetuar a reposição.

^A **Materiais Permanentes:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde ao Distrito Sanitário, que consolidará os pedidos dos Centros de Saúde e enviará à GEAS.

^B **Materiais de Consumo:** solicitação diretamente ao Almoxarifado Central, de acordo com os fluxos já estabelecidos.

^C **Medicamento com Receita Médica:** reposição só poderá ser realizada na farmácia local, mediante receita médica, sendo providenciada a baixa no SISREDE pelo funcionário da Farmácia.

^D **Medicamento de Uso Coletivo:** nas Unidades de Saúde informatizadas, o enfermeiro deverá solicitar à farmácia local, por meio de requisição no SISREDE pelo "Centro de Custo da Enfermagem". O funcionário da farmácia fará o atendimento dos itens e entregará os medicamentos para o responsável.

^E **Material Permanente:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde diretamente na Engenharia Clínica.

Elaboração:

Adriana Ferreira Pereira – Referência Técnica da GEAS.
Marcela Guimarães Takahashi de Lazari – Referência Técnica da GEAS.

Revisão:

Sidney Maciel dos Santos Rosa – Referência Técnica da Coordenação de Atenção ao Adulto e Idoso (GEAS)

Aprovação:

Maria Luisa Fernandes Tostes – Gerente de Assistência à Saúde (GEAS)

Colaboração:

Gisele Cláudia Duarte – Referência Técnica da GEAS
Juliana Dias Pereira dos Santos – Referência Técnica da GEAS
Rodrigo Dias Cambraia – Referência Técnica da GEUG

CHECK LIST DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DA SALA DE OBSERVAÇÃO

Todos os materiais e medicamentos deverão ser conferidos no início do dia de trabalho ver POP nº 01/11.
Q.E. = quantidade existente do material/medicamento.

Q.R. = quantidade do material/medicamento que foi reposto.

[illegible]

[illegible]

CHECK LIST DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS DA SALA DE OBSERVAÇÃO

[illegible]

¹¹ **Materiais Permanentes:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde ao Distrito Sanitário, que consolidará os pedidos dos Centros de Saúde e enviará à GEAS.

Materiais de Consumo: solicitação diretamente Almoarifado Central, de acordo com os fluxos já estabelecidos.

Medicamento com Receita Médica: reposição só poderá ser realizada na farmácia local, mediante receita médica, sendo providenciada a baixa no SISREDE pelo funcionário da Farmácia.

Medicamento de Uso Coletivo: nas Unidades de Saúde informatizadas, o enfermeiro deverá solicitar à farmácia local, por meio de requisição no SISREDE pelo “Centro de Custo da Enfermagem”. O funcionário da farmácia fará o atendimento dos itens e entregará os medicamentos para o responsável.

⁵ **Material Permanente:** solicitação diretamente à Engenharia Clínica.

CHECK LIST DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS CAIXA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Todos os materiais e medicamentos deverão ser conferidos e repostos logo após a utilização. Caso não sejam utilizados, deverão ser conferidos mensalmente. Medicamentos: observar validade, lote e quantidade. O enfermeiro responsável deverá comunicar via email ao farmacêutico do NASF de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, validade e quantidades a vencer nos próximos 3 meses. Aguardar avaliação para efetuar a reposição. Q.E. = quantidade existente do material/medicamento. Q.R. = quantidade do material/medicamento que foi repostos.

Material/ Medicamento	Quant ideal	CONFERÊNCIA DE ROTINA (mensal)												CONFERÊNCIA APÓS UTILIZAÇÃO											
		Data:			Data:			Data:			Data:			Data:			Data:			Data:			Data:		
		Q. E.	Q. R.	Ass.	Q. E.	Q. R.	Ass.	Q. E.	Q. R.	Ass.	Q. E.	Q. R.	Ass.	Q. E.	Q. R.	Ass.	Q. E.	Q. R.	Ass.	Q. E.	Q. R.	Ass.	Q. E.	Q. R.	Ass.
Tubo de látex de 2m ²	1																								
Laringoscópio ¹	1																								
Jogo de lâminas para laringoscópio adulto ¹	1																								
Lâminas para laringoscópio infantil ¹	1																								
Lâmina laringoscópio reta nº 1 ¹	1																								
Tubo endotraqueal com balonete 9 ²	1																								
Tubo endotraqueal com balonete 8 ²	1																								
Tubo endotraqueal com balonete 7 ²	1																								
Tubo endotraqueal com balonete 5 ²	1																								
Tubo endotraqueal sem balonete 4,5 ²	1																								
Tubo endotraqueal sem balonete 4 ²	1																								
Tubo endotraqueal sem balonete 3,5 ²	1																								
Tubo endotraqueal sem balonete 3 ²	1																								
Guia de tubo ²	1																								
Cânula de Guedel 4 ²	1																								
Cânula de Guedel 3 ²	1																								
Cânula de traqueostomia 3 ²	1																								
Cânula de traqueostomia 7 ²	1																								
Cânula de traqueostomia 9 ²	1																								
Máscara cirúrgica (EP) ²	3																								
Ocúlos de proteção ²	1																								
Luvas procedimento ²	10																								
Luva estéril 7 ²	1 par																								
Luva estéril 7,5 ²	1 par																								
Luva estéril 8 ²	1 par																								
Kit parto ²	1																								
Cateteres para oxigênio tipo óculos ²	2																								
Ambu adulto ²	1																								
Ambu pediátrico ²	1																								
Pilhas pequenas ²	2																								

CHECK LIST DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS CAIXA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

[illegible]

CHECK LIST DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS CAIXA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

[illegible]

¹**Materiais Permanentes:** solicitação deverá ser realizada pelo Centro de Saúde ao Distrito Sanitário, que consolidará os pedidos dos Centros de Saúde e enviará à GEAS.

² **Materiais de Consumo:** solicitação diretamente Almoarifado Central, de acordo com os fluxos já estabelecidos.

³ **Medicamento com Receita Médica:** reposição só poderá ser realizada na farmácia local, mediante receita médica, sendo providenciada a baixa no SISREDE pelo funcionário da Farmácia.

⁴ **Medicamento de Uso Coletivo:** nas Unidades de Saúde informatizadas, o enfermeiro deverá solicitar à farmácia local, por meio de requisição no SISREDE, o medicamento para o responsável.

Anexo 3 Guia módulo Classificação de Risco no SISREDE

I Módulo de Classificação de Risco

A tela para realizar CLASSIFICAÇÃO DE RISCO está disponível para unidades e profissionais capacitados e autorizados pela SMSA/PBH. Essa tela será utilizada para classificar o risco clínico de usuários que procuram a unidade de saúde com alguma queixa clínica.

Entrar no SISREDE e clicar no botão “Atendimento Ambulatorial”, selecione a unidade desejada (se necessário), e recepcione usuário na tela “Atendimento”

1. Selecionar o paciente por tipo de busca - pesquisa

Tela - 1

Localizar Paciente - Atendimento - Cabana

Tipo de Busca

- ☒ Nome
- ☐ CNS
- ☐ CPF
- ☐ Prontuário Eletrônico
- ☐ Prontuário Local
- ☐ Nome, data de nascimento ou nome da mãe

Argumento de pesquisa

Nome do paciente

Pesquisar

2. Atribuir o protocolo “Demanda Espontânea”.

Tela - 2

Bruna AAE

CODIGO	DESCRIÇÃO	D.PROTOCOLO
15	Demanda Espontânea	28/09/2009 08:43:00
10	Adulto	28/09/2009 16:18:00
4	Asma	N/Atribuido
5	Crianca	24/08/2012 10:58:00
43	Dengue	N/Atribuido
9	Diabetes	N/Atribuido
8	HAS/Risco Cardiovascular	N/Atribuido
55	Imunização	N/Atribuido
3	Mulher	N/Atribuido
51	Novo	N/Atribuido
1	Prenatal	N/Atribuido

APLICA

3. Selecionar a aba “Class. Risco”.

Tela - 3

Atendimento - Cabana

Arquivo Relatorios Historico Prescricao Padrao Ajuda

NOME: Bruna AAE, 21 anos D.NASC: 15/06/1992 DATA HORA ATEND.: 25/02/2014 14:44

PROFISSIONAL: NERCY XVG ESPECIALIDADE: Enfermeiro PSF PROTOCOLO: Demanda Espontânea

CLASS. RISCO * ATENDIMENTO PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CONDUTA

DATA: 25/02/2014 14:44:00 COREN COREN-MG: 036234 - NERCY XVG

ACOMPANHANTE: Bruna AAE

PAS PAD TEMP GLICEMIA CAPILAR BUSCA ATIVA

SITUAÇÃO REFERIDA: ☐ Nenhuma ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Tuberculose ☐ Hanseníase ☐ AIDS

MOTIVO DA PROCURA: ☐ Procura de 1ª Consulta Médica ☐ Retorno de consulta médica COM resultado de exam ☐ Retorno de consulta médica SEM resultado de exam ☐ Solicitação de Exames ☐ Verificação de Glicemia Capilar ☐ Verificação de PA

DESCRIPTIVO DO ATENDIMENTO

NERCY XVG 25 FEV 2014 14:59

Aparece a tela para preenchimento.

4. Clique no CheckBox “CLASSIFICAÇÃO” ou “RECLASSIFICAÇÃO” e a tela ficará disponível para preenchimento.

Tela - 4

Atendimento - Cabana

Arquivo Relatorios Historico Prescricao Padrao Ajuda

NOME: Bruna AAE, 21 anos D.NASC: 15/06/1992 DATA HORA ATEND.: 25/02/2014 14:44

PROFISSIONAL: NERCY XVG ESPECIALIDADE: Enfermeiro PSF PROTOCOLO: Demanda Espontânea

* CLASS. RISCO ATENDIMENTO PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CONDUTA

☐ CLASSIFICAÇÃO ☐ RECLASSIFICAÇÃO Soment e estão autorizados a usar esta aba os profissionais liberados pela GEAS

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA + DISCRIMINADOR + Não

PARÂMETROS (Campos rosas são obrigatórios)

GLICEMIA GLASGOW PULSO (bpm) SaO2 TEMP RÉGUA DOR PAS(mmHg) PAD(mmHg)

PREFERÊNCIA

☐ GESTANTE ☐ LACTANTE ☐ CRIANÇA DE COLO ☐ >= 60 ANOS ☐ DEF. MOBILIDADE REDUZIDA ☐ DENGUE

OBSERVAÇÕES

HORA CHEG. HORA INÍCIO HORA TERM.

V. 1.0.4 ENCERRAR CLASSIFICAÇÃO

NERCY XVG 25 FEV 2014 15:06

A opção de reclassificação só estará disponível caso exista alguma classificação prévia do usuário realizada nas últimas 24 horas. Neste caso será mostrada automaticamente as informações da última classificação de risco.

Para cancelar o preenchimento do atendimento, o CheckBox “CLASSIFICAÇÃO” ou “RECLASSIFICAÇÃO” inicialmente selecionado deverá desmarcado.

Os campos: Queixa Principal, Fluxograma, Discriminador, Parâmetros (conforme definição do fluxograma selecionado) e Hora de Chegada são de preenchimento obrigatório.

- a. Para selecionar o FLUXOGRAMA clique na seta no combo abaixo da palavra fluxograma.

Tela - 5

Ao clicar no botão  ao lado da palavra “FLUXOGRAMA” aparece a descrição do fluxograma escolhido.

Tela - 6

- b. Após selecionar o fluxograma mais adequado, selecione o “DISCRIMINADOR” vincu

lado à queixa do usuário clicando no botão . Os discriminadores estão listados na ordem do mais grave para o mais leve. É necessário negar os discriminadores excluídos durante a avaliação para então chegar no discriminador que seja relacionado a queixa do usuário.

- c. Ao clicar no botão  ao lado da palavra “DISCRIMINADOR” aparece a descrição do discriminador escolhido.

- d. Alguns discriminadores exigem o preenchimento de parâmetros, como no exemplo acima: o discriminador é “ADULTO QUENTE” e exige o preenchimento da temperatura no campo “TEMP”, além dos outros discriminadores obrigatórios anteriores a esse. Nesta condição o parâmetro fica na cor rosa e trava a sequência da escolha do discriminador.

PULSO (bpm)	SaO2	TEMP	RÉGUA DOR

O preenchimento dos parâmetros deve levar em conta os valores válidos predefinidos pelo Protocolo de Manchester, isso ocorrendo o sistema libera para o próximo discriminador.

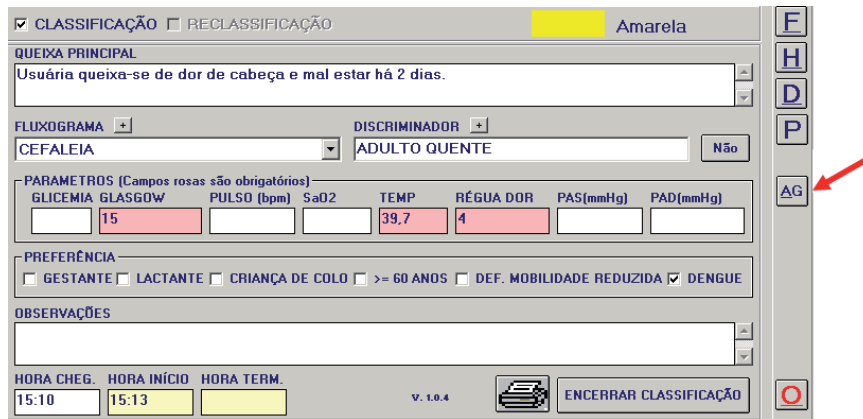
- e. Conforme o discriminador definido pelo classificador, o sistema mostra a cor da prioridade da classificação no espaço acima. Cor da prioridade na classificação acima é a amarela.

	Amarela
----------------------	---------

- f. Campo “PREFERÊNCIA”: clicar no CheckBox correspondente quando for necessário identificar e priorizar o atendimento de usuário que tenha alguma condição de vulnerabilidade que justifique o atendimento preferencial (gestante, lactante, criança de colo, > de 60 anos, def. mobilidade reduzida e dengue).
- g. Campo “OBSERVAÇÕES”: utilizado para algum dado completar a classificação de risco.
- h. Campo “HORA CHEG.”: campo obrigatório. Digitar o horário de chegada.
- i. Após o preenchimento dos campos, é necessário clicar em “ENCERRAR A CLASSIFICAÇÃO” antes de realizar o agendamento do usuário ou navegar nas demais guias do protocolo (ATENDIMENTO, PROCEDIMENTO, DIAGNÓSTICO E CONDUTA).
OBS.: caso pressione o botão “D” (Dispensa Médica) sem encerrar a classificação, automaticamente ela será encerrada. Mas isso impedirá que o agendamento ocorra conforme descrito abaixo.
- j. Depois de encerrada a classificação de risco não será mais possível fazer alteração na mesma e caso necessite realizar uma reclassificação, esta só poderá ser realizada após nova recepção.
- k. Todas as informações da classificação de risco ficarão disponível na opção “HISTÓRICO” aba “ANAMNESE – E. FÍSICO.
- l. Para imprimir o atendimento realizado durante a classificação de risco clique no ícone da impressora

5. Encerrada a classificação de risco, clicar em  e agendar a consulta com o profissional indicado.

Tela - 7



☒ CLASSIFICAÇÃO ☐ RECLASSIFICAÇÃO Amarela

QUEIXA PRINCIPAL
Usuária queixa-se de dor de cabeça e mal estar há 2 dias.

FLUXOGRAMA DISCRIMINADOR
CEFALEIA ADULTO QUENTE Não

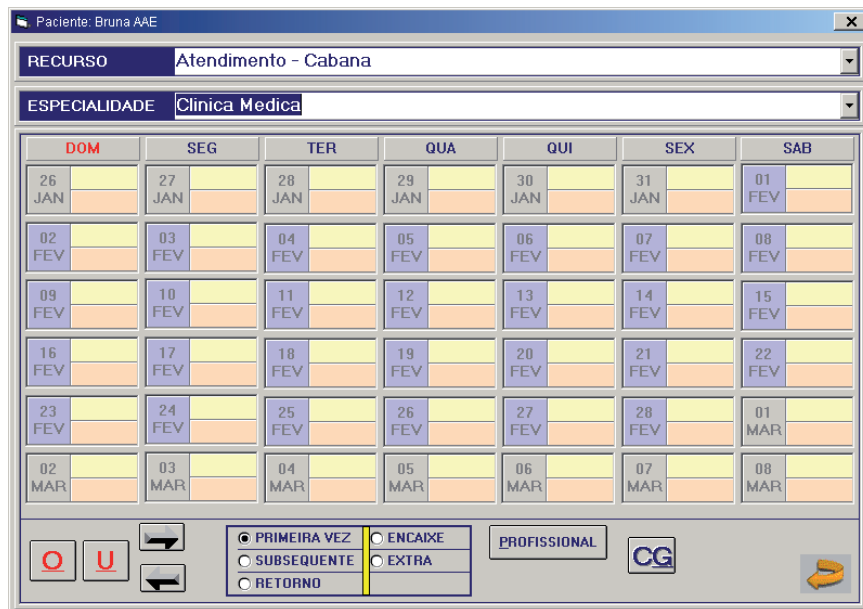
PARAMETROS (Campos rosas são obrigatórios)
GLICEMIA 15 GLASGOW PULSO bpm SaO2 TEMP 39,7 RÉGUA DOR 4 PAS(mmHg) PAD(mmHg)

PREFERÊNCIA
☐ GESTANTE ☐ LACTANTE ☐ CRIANÇA DE COLO ☐ >= 60 ANOS ☐ DEF. MOBILIDADE REDUZIDA ☒ DENGUE

OBSERVAÇÕES

HORA CHEG. 15:10 HORA INÍCIO 15:13 HORA TERM. V. 1.0.4  ENCERRAR CLASSIFICAÇÃO 

Tela - 8



Paciente: Bruna AAE

RECURSO Atendimento - Cabana

ESPECIALIDADE Clínica Médica

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
26 JAN	27 JAN	28 JAN	29 JAN	30 JAN	31 JAN	01 FEV
02 FEV	03 FEV	04 FEV	05 FEV	06 FEV	07 FEV	08 FEV
09 FEV	10 FEV	11 FEV	12 FEV	13 FEV	14 FEV	15 FEV
16 FEV	17 FEV	18 FEV	19 FEV	20 FEV	21 FEV	22 FEV
23 FEV	24 FEV	25 FEV	26 FEV	27 FEV	28 FEV	01 MAR
02 MAR	03 MAR	04 MAR	05 MAR	06 MAR	07 MAR	08 MAR

☒ PRIMEIRA VEZ ☐ ENCAIXE
☐ SUBSEQUENTE ☐ EXTRA
☐ RETORNO

PROFISSIONAL 

- b. Clicar no dia e horário disponível na agenda e clicar em “APLICA”.

Tela - 9

The screenshot shows a software interface for scheduling appointments. At the top, it says 'Paciente: Bruna AAE - PROFISSIONAL: HAROLDO HYP'. Below this, there are fields for 'RECURSO' (Atendimento - Caba) and 'ESPECIALIDADE' (Clinica Medica). A calendar grid shows dates from January 26 to March 08. A pop-up window titled '25 fev 2014' is open, showing a list of available times: 16:15, 16:30, and 16:45. At the bottom of the calendar, there are buttons for 'O', 'U', and 'Aplica'. There are also radio buttons for 'PRIMEIRA VEZ', 'SUBSEQUENTE', and 'RETORNO'.

6. Dispensar o paciente clicando no ícone de dispensa .

- a. Escolher uma “Conduta” e após o “Tipo de Atendimento” e para encerrar clicar em “Confirmar”.

Tela - 10

The screenshot shows a software interface for selecting a medical condition and type of service. At the top, it says 'Paciente: Bruna AAE, 21 anos'. Below this, there are two columns of checkboxes. The left column is titled 'Conduta:' and includes options like 'Alta', 'Curativo', 'Encaminhamento para atendimento odontológico', 'Encaminhamento para consulta de enfermagem', 'Encaminhamento para consulta médica na unidade', 'Encaminhamento para equipe de saúde mental', 'Encaminhamento para Especialidade', 'Encaminhamento para grupo operativo', 'Encaminhamento para outra unidade básica', 'Encaminhamento para serviço social', 'Encaminhamento para urgência odontológica', and 'Encaminhamento para zoonoses'. The right column is titled 'Tipo de Atendimento:' and includes options like 'Demanda espontanea', 'Classificação de Risco', and 'Atend. Espec. p/ Proced.'. The 'Classificação de Risco' option is checked. At the bottom, there are buttons for 'Encaminhamento', 'Atestados', and 'Confirmar'. There is also a printer icon and a yellow arrow icon.

7. Para reclassificação do usuário é necessário realizar nova recepção num período de 24 horas após a primeira classificação. Ao recepcionar o paciente aparece a tela abaixo com a classificação feita anteriormente, para realizar a reclassificação é necessário clicar no CheckBox “RE-CLASSIFICAÇÃO”.

Tela - 11

CLASSIFICAÇÃO ☐ RECLASSIFICAÇÃO ☐ Amarela

QUEIXA PRINCIPAL
Usuária queixa-se de dor de cabeça e mal estar há 2 dias.

FLUXOGRAMA DISCRIMINADOR
CEFALEIA ADULTO QUENTE Não

PARAMETROS (Campos rosas são obrigatórios)

GLICEMIA	GLASGOW	PULSO (bpm)	SaO2	TEMP	RÉGUA DOR	PAS(mmHg)	PAD(mmHg)
	15			39.7	4		

PREFERÊNCIA
☐ GESTANTE ☐ LACTANTE ☐ CRIANÇA DE COLO ☐ >= 60 ANOS ☐ DEF. MOBILIDADE REDUZIDA ☒ DENGUE

OBSERVAÇÕES

HORA CHEG. HORA INÍCIO HORA TERM.
 15:10 15:13 15:40

V. 1.0.4 ENCERRAR CLASSIFICAÇÃO

- a. Ao clicar no CheckBox “RECLASSIFICAÇÃO”, todos os campos ficarão em branco para permitir a reclassificação.

Tela - 12

CLASSIFICAÇÃO ☐ RECLASSIFICAÇÃO ☒

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA DISCRIMINADOR
 Não

PARAMETROS (Campos rosas são obrigatórios)

GLICEMIA	GLASGOW	PULSO (bpm)	SaO2	TEMP	RÉGUA DOR	PAS(mmHg)	PAD(mmHg)

PREFERÊNCIA
☐ GESTANTE ☐ LACTANTE ☐ CRIANÇA DE COLO ☐ >= 60 ANOS ☐ DEF. MOBILIDADE REDUZIDA ☐ DENGUE

OBSERVAÇÕES

HORA CHEG. HORA INÍCIO HORA TERM.
 16:10

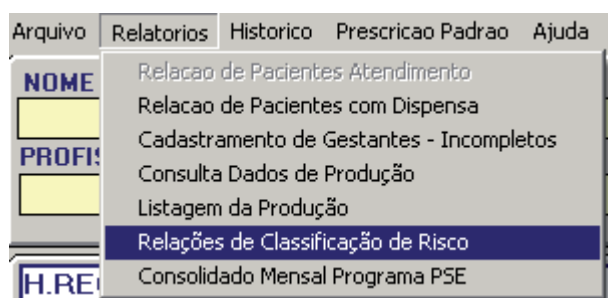
V. 1.0.4 ENCERRAR CLASSIFICAÇÃO

- b. Após a reclassificação dispensar o usuário e verifique a agenda se há necessidade de mudança do agendamento.

2 Relatórios

Para o acesso aos relatórios referentes à classificação de risco seguir os seguintes passos:

1. Na tela principal do “ATENDIMENTO”, clicar no menu “Relatórios” na parte superior da tela e após em “Relações de Classificação de Risco”.



2. Antes de escolher o tipo de relatório é necessário definir os filtros na “Listagem da Produção”:

- “Responsável pela Classificação”: nesse campo pode ser escolhido todos os profissionais da unidade ou apenas um.
- “Data Inicial”: define a data de início da coleta dos dados.
- “Data Final”: define a data final da coleta dos dados.



3. Após a definição dos 3 filtros descritos acima, os relatórios poderão ser escolhidos. Os tipos de relatórios disponíveis são:

- Relatório Simplificado: distribuição das classificações de risco conforme fluxogramas e prioridades clínicas.



Relação Simplificada da Classificação de Risco

Centro de Saúde: C.S. Cabana

Período: 19/02/2014 a 26/02/2014

Responsável pela Classificação: (Todos os Profissionais)

Fluxograma	Total	%	Vermelha	Laranja	Amarela	Verde	Azul
CEFALEIA	2	100	0	1	1	0	0
TOTAL GERAL	2	100	0	1	1	0	0

- b. Relatório Sintético: distribuição das classificações de risco conforme data, turno e prioridade.



Relação Sintética da Classificação de Risco

Centro de Saúde: C.S. Cabana

Período: 19/02/2014 a 26/02/2014

Responsável pela Classificação: (Todos os Profissionais)

Data	Turno	Quantidade Classificados /Turno	Quantidade Classificados /Dia	Classificação Por Prioridade						Quantidade Atendimento Médico
				Azul	Verde	Amarela	Laranja	Vermelha	Branca	
25/02/2014	M	0	2	0	0	0	0	0	0	3
	T	2		0	0	1	1	0	0	
Total		2	2	0	0	1	1	0	0	3
Porcentagem				0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	150,0 %

- c. Relatório Analítico: registros qualitativos das classificações realizadas.



Relação Analítica da Classificação de Risco

Centro de Saúde: C.S. Cabana

Período: 19/02/2014 a 26/02/2014

Responsável pela Classificação
NERCY XVG

Data: 25/02/2014
Hora Cheg.: 15:10
Hora Início: 15:13
Tempo: 00:27

Paciente
Bruna AAE

Idade: 21 Anos
Prontuário: 1672026

Fluxograma
CEFALEIA

Discriminador
ADULTO QUENTE

Prioridade: AMARELA
Reclassificação: Não

Queixa Principal
Usuária queixa-se de dor de cabeça e mal estar há 2 dias.

Parâmetros
GlasGow: 15 | Temperatura: 39,7 | Régua Dor: 4 |

Responsável pela Classificação
NERCY XVG

Data: 25/02/2014
Hora Cheg.: 15:10
Hora Início: 16:10
Tempo: 00:07

Paciente
Bruna AAE

Idade: 21 Anos
Prontuário: 1672026

Fluxograma
CEFALEIA

Discriminador
DOR INTENSA

Prioridade: LARANJA
Reclassificação: Sim

Queixa Principal
Há poucos minutos foi classificada, porém relata que o mal estar piorou e a dor de cabeça está insuportável agora acompanhada de náuseas

Parâmetros
GlasGow: 15 | Temperatura: 39,7 | Régua Dor: 8 |

4. Após a escolha do relatório, clicar no ícone



, uma nova tela será aberta com os dados do relatório e este poderá:

a. ser impresso clicando no ícone

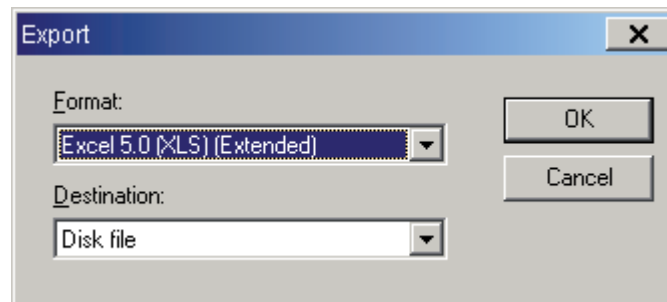


; ou

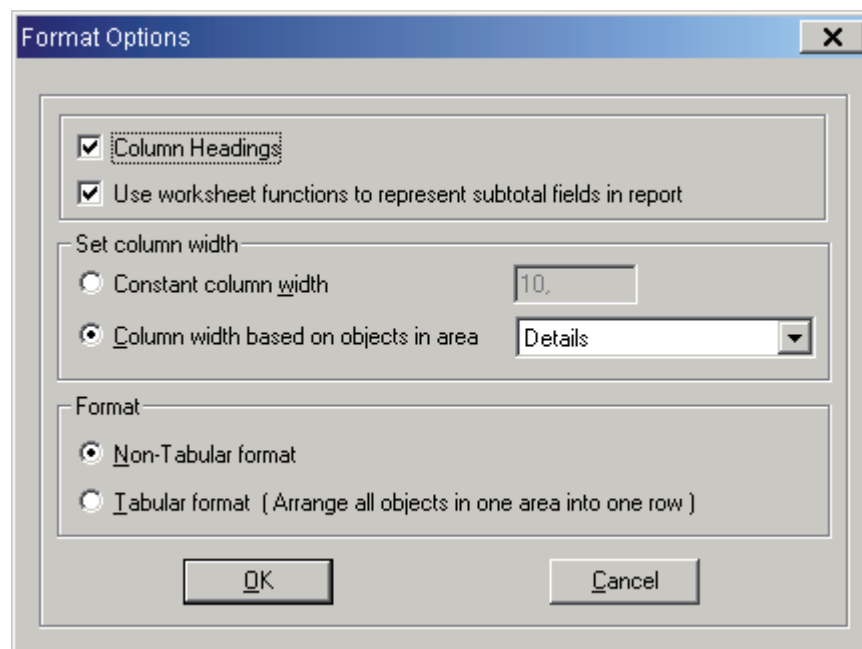
b. ser exportado para o Excel© clicando no ícone



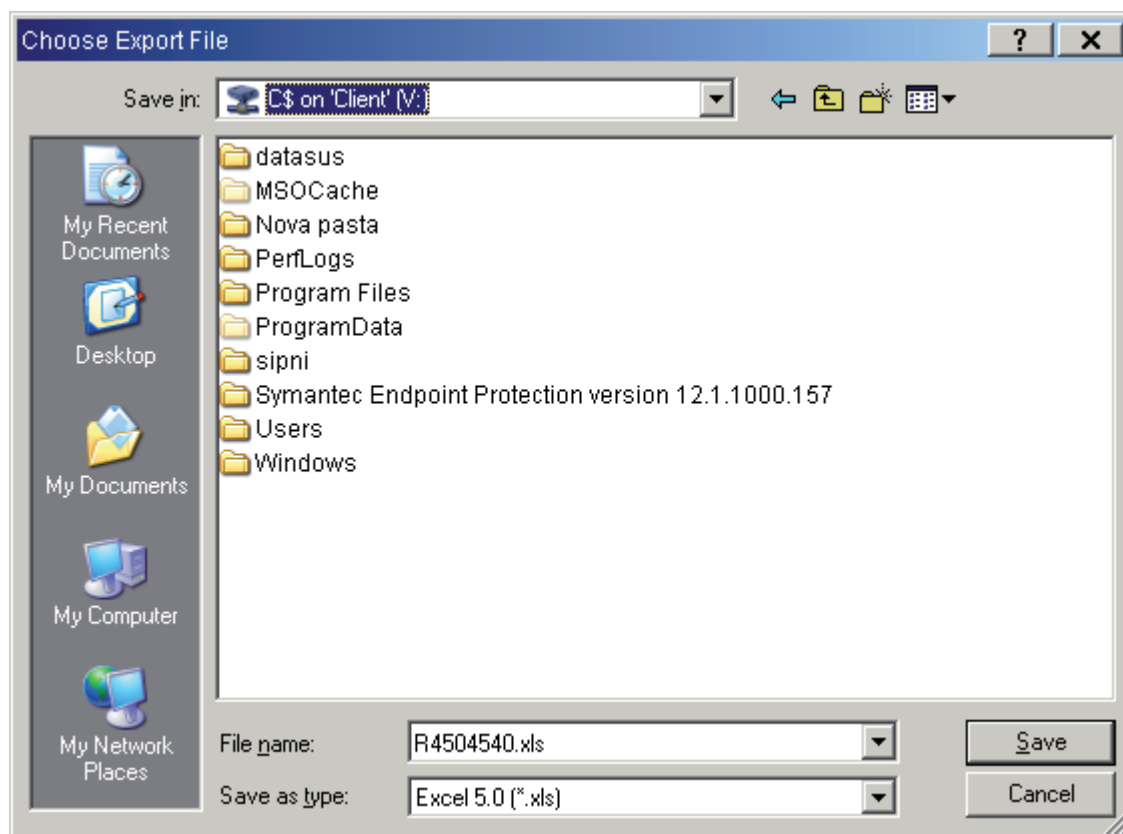
. Após esse procedimento abrirá a tela abaixo, onde será necessário escolher no combo “Format” a opção “Excel 5.0 (XLS) (Extended)” e clicar em “OK”.



Na tela “Format Options” (figura abaixo) clicar em “OK” para dar sequência à exportação dos dados.



Na tela seguinte clique no combo “Save in” e escolha a opção “C\$ on ‘Client’[V:]” ou “D\$ on ‘Client’[V:]”, após clicar no botão “Save”.



OBS.: nos casos em que ocorra falha ou restrição para salvar nos locais descritos acima, coloque um pen drive e escolha essa opção de salvamento.



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

www.pbh.gov.br