

2024

Novembro

PROTOCOLO ADMINISTRATIVO

Acolhimento e Classificação de Risco à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde - APS

Departamento de Atenção Primária

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 12/11/2024 08:49 - 03:00-03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.atende.net/pe73340e1c638e>.
POR: MARISA FERRAZ GAVRONSKI GAWRON - (083.923.439-66) EM 12/11/2024 08:49



Araucária
PREFEITURA DO MUNICÍPIO

SMSA
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE - APS**

Araucária, 07 de novembro de 2024

Versão 1





**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**

PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Hissam Hussein Dehaini

VICE-PREFEITO

Hilda Lukalski Seima

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Franciele de Souza Metka Grebos

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 12/11/2024 08:49 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.atende.net/tp673340et1c638e>.
POR: MARISA FERRAZ GAVRONSKI GAWRON - (083.023.539-65) EM 12/11/2024 08:49



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Bruno Rodelli Mendes Fontes

OUVIDORIA EM SAÚDE

Tatiane Vaz Storrer

DIREÇÃO GERAL

Lourival Brasil Felício

DIREÇÃO TÉCNICA

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

DIREÇÃO ASSISTENCIAL

Lucas Foltz

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Regina Mendonça de Carvalho

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Vânia Modesto França

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Fernanda Mello Ribeiro

ELABORAÇÃO

Marisa Ferraz Gavronski Gawron – Assessoria da Direção Assistencial

Márcio Souza dos Santos - Assessoria do Departamento de Atenção Primária

Colaboração técnica

Kátia Renata Antunes Kochla

Priscila Lopes Nogueira Berveglieri

Giovanna Iwersen Pucci Honaiser

Janaina Leocadia Vieira Franco

Diagramação e revisão

Departamento de Atenção Primária - DAP

Direção Assistencial - DA

NQS - Núcleo de Qualidade em Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Atenção aos Eventos Agudos.....	14
Figura 2 - Busca por atendimento na demanda espontânea conforme horário nas Unidades de Saúde, Araucária 2023.....	16
Figura 3 - Perfil populacional dos usuários que buscam por atendimento não programado nas unidades básicas de saúde, Araucária 2023.....	16
Figura 4 - Busca por atendimentos não programados conforme os dias da semana nas unidades de saúde, Araucária 2023.....	17
Figura 5 - Principais queixas/motivos de procura para atendimento não programado nas unidades básicas de saúde, Araucária 2023.....	18
Figura 6 - Queixas odontológicas, mais prevalentes para atendimento não programado nas Unidades de Saúde, Araucária 2024.....	19
Figura 7 - Classificação de risco no sistema de prontuário eletrônico.....	30
Figura 8 - Fluxograma de Acolhimento na Recepção.....	34
Figura 9 - Fluxograma de acolhimento pelo Técnico/Auxiliar de Enfermagem.....	36
Figura 10 - Fluxograma de acolhimento pelo enfermeiro.....	38
Figura 11 - Fluxograma de acolhimento pelo Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal.....	46
Figura 12 - Fluxograma de acolhimento pelo cirurgião dentista.....	47
Figura 13 - Fluxograma de atendimento de trabalhadores/servidores que sofreram acidente de trabalho.....	50



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de risco dos casos da Demanda Espontânea na Atenção Primária.....	30
Quadro 2 - Classificação de risco de queixas odontológicas da Demanda Espontânea na Atenção Primária.....	32
Quadro 3 - Sinais/Sintomas/Condições/Doenças para os quais podem ser prescritos medicamentos pelo profissional enfermeiro.....	40



LISTA DE SIGLAS

SMSA - Secretaria municipal de Saúde de Araucária

SUS - Sistema único de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

DAP – Departamento de Atenção Primária

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

CRP - Central de Remoção de Pacientes

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CIAT - Comunicação Interna de Acidente de Trabalho

ESF - Estratégia Saúde da Família

eAP - Equipe de Atenção Primária

eSB - Equipe de Saúde Bucal

CIAP - Classificação Internacional da Atenção Primária

CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil

IMPLANON - Implante Subdérmico de Etonogestrel

DIU - Dispositivo Intrauterino

SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação

BI-RADS - Breast Imaging Reporting and Data System (Sistema de Relatório de Dados sobre Imagem da Mama)

DSO - Departamento de Saúde Ocupacional

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

AVE - Acidente Vascular Encefálico

e-Multi - Equipe Multiprofissional na Atenção Primária

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	12
2.1 Objetivos do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde - APS.....	12
3. ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	13
4. MODELO DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS.....	13
5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	15
6. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
6.1 Diretrizes.....	20
7. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
7.1 Comum a todos os Profissionais da Unidade de Saúde.....	21
7.2 Gerente.....	22
7.3 Recepção.....	22
7.4 Agente Comunitário de Saúde.....	22
7.5 Técnico/Auxiliar de Enfermagem.....	22
7.6 Enfermeiro.....	23
7.7 Médico.....	24
7.8 Cirurgião Dentista.....	24
7.9 Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal.....	25
8. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS.	25
8.1 Organização do Processo de Trabalho nas Unidade de Saúde.....	25
8.2 Recomendações para a Organização do Atendimento.....	26
8.3 Recomendações para o Planejamento da Agenda dos Profissionais da APS.....	27
8.3.1 Médico e enfermeiro.....	27
8.3.2 Cirurgião dentista.....	27
9. ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA, AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADES E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	28
9.1 Escuta Qualificada.....	28
9.2 Avaliação de Vulnerabilidades.....	28
9.3 Classificação de Risco.....	29
9.4 Classificação de risco em Saúde Bucal.....	31
10. ROTEIROS DE ACOLHIMENTO.....	33
10.1 Acolhimento na Recepção.....	33

10.2 Acolhimento/Avaliação pelo Técnico/Auxiliar de enfermagem.....	34
10.3 Acolhimento com Classificação de Risco e Avaliação de Vulnerabilidade pelo Enfermeiro.....	36
10.3.1 atendimentos, prescrições e encaminhamentos mais comuns na APS que podem ser realizados pelo enfermeiro.....	38
10.4 Acolhimento/Avaliação pelo Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal.....	45
10.5 Acolhimento/Avaliação pelo Cirurgião Dentista.....	46
11. ACOLHIMENTO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS.....	48
11.1 Acidente de Trabalho.....	48
11.1.1 Acidente com material biológico.....	48
11.1.2 Atendimento de casos de acidente de trabalho.....	48
11.1.3 Sistema de informação de agravos de notificação - SINAN.....	51
11.2 Egressos de Internamentos, outros Pontos da Rede ou de Serviços Privados..	51
11.3 Saúde Mental.....	51
11.4 Verificação de Óbito Domiciliar.....	52
12. REMOÇÃO DE PACIENTES PARA OUTROS PONTOS DA RAS.....	52
14. REFERÊNCIAS.....	54
15. ANEXOS.....	56
Anexo I. Quadro com sinais de alerta.....	56
Anexo II. Quadros de dados vitais.....	57
Anexo III. Escala de Coma de Glasgow.....	59
Anexo IV. Avaliação de desidratação.....	60
Anexo V. Escalas de avaliação da dor.....	61
Anexo VI. Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).....	62
Anexo VII. Formulário de Comunicação Interna de Acidente de Trabalho (CIAT).....	64
Anexo VIII. Fluxo de óbito.....	66
Anexo IX. Orientações sobre preenchimento da declaração de óbito.....	68
Anexo X. Ficha para casos de óbito com suspeita de violência.....	70
16. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	71

1. APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde - APS enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta dentre seus desafios aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento (BRASIL, 2013).

As equipes enfrentam desafios para acolher a demanda espontânea no momento em que os usuários buscam as Unidades de Saúde mesmo com o esforço dos profissionais, evidenciando a necessidade de qualificar essa demanda para proporcionar atendimento em tempo oportuno e adequado às necessidades individuais.

Mediante a constatação da repetição constante desse cenário diariamente nas Unidades de Saúde gerando desgaste para profissionais e insatisfação para os usuários, fica a clara necessidade de reestruturar o processo de trabalho da APS e equilibrar a oferta de serviços entre demanda espontânea e atendimento programado, para garantia do acesso universal e humanizado.

A elaboração deste Protocolo é uma estratégia que visa o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde através da reorganização do processo de trabalho para acolhimento à demanda espontânea, apresenta os aspectos essenciais à sua implementação na rotina dos serviços, através de fluxos que envolvem acolhimento, escuta qualificada, classificação de risco e avaliação de das vulnerabilidades.

2. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na RAS, desempenha papel estratégico na rede, servindo como base para efetivação da integralidade, tendo como uma de suas responsabilidades, assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2017).

Dentre os princípios e Diretrizes da Atenção Primária está a Universalidade que refere-se a possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS, acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. Estabelecer mecanismos de organização e funcionamento do serviço de saúde que garantam acessibilidade e acolhimento, e parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde devem receber e ouvir todas as pessoas que buscam seus serviços, de maneira universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2017).

O acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde pode se constituir como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso (Brasil, 2017), e evidencia que embora seja necessário programar o acompanhamento dos usuários nas agendas dos profissionais (sob pena de a Atenção Primária se reduzir a um Pronto-Atendimento), também é essencial que as unidades da APS estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e os imprevistos (BRASIL, 2013).

Acolher os usuários nos momentos de sofrimento e fragilidade é fundamental e promove a criação e fortalecimento de vínculo. Mesmo os usuários que são acompanhados regularmente em ações programadas nas Unidades de Saúde da APS podem apresentar agudizações em seu quadro clínico e necessitar de atenção não programada, e perde-se legitimidade perante esses usuários um serviço que os acompanha na atenção programada e não os acolhe no momento de agudização (BRASIL, 2013).

2.1 Objetivos do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde - APS

1. Ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde;

2. Qualificar o acesso da demanda espontânea na APS e em outros pontos da RAS conforme necessidade individual;
3. Organizar o processo de atendimento da demanda espontânea através do levantamento de queixas/sintomas, sinais de alerta e vulnerabilidades;
4. Identificar as necessidades e agravos de saúde mais prevalentes e fortalecer as ações de promoção e prevenção voltadas para essas demandas;
5. Subsidiar a organização das agendas dos profissionais de forma a garantir o atendimento da demanda programada e o acesso da demanda espontânea;
6. Promover a participação multiprofissional no acolhimento à demanda espontânea;
7. Estabelecer as condutas para as diversas situações de acordo com a escuta qualificada, classificação do risco e avaliação de vulnerabilidades sociais;
8. Capacitar e treinar os profissionais para o acolhimento à demanda espontânea na APS;
9. Avaliar e monitorar o processo de acolhimento na APS.

3. ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Básica integra um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e direcionada à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Usa tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, considerando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2017).

4. MODELO DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Os eventos agudos referem-se à soma das condições agudas, das condições crônicas agudizadas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em

geral, de forma aguda (MENDES, 2015).

O modelo de atenção aos eventos agudos apresentado na figura 1 tem como base o modelo da determinação social da saúde que utiliza um sistema de classificação de risco e atua com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados. Estrutura-se em quatro níveis e em função de algumas variáveis imprescindíveis: à promoção da saúde, prevenção das condições de saúde, gravidade (risco), tempo resposta e os recursos necessários (MENDES, 2019).

Figura 1 - Modelo de Atenção aos Eventos Agudos



Fonte: MENDES *et al*, 2019.

O nível 1 incorpora as intervenções de promoção da saúde, voltadas para população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, nesse nível as intervenções são realizadas também através de projetos intersetoriais (MENDES, 2019).

O nível 2 engloba as intervenções de prevenção das condições de saúde em relação aos determinantes sociais da saúde proximais, relativo ao comportamento e estilo de vida, tais como uso abusivo de álcool, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, estresse, dentre outros. As ações desse nível são eficazes na prevenção de eventos agudos muito frequentes como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (MENDES, 2019).

No nível 3 realiza-se a gestão da condição de saúde através da classificação de risco, na qual utiliza-se um sistema para classificar o risco com o objetivo de determinar, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo (MENDES, 2019).

No nível 4 concentram-se as intervenções de gestão da condição de saúde no manejo dos eventos diagnosticados, a utilização de protocolos clínicos baseados em evidência, o diagnóstico, o manejo clínico, a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos nas unidades de atendimento aos eventos agudos (MENDES, 2019).

5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Foram realizadas oficinas em três turmas em outubro de 2023 com profissionais que atuam na Atenção Primária, das quais participaram um representante de cada categoria profissional para discussão de casos e para promover a reflexão do processo atualmente realizado nas Unidades de Saúde para atendimento da demanda espontânea, para que o acolhimento ocorra de forma prática, eficiente e humanizada.

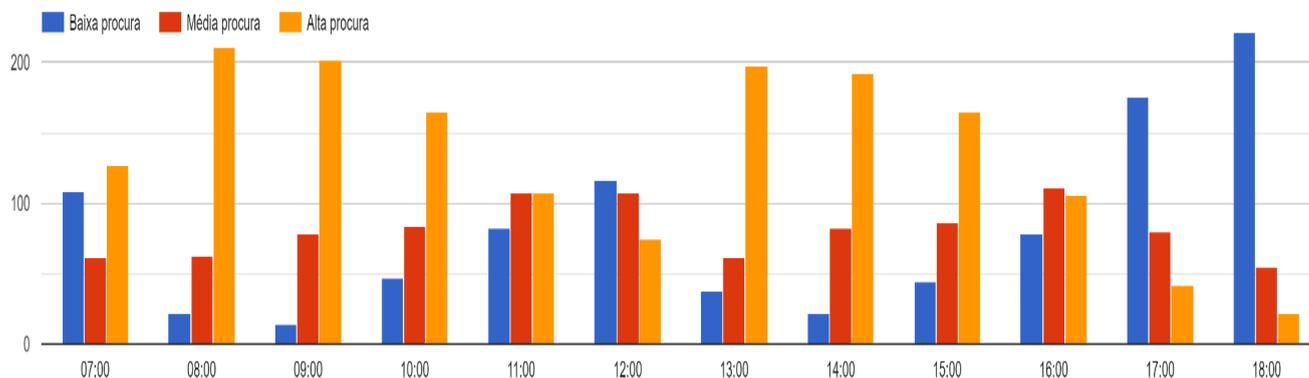
Foi realizado também junto às equipes das Unidades de Saúde da Atenção Primária do Município de Araucária em agosto de 2023, levantamento de informações para traçar o perfil da demanda espontânea nos respectivos serviços, tais como, dias e horários de pico, queixas mais prevalentes, perfil de pacientes que mais buscam esse tipo de atendimento e para qual categoria profissional a procura é maior, informações que contribuirão para organização do processo de acolhimento na Atenção Primária.

Foi disponibilizado um questionário online para pesquisa sobre o acolhimento por meio de link para que todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde tivessem a oportunidade de contribuir na construção desse processo de trabalho considerando a realidade local e as particularidades de cada território.

O cálculo da amostra considerou o total de servidores que atuam na atenção primária em saúde, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. O cálculo foi realizado de forma *online*, utilizando o site <<https://calculareconverter.com.br/calculo-amostral/>> que apontou o tamanho da amostra de 259 servidores. O total de servidores que participaram da pesquisa foi de 296, o que permite afirmar que a amostra foi significativa.

A partir das respostas dos profissionais foi evidenciado pelo olhar das equipes conforme apresentado na figura 2, em relação ao horário, apontaram a maior procura das 08:00 às 10:00 e das 13:00 às 15:00 horas, destaca-se que a partir das 17:00 horas há baixa procura.

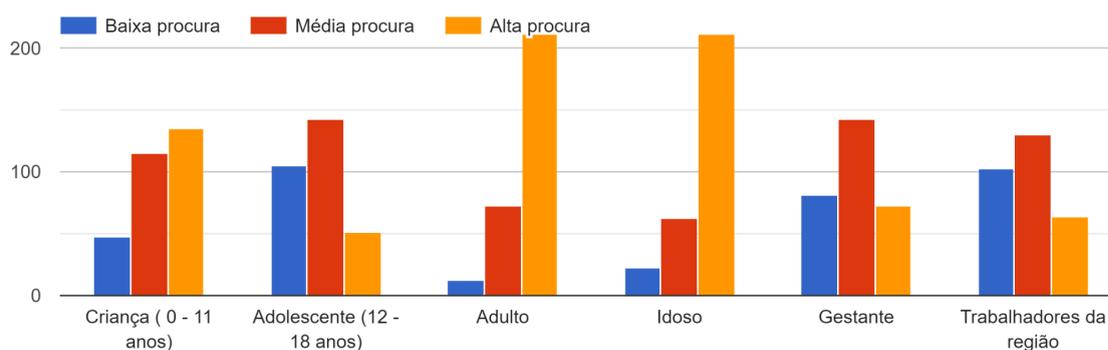
Figura 2 - Busca por atendimento na demanda espontânea conforme horário nas Unidades de Saúde, Araucária 2023.



Fonte: Os autores, 2024.

O público que mais acessa a unidade de saúde são adultos e idosos conforme indicado na figura 3.

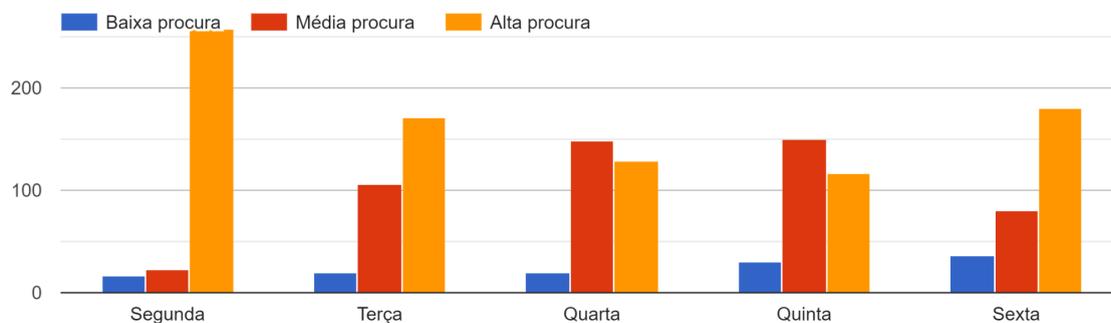
Figura 3 - Perfil populacional dos usuários que buscam por atendimento não programado nas unidades básicas de saúde, Araucária 2023.



Fonte: Os autores, 2024.

Conforme figura 4 observa-se que os dias de maior pico da demanda espontânea nas Unidades de Saúde são segunda e sexta-feira.

Figura 4 - Busca por atendimentos não programados conforme os dias da semana nas unidades de saúde, Araucária 2023.

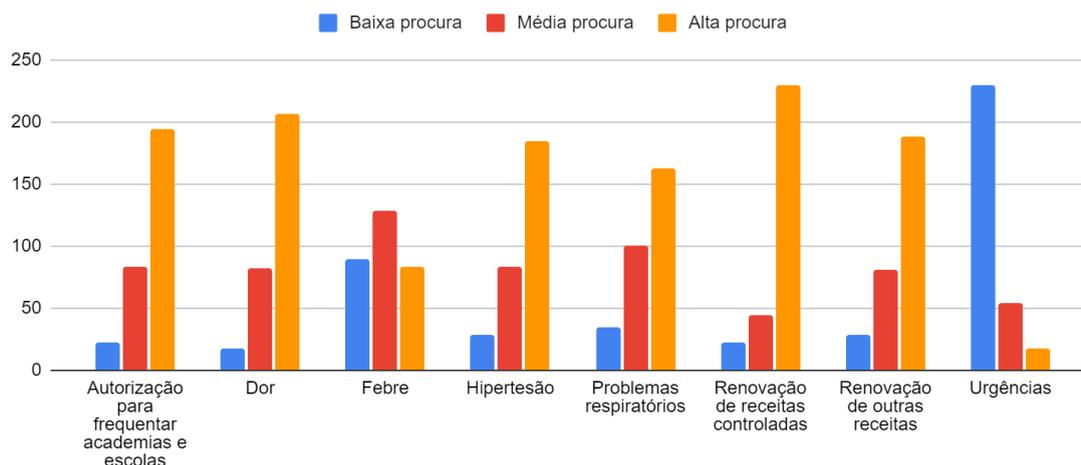


Fonte: Os autores, 2024.

Ainda conforme esse mesmo levantamento com os profissionais identificou-se que a maior demanda assistencial não programada é direcionada ao profissional médico, seguido pelo enfermeiro e pela equipe odontológica respectivamente, o que sugere a importância do acolhimento com escuta qualificada para promover a otimização e capilarização das demandas entre a equipe além de melhor direcionamento do usuário frente a necessidade apresentada.

No que se refere às queixas clínicas mais prevalentes para atendimento não programado que estão apresentadas na figura 5, estão a renovação de prescrições de medicação de uso controlado e outras medicações de uso contínuo, sendo destaque, as renovações para medicação controlada e a de menor procura são as demandas urgentes.

Figura 5 - Principais queixas/motivos de procura para atendimento não programado nas unidades básicas de saúde, Araucária 2023.

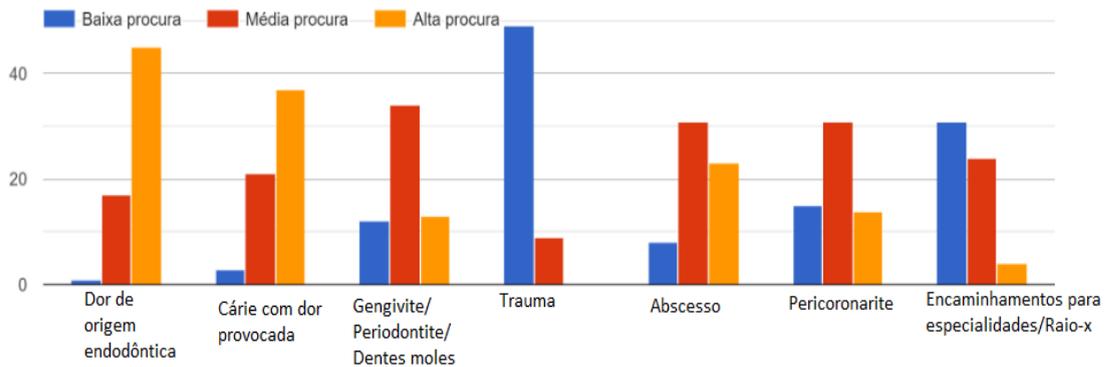


Fonte: Os autores, 2024.

Diante da figura, observa-se a importância de repensar a atenção em Saúde Mental e Psicossocial, além da busca de outras possibilidades terapêuticas e fortalecimento das ações nessa temática. Desse modo, torna-se imprescindível a revisão da prática terapêutica medicamentosa, sendo relevante pensar em conjunto com o paciente a possibilidade de desmame dos medicamentos e inclusão de tratamentos não farmacológicos, considerando a individualidade do usuário e os fatores de risco e vulnerabilidade com destaque para a construção do Plano Terapêutico Singular. Destaca-se a importância do fortalecimento da integração das ações entre a Atenção Primária e a Atenção Psicossocial.

No que se refere às queixas odontológicas mais prevalentes na demanda espontânea, conforme as respostas apresentadas pelos profissionais da odontologia foram, queixas relacionadas a dor de origem endodôntica e cárie com dor provocada, respectivamente, sendo a menor procura por trauma, conforme destacada abaixo.

Figura 6 - Queixas odontológicas, mais prevalentes para atendimento não programado nas Unidades de Saúde, Araucária 2024.



Fonte: Os autores, 2024.

É possível observar também através da emissão de relatórios de atendimentos emitidos do sistema informatizado próprio, o elevado número de pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Araucária com o risco classificado em pouco ou não urgente, estes são casos considerados leves e poderiam ser atendidos na APS, facilitando o acesso dos usuários e promovendo maior agilidade no atendimento principalmente relacionado ao tempo despendido com deslocamento.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de reestruturar o processo de trabalho para acolhimento de queixas agudas através da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde para promover aumento da resolutividade, qualificação e ampliação do acesso.

6. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O acolhimento é a postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Política Nacional de Humanização, 2013).

O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre profissionais da saúde e usuários, é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho com objetivo de construir relações de confiança, compromisso e vínculo com

a população usuária do serviço (BRASIL, 2013).

O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários do serviço, no ato de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território (BRASIL, 2017).

Deve ocorrer em todo lugar onde o profissional de saúde exerce suas atividades, na recepção da Unidade de saúde, nos consultórios, salas de procedimento, vacina, farmácia, em visitas domiciliares ou atividades no território, até mesmo mesmo em contatos telefônicos, o profissional deve acolher, ouvir ativamente, avaliar o que está sendo falado e oferecer, dentre o que a Unidade ou a Rede de Atenção à Saúde têm de ofertas, a que melhor atende à necessidade apresentada.

Vários tipos de demanda podem ser acolhidas e resolvidas na Atenção Primária, no entanto, o modo de atuar não deve ser somente do tipo queixa-conduta, considerando que há situações que demandam continuidade no cuidado, podendo necessitar, inclusive, de apoio matricial e/ou encaminhamento para outros pontos da RAS (BRASIL, 2013).

Nenhum usuário que procura atendimento sem horário agendado pode ser dispensado sem passar pelo acolhimento, mesmo que não seja da área de abrangência da Unidade da Saúde, o paciente deverá ser avaliado e de acordo com a gravidade do caso, receber atendimento médico ou ser direcionado para sua Unidade de abrangência com responsabilização.

6.1 Diretrizes

A Secretaria Municipal de Saúde de Araucária propõe as seguintes diretrizes para o atendimento à demanda espontânea:

- Acolher e avaliar todos os usuários da demanda espontânea durante todo o período de atendimento da unidade de saúde;
- Garantir acesso, escuta qualificada e postura acolhedora a todos os usuários da demanda espontânea e fornecer resposta adequada para cada caso, fortalecendo o vínculo entre a população e os profissionais das Unidades de Saúde da Atenção Primária;
- Planejar e organizar o atendimento à demanda espontânea a partir da necessidade apresentada pelos usuários;
- Atender a demanda espontânea de forma integrada entre os profissionais das

diversas categorias considerando as atribuições e responsabilidades de cada um;

- Aproveitar a busca de atendimento na demanda espontânea para promover a saúde e prevenir doenças identificando necessidades de rastreamento e acompanhamento dos grupos de risco;
- Realizar o atendimento dos usuários com demanda administrativa preferencialmente pelos auxiliares/técnicos de enfermagem; auxiliares/técnicos em saúde bucal das equipes;
- Acolher, avaliar e orientar usuários que não residem no seu território de abrangência a importância do acompanhamento da situação de saúde na unidade de referência;
- Utilizar critérios contidos neste protocolo para classificação do risco clínico dos usuários e avaliação de vulnerabilidades, sendo o enfermeiro o profissional preferencial para realizar essa avaliação;
- Definir a conduta dos casos de acordo com base no risco e necessidade individual identificada conforme diretrizes clínicas e os protocolos assistenciais recomendados pela SMSA;
- Realizar o primeiro atendimento das urgências e emergências e encaminhar os casos de maior gravidade e risco para outros pontos de atenção de acordo com a necessidade.

7. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

7.1 Comum a todos os Profissionais da Unidade de Saúde

- Acolher todos os usuários que buscam o serviço orientando os fluxos de atendimento e processos de trabalho;
- Orientar os usuários sobre o Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde e os fluxos para atendimento na Unidade;
- Planejar, executar e monitorar o processo de acolhimento com base em prioridades, objetivos e metas propostas;
- Estimular o vínculo do paciente com a Equipe/Unidade de referência;
- Identificar usuários portadores de doenças/condições crônicas e/ou pertencentes a ciclos de vida que requerem acompanhamento regular, e

orientar aqueles que não realizam acompanhamento para início ou retomada do mesmo;

- Comunicar a equipe assistencial diante da suspeita de casos que aparentam evidentes sinais de gravidade para avaliação ou reavaliação e encaminhar imediatamente para o local adequado para atendimento;
- Contribuir positivamente para a organização do fluxo dos usuários e/ou acompanhantes que procuram a Unidade de Saúde;

7.2 Gerente

- Coordenar e organizar o processo de trabalho para atendimento da demanda espontânea considerando equipe e o diagnóstico situacional do território de abrangência da Unidade de Saúde;
- Realizar o planejamento, execução e monitoramento contínuo das agendas dos profissionais, contemplando o acolhimento da demanda espontânea, atendimento programado e períodos de sazonalidade, conforme diretrizes deste protocolo.

7.3 Recepção

- Acolher, orientar e direcionar usuários para atendimento conforme fluxograma estabelecido neste protocolo.

7.4 Agente Comunitário de Saúde

- Auxiliar na organização do fluxo dos usuários que procuram a Unidade de Saúde por meio de demanda espontânea;
- Realizar atualização cadastral ou cadastramento de usuários da demanda espontânea;
- Estimular o vínculo do paciente com a Equipe/Unidade de referência;
- Acolher demandas dos usuários seja na unidade ou na área de abrangência e solicitar apoio da equipe se necessário.

7.5 Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Realizar acolhimento da demanda espontânea conforme escala estabelecida;

- Identificar sinais e sintomas de risco e as vulnerabilidades que interferem no processo saúde-doença e ofertar atendimento considerando a necessidade do usuário e o princípio da equidade;
- Apoiar o enfermeiro na conferência rotineira de materiais, insumos e medicamentos necessários para atendimento da demanda espontânea e/ou urgências e emergências e solicitar a troca ou reposição ao enfermeiro dos itens faltantes conforme orientações do procedimento operacional padrão de Conferência e limpeza do carrinho de emergência;
- Registrar em sistema de prontuário eletrônico próprio todos os atendimentos realizados com registro do CIAP conforme queixa, sinal ou sintoma apresentado pelo usuário.

7.6 Enfermeiro

- Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar as ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Contribuir na revisão e confecção da agenda, contemplando atendimento da demanda espontânea e demanda programada conforme diretrizes deste protocolo;
- Realizar o acolhimento da demanda espontânea conforme escala com classificação de risco e vulnerabilidades conforme Protocolo;
- Supervisionar a atuação dos Técnicos/Auxiliares de enfermagem no processo de Acolhimento da demanda espontânea;
- Organizar e conferir rotineiramente materiais, insumos e medicamentos necessários para atendimento da demanda espontânea e/ou urgências e emergências e solicitar a troca ou reposição dos itens faltantes conforme orientações do procedimento operacional padrão de Conferência e limpeza do carrinho de emergência;
- Realizar e colaborar na capacitação e supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem diante das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Registrar em sistema de prontuário eletrônico próprio todos os atendimentos realizados com registro do CIAP conforme queixa, sinal ou sintoma apresentado pelo usuário.

7.7 Médico

- Colaborar na coordenação das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Realizar atendimento dos casos da demanda espontânea avaliados e classificados e os demais casos definidos pela equipe de acordo com o Protocolo;
- Na ausência do enfermeiro, apoiar a equipe nas demandas assistenciais do acolhimento e classificar o risco conforme necessidade;
- Acionar serviço de remoção (SAMU) para casos que requeiram intervenção em serviço de urgência/emergência conforme necessidade clínica/gravidade/risco e garantir suporte ao usuário até que ocorra a remoção do mesmo;
- Contribuir na revisão e confecção da agenda médica contemplando atendimento da demanda espontânea e demanda programada conforme diretrizes deste protocolo;
- Realizar e colaborar na capacitação da equipe nas ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Registrar em sistema de prontuário eletrônico próprio todos os atendimentos realizados com registro do CID conforme queixa, sinal ou sintoma apresentado pelo usuário.

7.8 Cirurgião Dentista

- Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as ações de acolhimento da demanda espontânea referentes a odontologia, bem como apoiar o auxiliar/técnico em saúde bucal nas dúvidas e demandas;
- Contribuir na revisão e confecção da agenda, contemplando atendimento da demanda espontânea e demanda programada conforme diretrizes deste protocolo;
- Realizar a escuta qualificada dos usuários e definir resposta de acordo com pactuações prévias para cada situação;
- Registrar em sistema de prontuário eletrônico próprio todos os atendimentos realizados com registro do CID conforme queixa, sinal ou sintoma apresentado pelo usuário.

7.9 Técnico/Auxiliar de Saúde Bucal

- Fazer a escuta qualificada dos usuários e definir resposta de acordo com a necessidade do usuário;
- Auxiliar o cirurgião dentista durante os atendimentos;
- Organizar, conferir e fazer a reposição rotineiramente de materiais e medicamentos necessários para atendimento da demanda espontânea dos casos de urgências odontológicas;

8. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA APS

A organização do processo de atenção aos eventos agudos implica implantar processos de acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades que devem seguir um fluxo organizado e facilitador, que assegurem ao usuário o acolhimento e a atenção em suas necessidades específicas no momento que buscam pelo serviço, bem como, que seja oportunizado estabelecer ou fortalecer vínculo e a continuidade do cuidado, seja na APS ou em outros pontos da RAS, conforme o princípio da integralidade.

8.1 Organização do Processo de Trabalho nas Unidade de Saúde

Para organizar e realizar com maior assertividade as ações das equipes é necessário realizar o planejamento a partir do conhecimento da demanda de cada Unidade de saúde.

Este diagnóstico deve identificar o perfil dos usuários da demanda espontânea, tais como: horário e dia da semana de maior procura do serviço, profissional com maior demanda, queixas clínicas mais recorrentes, perfil da população que busca por atendimento.

Assim, a partir do diagnóstico situacional e dos recursos disponíveis na unidade e no território, o processo de trabalho para acolhimento da demanda espontânea no serviço poderá ser reorganizado para que a assistência seja mais próxima das necessidades e realidade local.

8.2 Recomendações para a Organização do Atendimento

- Realizar a gestão dos recursos da unidade para o atendimento à demanda espontânea e programada considerando a necessidade da população e a capacidade de atendimento da unidade da equipe;
 - Definir previamente escala com profissionais visando garantir o acolhimento, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade durante todo o horário de atendimento da unidade de saúde, conforme competência técnica de cada perfil profissional;
 - Organizar escalas para acolhimento considerando o perfil da demanda espontânea, sendo possível acolher em fluxos distintos conforme descritos na sequência:
 1. Acolhimento de demandas administrativas preferencialmente Auxiliar/Técnico de enfermagem;
 2. Acolhimento de queixas clínicas gerais com classificação de risco profissional de nível superior, preferencialmente enfermeiro;
 3. Acolhimento de queixas clínicas gerais profissional de nível médio ou superior conforme diretrizes deste protocolo considerando o número de equipes da Unidade;
 - Em relação à quantidade de equipes de cada Unidade de Saúde, deve-se seguir a seguinte orientação, organizados em escala, para garantia do acolhimento durante todo o expediente do serviço:
 - **Unidades com até 2 equipes (eAP ou ESF):** Acolhimento e avaliação pelo Técnico/Auxiliar de enfermagem sob supervisão do enfermeiro.
 - **Unidades com 3 equipes ou mais (eAP ou ESF):** Acolhimento com classificação de risco pelo enfermeiro com apoio Técnico/Auxiliar de enfermagem;
- Obs:** Em situações de contingência, o Técnico/Auxiliar realiza o acolhimento sob supervisão do enfermeiro.
- **Equipes de Saúde Bucal (eSB):** independente do número de equipes o acolhimento e avaliação inicial será realizada pelo ASB/TSB para posterior avaliação e classificação de risco pelo cirurgião dentista conforme necessidade

e fluxo de acolhimento pelo Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal.

8.3 Recomendações para o Planejamento da Agenda dos Profissionais da APS

- Considerar o perfil das demandas e necessidades da população no planejamento da agenda dos profissionais da unidade, sendo reformulada e pactuada, em equipe, periodicamente por meio de monitoramento e análise de dados e indicadores.
- Organizar as agendas de modo a contemplar a demanda espontânea e programada, promovendo o equilíbrio para garantia do acesso;
- Disponibilizar maior número de vagas para demanda espontânea nos períodos de sazonalidade considerando a necessidade de cada território;
- Disponibilizar aos profissionais o acesso à consulta de sua própria agenda e ao recurso de agendamento de usuários. Os profissionais devem conhecer, ser responsáveis das agendas junto aos gerentes das unidades, utilizando desse recurso de modo responsável.

8.3.1 Médico e enfermeiro

- Confeccionar a agenda de modo a garantir vagas para demanda espontânea durante todo o expediente da unidade de saúde evitando concentrá-las no início ou final do período, dispor no mínimo 01 (uma) vaga por hora.

8.3.2 Cirurgião dentista

- Confeccionar a agenda de modo a garantir 6 (seis) consultas para atendimento programado (sendo 4 vagas para agendamento eletivo e 2 vagas para retorno). Destaca-se que todos os casos da demanda espontânea devem ser avaliados e a conduta definida conforme avaliação e classificação de risco.

9. ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA, AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADES E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

9.1 Escuta Qualificada

A escuta qualificada permite adquirir informações sobre o paciente, escolhas e resoluções de acordo com suas necessidades, através dessa escuta é possível reconhecer e acolher empaticamente, as necessidades do paciente, bem como, de seus familiares. Além de ser uma forma de viabilizar uma assistência com qualidade e propiciar a identificação de outros fatores que podem interferir no processo saúde-doença do indivíduo e que afetam significativamente o seu prognóstico e qualidade de vida (Rodrigues, et. al., 2015).

9.2 Avaliação de Vulnerabilidades

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (2004) dentre as situações de vulnerabilidade e riscos estão as perdas ou fragilidades de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho, dentre outras.

Pode ser apresentada em três planos, sendo elas: a vulnerabilidade do plano individual, vulnerabilidade do plano social e a vulnerabilidade do plano institucional e ou programática (AYRES *et al.*, 1999).

A vulnerabilidade individual se caracteriza a partir dos comportamentos de risco e se relaciona com o grau de consciência (AYRES *et al.*, 2003). Os comportamentos não são determinados somente pela ação voluntária das pessoas, mas principalmente por sua capacidade de incorporar o conhecimento e transformar os comportamentos que as tornam suscetíveis ao agravo BERTOLOZZI *et al*, 2009.

A vulnerabilidade social integra a dimensão coletiva do adoecimento, utilizando-se de indicadores que evidenciem o perfil da população em relação ao acesso à informação, custos com serviços sociais e de saúde. Esta dimensão inclui ainda o ciclo de vida, a mobilidade e a identidade social, as características do espaço social, as normas sociais e institucionais vigentes, relações de gênero e as iniquidades, dentre outros, BERTOLOZZI *et al*, 2009.

A vulnerabilidade programática contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo dos usuários com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle de agravos, bem como, os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde BERTOLOZZI *et al*, 2009.

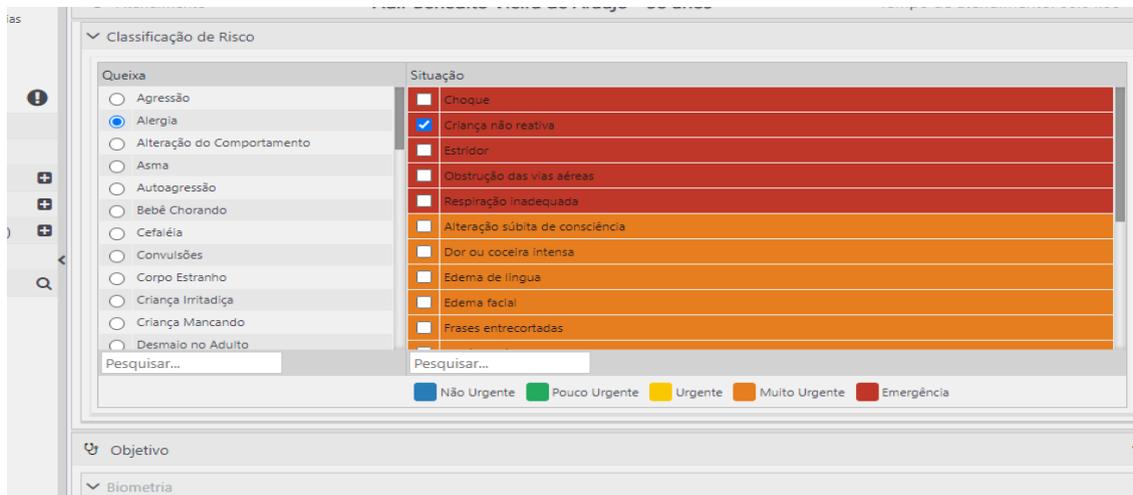
Dessa forma, observa-se que é essencial além de avaliar os riscos, olhar as condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e o acolhimento configura momento oportuno para inseri-las em planos de cuidado, cita-se como exemplo, uma criança desnutrida que não passa pelo atendimento de puericultura há meses, um homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de vários anos sem acompanhamento, uma mulher em idade fértil, sem realizar exame de Papanicolau há quatro anos, que trabalha como diarista (sem carteira assinada) e cuida sozinha de três filhos menores de idade. No momento em que esses usuários procuram o serviço de saúde com uma queixa clinicamente simples e de baixo risco, torna-se oportuno também ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado (BRASIL, 2013).

9.3 Classificação de Risco

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. É uma ferramenta de trabalho que permite, de forma dinâmica, determinar a ordem do atendimento e o tempo de espera aceitável em cada situação, sem comprometer o prognóstico do paciente, sendo essencial que sejam implantados protocolos clínicos a fim de proporcionar atendimento seguro e de qualidade aos pacientes (BRASIL, 2004d).

Durante o atendimento deverá ser realizada a classificação de risco no sistema de prontuário eletrônico assinalando a queixa e a situação para classificar o risco conforme demonstrado na figura 7.

Figura 7 - Classificação de risco no sistema de prontuário eletrônico



Fonte: Sistema IPM saúde (2024)

A definição de intervenções deverá ser realizada considerando a escuta qualificada, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades, com a qual pretende-se materializar o princípio da equidade, em que a necessidade do usuário seja estruturante referente ao tipo e o tempo das intervenções (BRASIL, 2013).

Quadro 1 - Classificação de risco dos casos da Demanda Espontânea na Atenção Primária.

Classificação de risco
<ul style="list-style-type: none"> ● EMERGÊNCIA - atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção médica e equipe imediatamente. Ex.: PCR, Dispneia grave, convulsão, dor severa, rebaixamento do nível de consciência.
<ul style="list-style-type: none"> ● MUITO URGENTE - atendimento em até 10 minutos: a equipe deve estar alerta e encaminhar à sala de estabilização. Ex: dispneia moderada, dor com <i>score</i> acima de 5; alteração súbita de consciência, edema de língua etc.
<ul style="list-style-type: none"> ● URGENTE - Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.

- **POUCO URGENTE - atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro, médico ou profissionais da equipe multiprofissional (e-Multi) considerando a necessidade do usuário e a oferta de serviços. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.
- **NÃO URGENTE - agendamento/programação para intervenções.**
Orientações específicas e sobre as ofertas da Unidade.
Realização e orientação de ações previstas em protocolos (Ex.: imunização, teste rápido de gravidez).
- **Agendamento/programação de intervenções.**
OBS: Ao programar atendimento levar em consideração a história, queixa clínica e a vulnerabilidade.

Fonte: Brasil, 2013 (adaptado).

No entanto, um usuário cuja necessidade identificada seja de agendamento de consulta em até uma semana e havendo disponibilidade no dia (em vaga de faltosos, por exemplo), pode-se aproveitar para atendê-lo no dia, facilitando o acesso do usuário e otimizando as ofertas existentes (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que em qualquer situação a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de entender se isso deve ser focado de imediato ou posteriormente, pois nos casos que há alto risco de vida, a prioridade é a preservação da mesma (BRASIL, 2013).

9.4 Classificação de risco em Saúde Bucal

O objetivo da classificação de risco em saúde bucal é promover a reorganização da assistência odontológica na Atenção Primária, com base nos princípios, diretrizes e políticas do SUS, visando à ampliação do acesso, por meio da melhoria da resolutividade e da oferta do serviço de Atenção em Saúde Bucal.

Quadro 2 - Classificação de risco de queixas odontológicas da Demanda Espontânea na Atenção Primária.

<ul style="list-style-type: none">● EMERGÊNCIA - atendimento imediato (risco altíssimo): Ex.: Suspeita de Septicemia; Traumatismos graves; Choque Anafilático; entre outros. Acionar equipe médica e de enfermagem para atendimento imediato e posterior remoção para serviço de urgência/emergência.
<ul style="list-style-type: none">● MUITO URGENTE - atendimento em até 10 minutos necessita de intervenção odontológica imediata. Ex.: Hemorragias e Traumatismos.
<ul style="list-style-type: none">● URGENTE - atendimento prioritário: necessita de intervenção breve da equipe, levando em conta a classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade. Ex.: Pericoronarites, Alveolites; Abscessos; Pulpites; Dor aguda causada por cáries extensas e Restaurações Anteriores comprometendo mais de 50% da coroa do dente.
<ul style="list-style-type: none">● POUCO URGENTE - atendimento no dia: situação que precisa ser avaliada no mesmo dia pela equipe: Ex.: Dor leve recente, gestante e crianças menores de 1 ano.
<ul style="list-style-type: none">● NÃO URGENTE - agendamento/programação para intervenções: Ex.: Sensibilidade dentinária; Restabelecimento de função mastigatória; Solicitação de radiografias paciente sem queixa; Exodontias sem sintomatologia dolorosa e quadro infeccioso controlado após medicação prévia.

Fonte: Adaptado das Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal/SES-SP e aprovado pela Câmara Técnica de Odontologia no dia 06/03/2024.

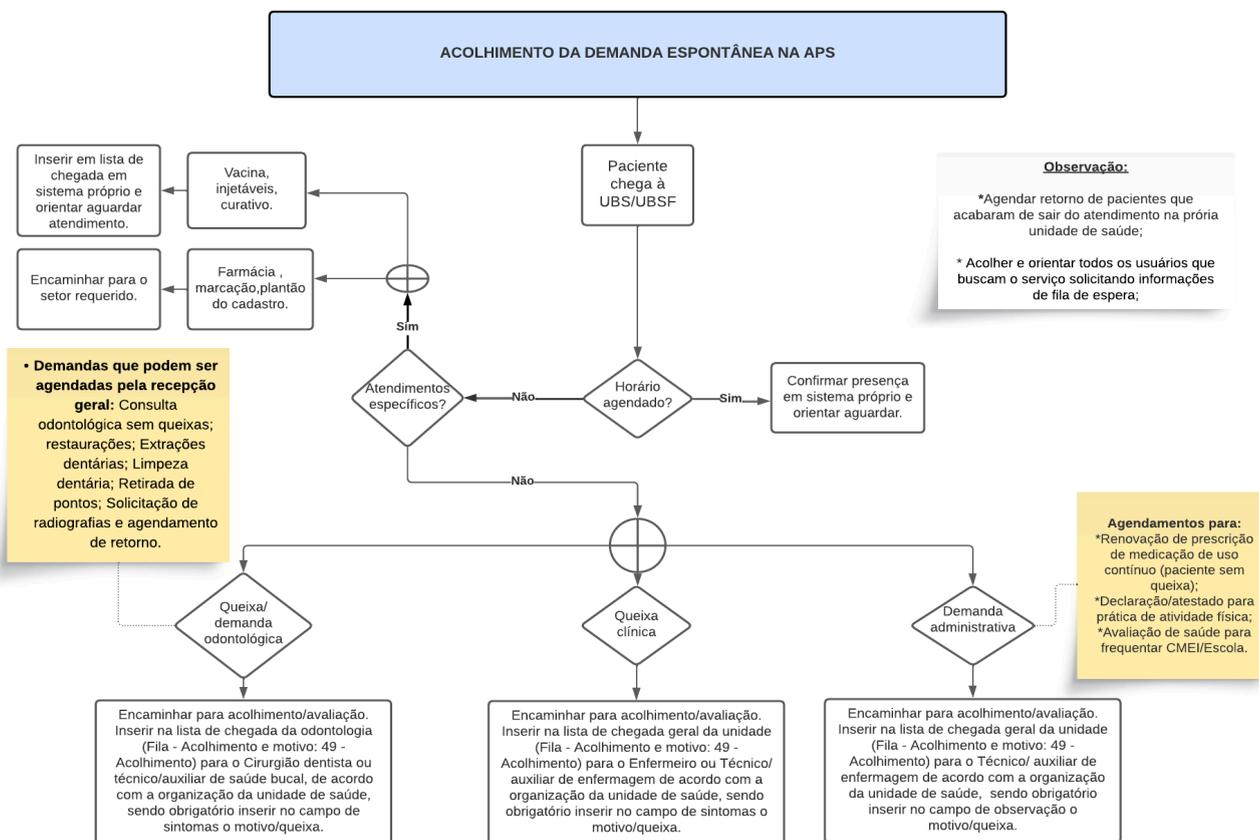


10. ROTEIROS DE ACOLHIMENTO

10.1 Acolhimento na Recepção

- Acolher e orientar todos os usuários que buscam o serviço solicitando informações de fila de espera.
- Direcionar usuários para atendimento conforme demanda/queixa apresentada e organização interna de cada Unidade de Saúde considerando as diretrizes deste protocolo.
- **Queixas clínicas gerais:** Enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem;
- **Demandas administrativas:** Técnico/auxiliar de enfermagem (Renovação de prescrição de medicação de uso contínuo (paciente sem queixa); declaração/atestado para prática de atividade física; avaliação de saúde para frequentar CMEI/escola; agendamento de retorno), dentre outras;
- **Queixas odontológicas:** Os casos em que o paciente relata queixa, gestantes e menores de 01 ano devem ser inseridos na lista de chegada da odontologia para serem avaliados, e casos de hemorragia e/ou trauma devem ser conduzidos imediatamente para avaliação.
- **Demandas odontológicas sem queixas** podem ser agendadas pela recepção geral, tais como: Consulta odontológica eletiva; restaurações; extrações dentárias; profilaxia (Limpeza dentária); remoção de sutura (retirada de pontos); solicitação de radiografias.
- Realizar agendamento de retorno de consultas para usuários após atendimento com profissionais da própria unidade de saúde.

Figura 8 - Fluxograma de Acolhimento na Recepção



Fonte: Os autores, 2024.

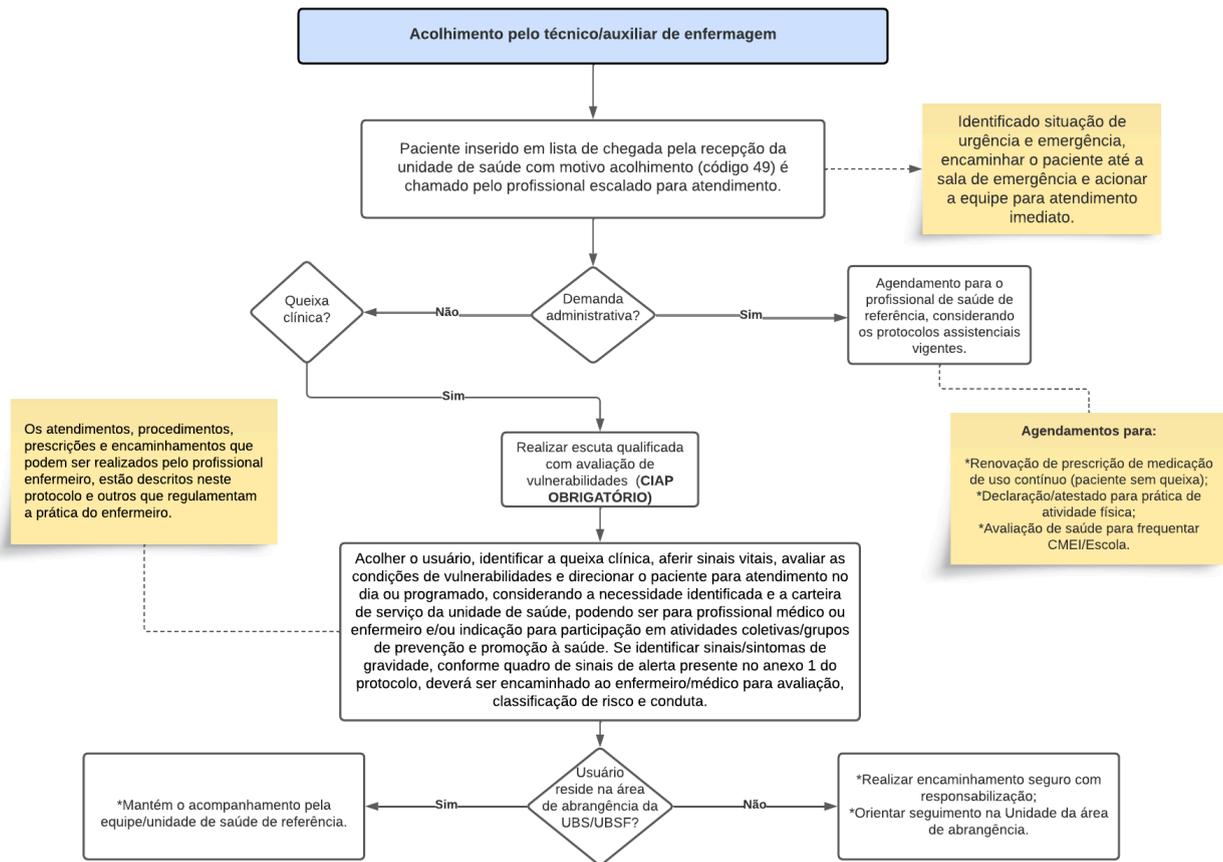
10.2 Acolhimento/Avaliação pelo Técnico/Auxiliar de enfermagem

- Realizar escuta qualificada;
- Anotar a queixa e início dos sintomas;
- Aferir sinais vitais;
- Anotar sobre doenças prévias e uso de medicamentos;
- Exames de apoio (oximetria de pulso e glicemia capilar) de acordo com a queixa clínica ou perfil do paciente (diabético e pacientes com doença respiratória);
- Após avaliação, conforme necessidade individual do usuário direcionar o mesmo para atendimento no dia ou programado, consulta médica, de enfermagem, odontológica ou equipe multiprofissional, conforme critérios estabelecidos;
- Acionar o enfermeiro sempre que necessário para apoio e esclarecimento de

dúvidas;

- Encaminhar para o profissional enfermeiro para atendimento e classificação de risco casos indiquem sinais e sintomas de alerta conforme descritos nos Anexo I;
- Encaminhar para a sala de observação e comunicar imediatamente o enfermeiro e/ou o médico os casos de urgência/emergência e auxiliar no atendimento;
- Acionar serviço de remoção (SAMU) para os casos que requeiram intervenção em serviço de urgência/emergência conforme necessidade clínica/gravidade identificada e/ou por meio da solicitação da equipe, além de garantir suporte ao usuário até que o mesmo seja transferido;
- Orientar os usuários as intervenções recomendadas para seguimento do cuidado;
- É obrigatório registrar todos os atendimentos em prontuário eletrônico em sistema informatizado próprio e inserir o CIAP do atendimento conforme a queixa, sinais e sintomas apresentados.

Figura 9 - Fluxograma de acolhimento pelo Técnico/Auxiliar de Enfermagem



Fonte: Os autores, 2024.

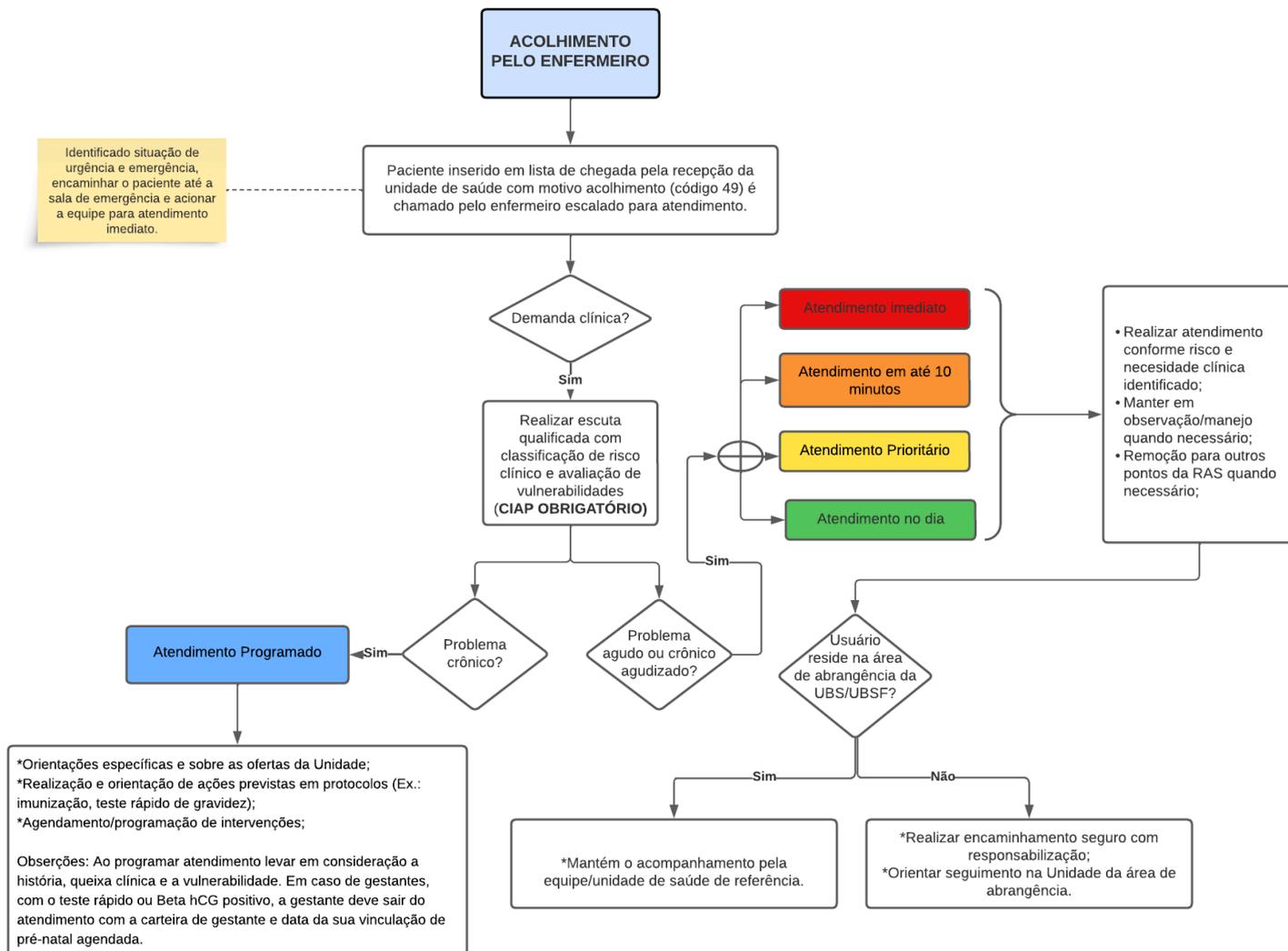
10.3 Acolhimento com Classificação de Risco e Avaliação de Vulnerabilidade pelo Enfermeiro

- Realizar escuta qualificada;
- Avaliar queixa principal e início dos sintomas;
- Avaliar antecedentes mórbido e medicamentoso;
- Avaliar resultado de exames quando houver;
- Verificar sinais vitais e realizar exame físico simplificado;
- Realizar exames de apoio (oximetria de pulso e glicemia capilar) de acordo com a queixa clínica ou perfil do paciente (diabético e pacientes com doença respiratória);
- Definir conduta conforme necessidade do paciente após escuta qualificada, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade;

- Encaminhar para a sala de observação e comunicar imediatamente o médico os casos de urgência/emergência;
- Acionar serviço de remoção (SAMU) para casos que requeiram intervenção em serviço de urgência/emergência conforme necessidade clínica/gravidade identificada e/ou por meio da classificação de risco e garantir suporte ao usuário até que o mesmo seja transferido;
- É obrigatório registrar todos os atendimentos em prontuário eletrônico em sistema informatizado próprio e inserir o CIAP do atendimento conforme a queixa, sinais e sintomas apresentados.



Figura 10 - Fluxograma de acolhimento pelo enfermeiro



Fonte: Os autores, 2024

10.3.1 atendimentos, prescrições e encaminhamentos mais comuns na APS que podem ser realizados pelo enfermeiro

- **Atendimentos**
 - Consulta de pré-natal;
 - Consulta de puericultura e puerpério;
 - Coleta de citopatológico/ avaliação ginecológica/ planejamento familiar (oferta de métodos contraceptivos)
 - Consulta de enfermagem;

- Consulta de hipertensos e diabéticos;
- Avaliação de saúde para frequentar CMEI/escola;
- Estratificação de risco;
- Grupos de promoção da saúde, prevenção e terapêutico;
- Classificação de risco.

- **Procedimentos**

Cateterismo Vesical de alívio e de demora;

Cateterismo nasogástrico e nasoenteral;

Troca da gastrostomia;

Troca de cistostomia;

Curativo especial;

Inserção de Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon). [Acesse aqui](#) o protocolo;

Inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), conforme protocolo.

Testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, antígeno para COVID-19;

Testes da mãezinha e do pezinho;

Vacinação.

- **Prescrições**

As prescrições que podem ser realizadas pelo profissional enfermeiro com indicação, posologia, tempo de tratamento e possíveis reações adversas estão descritas detalhadamente no Protocolo de Enfermagem: Conduta, manejo clínico e assistencial. A prescrição deve ocorrer após o atendimento / consulta de enfermagem com anamnese, exame físico e exames complementares quando necessário para definição da conduta adequada à necessidade.

No quadro abaixo estão descritos os sinais, sintomas, condições e/ou doenças para os quais pode haver prescrição medicamentosa pelo profissional enfermeiro, por ciclo de vida, conforme previsto em protocolo municipal.

Quadro 3 - Sinais/Sintomas/Condições/Doenças para os quais podem ser prescritos medicamentos pelo profissional enfermeiro

SINAL/SINTOMA/CONDIÇÃO/DOENÇA
CRIANÇA
Alergia dermatológica com prurido
Assadura
Candidíase de fraldas
Candidíase oral
Cólica no recém nascido
Congestão nasal
Coriza
Dengue
Dermatite amoniacal (dermatite de fralda)
Dermatite seborreica
Desidratação / Diarreia
Dor
Escabiose
Febre
Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva.
Limpeza de coto umbilical
Pediculose
GESTANTE E PUÉRPERA

Anemia
Candidíase
Cefaleia
Cólica/dores abdominais
Dengue
Dor lombar /pélvica
Dor nas mamas / Trauma mamilar
Ingurgitamento mamário
Mastite
Náusea / vômitos
Obstipação (flatulências)
Pirose/Azia
Planejamento familiar
Pré - eclâmpsia
Prevenção das malformações do Tubo Neural e Anemia
Queixas urinárias
Sífilis
Vaginose Bacteriana
HOMEM
Candidíase
Coceiras e dermatites
Condilomas
Dengue

Diabetes (renovação de prescrição médica conforme protocolo municipal HAS e DM)
Dor / febre
Escabiose
Hanseníase
Hipertensão (renovação de prescrição médica conforme protocolo municipal HAS e DM)
Infecção do Trato Urinário (ITU)
Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)
Pediculose
Pirose/Azia
Profilaxias Pré e Pós- exposição (PrEP e PEP) ao HIV (consultar o PCDT)
Tabagismo (Capacitados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo)
Tosse / resfriado
Tuberculose (conforme manejo PCDT)
MULHER
Coceiras e dermatites
Condilomas
Dengue
Desidratação
Diabetes (renovação de prescrição médica conforme protocolo municipal HAS e DM)
Disúria, nictúria, polaciúria, urgência miccional, dor e ardor ao coito (dispareunia)
Dor / febre
Escabiose

Hanseníase
Hipertensão (renovação de prescrição médica conforme protocolo municipal HAS e DM)
Infecção do Trato Urinário (ITU)
Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)
Pediculose
Pirose/Azia
Planejamento familiar
Profilaxias Pré e Pós- exposição (PrEP e PEP) ao HIV (consultar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT)
Queimaduras leves e brotoeja
Tabagismo (Capacitados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo)
Terapia de Reposição Hormonal *
Tosse / resfriado
Tuberculose (conforme manejo PCDT)
* Não indicado para adolescentes

Fonte: Os autores, 2024.

- **Encaminhamentos eletivos**

- Laqueadura;
- Vasectomia;
- Inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU);
- Inserção de Implante Subdérmico de Etonogestrel (Implanon); [Acesse aqui](#)
- Grupos de promoção e prevenção;
- Grupo de tabagismo;
- Centro de Atenção Psicossocial;
- Pré-natal de alto risco, conforme protocolo de Estratificação de Risco da

Gestante da SESA - [acesse aqui](#);

- Bebê de alto risco, conforme protocolo do Centro de Especialidades Terapêuticas (CET) - [acesse aqui](#);
- Plano de Parto;
- Ambulatório de feridas;
- Psicologia;
- Nutricionista;
- Fisioterapeuta;
- Farmacêutico;
- Fonoaudiologia;
- Terapeuta Ocupacional;
- Pediatria;
- Ginecologia e obstetrícia;
- Geriatria;
- Colposcopia;
- Oftalmologia;
- Ultrassonografia Mamaria Bilateral (caso mamografia com laudo apresentando Bi-Rads 0 ou ≥ 3);
- Ultrassonografia Obstétrica (Morfológica);
- Ultrassonografia Transvaginal (Para confirmar posicionamento do Dispositivo Intrauterino (DIU), em casos da ausência de fio visível da cérvix ou nos casos de fio com comprimento mais longo que aquele registrado no momento da inserção);
- Mamografia;
- Radiografia de tórax para paciente suspeito ou com diagnóstico de Tuberculose;
- Derivado Proteico Purificado - PPD para monitoramento de contatos assintomáticos de caso confirmado de tuberculose e para diagnóstico em criança menores de 10 anos;
- Eletrocardiograma;
- Exames laboratoriais.

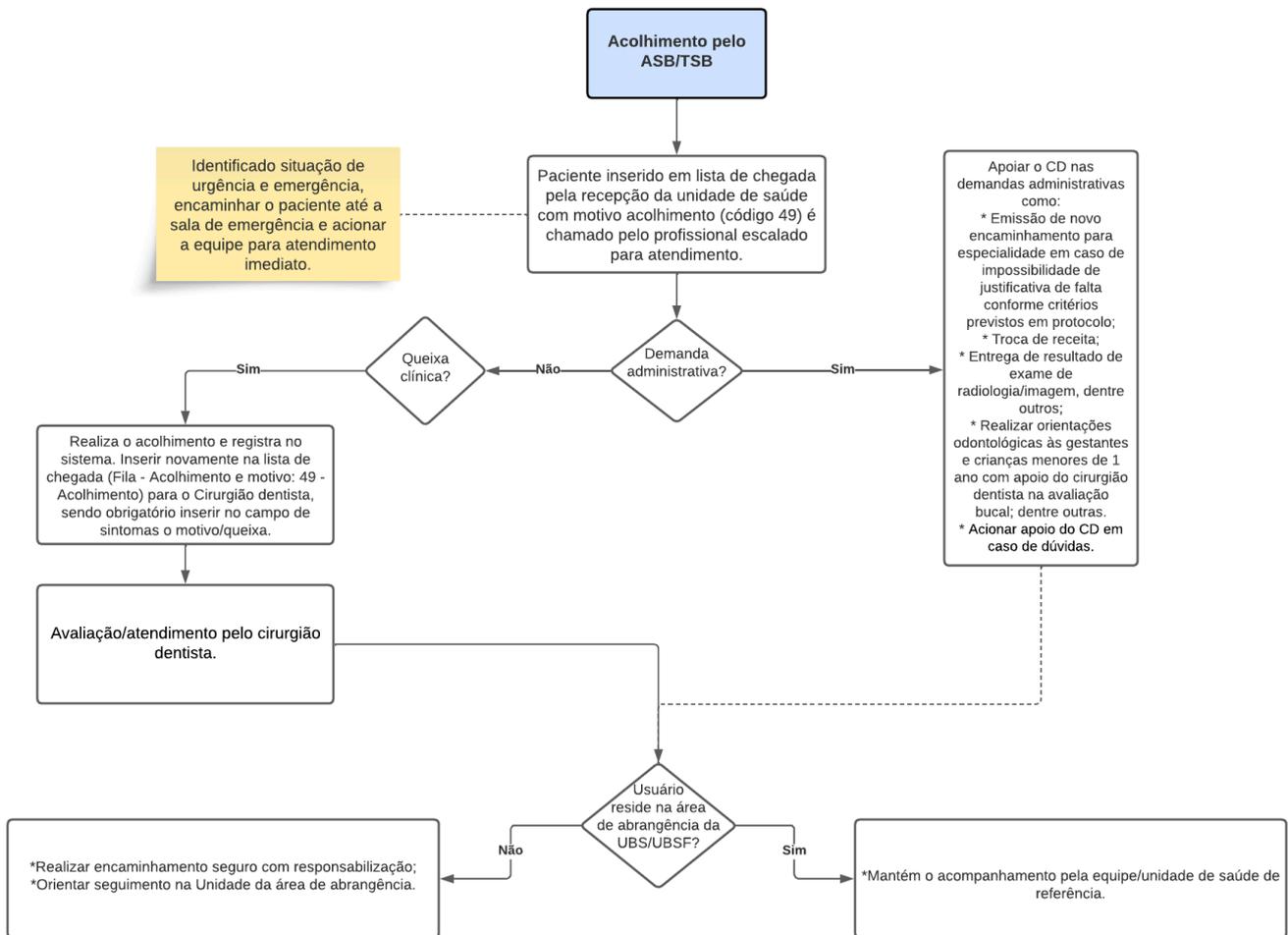
A solicitação de exames está presente no Protocolo Administrativo Solicitação de Exames Complementares [acesse aqui](#):

10.4 Acolhimento/Avaliação pelo Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal

- Ao identificar casos que possam se configurar urgência/emergência, acionar imediatamente o cirurgião dentista e acompanhar o usuário até a sala de observação e comunicar imediatamente o enfermeiro e/ou o médico para atendimento;
- Acionar apoio do Cirurgião Dentista em caso de dúvidas em relação à conduta a ser tomada;
- Situações eletivas deverão ser agendadas conforme disponibilidade de agenda programada para esses atendimentos ou no dia em vagas de pacientes faltantes;
- Apoiar o cirurgião dentista nas demandas administrativas como: emissão de novo encaminhamento para especialidade em caso de impossibilidade de justificativa de falta conforme critérios previstos em protocolo; troca de receita, entrega de resultado de exame de radiologia/imagem, dentre outros;
- Realizar orientações odontológicas às gestantes e crianças menores de 1 ano com apoio do cirurgião dentista na avaliação bucal;
- É obrigatório registrar todos os atendimentos em prontuário eletrônico em sistema informatizado próprio, sinais e sintomas apresentados.



Figura 11 - Fluxograma de acolhimento pelo Técnico/Auxiliar em Saúde Bucal



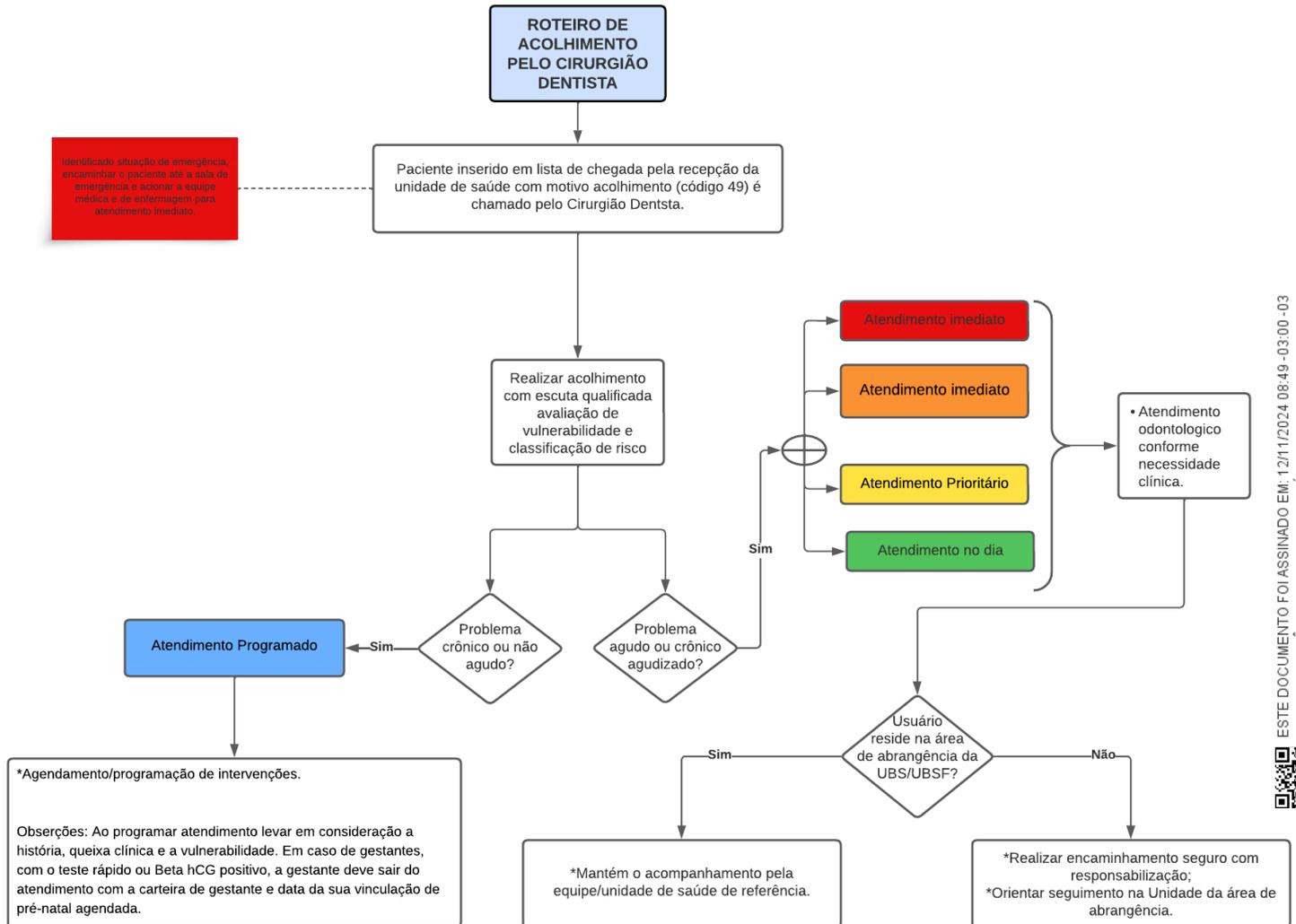
Fonte: Os autores, 2024.

10.5 Acolhimento/Avaliação pelo Cirurgião Dentista

- Ao identificar casos de emergência encaminhar e acompanhar o usuário até a sala de observação e comunicar imediatamente, enfermeiro e médico para atendimento;
- Avaliar todos os casos da demanda espontânea com queixas odontológicas, gestantes e crianças menores de um ano;
- Avaliar a queixa, início dos sintomas e antecedentes mórbido/medicamentoso;
- Realizar a classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade;
- Após avaliação através de escuta qualificada e classificação de risco, definir conduta conforme necessidade;

- É obrigatório registrar todos os atendimentos em prontuário eletrônico em sistema informatizado próprio, sinais e sintomas apresentados.

Figura 12 - Fluxograma de acolhimento pelo cirurgião dentista



11. ACOLHIMENTO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

11.1 Acidente de Trabalho

A Lei 8.213/91 define, em síntese, que acidente de trabalho “é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”. No que diz respeito ao acidente de trabalho, caracteriza-se:

II – Acidente de Trabalho Típico: aqueles decorrentes da característica da atividade profissional;

II – Acidente de Trajeto: ocorrência de evento acarretando lesão, no trajeto entre domicílio- trabalho e vice-versa.

11.1.1 Acidente com material biológico

Os acidentes com material biológico devem ser considerados emergências, tendo em vista que os resultados do tratamento profilático são mais eficientes quando o atendimento e a adoção das medidas pertinentes ocorrem no menor prazo possível após o acidente.

Considera-se Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, que podem ser definidos como microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons.

11.1.2 Atendimento de casos de acidente de trabalho

O acolhimento de trabalhadores após acidente de trabalho tanto de servidor público municipal quanto trabalhador de serviços privados deverá seguir o mesmo fluxo de acolhimento com classificação de risco, diferenciando apenas o fluxo e fichas de notificação/comunicação de acidente de trabalho conforme descrito no fluxograma.

O acidente de trabalho que envolve os servidores públicos nos diferentes regimes de contratação do município deverá seguir o fluxo de atendimento conforme figura 13.

A diferença entre a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e a Comunicação Interna de Acidente de Trabalho (CIAT) se refere ao regime de contratação. Desta forma, para os acidentes de trabalho que envolvem servidores estatutários, deverá ser preenchido a ficha CIAT, já para os demais trabalhadores deverá ser preenchida a ficha CAT.

O preenchimento da CAT ou CIAT e da ficha do SINAN deve ser iniciada pelo profissional que realizou o acolhimento e finalizada pelo médico, visto a necessidade do usuário passar pela avaliação desse profissional, bem como, de constar dados provenientes desse atendimento e a assinatura do mesmo nas fichas.

IMPORTANTE: A necessidade de comunicar e enviar imediatamente ao Departamento de Saúde Ocupacional (DSO) as fichas da CAT ou CIAT justifica-se pelo fato de:

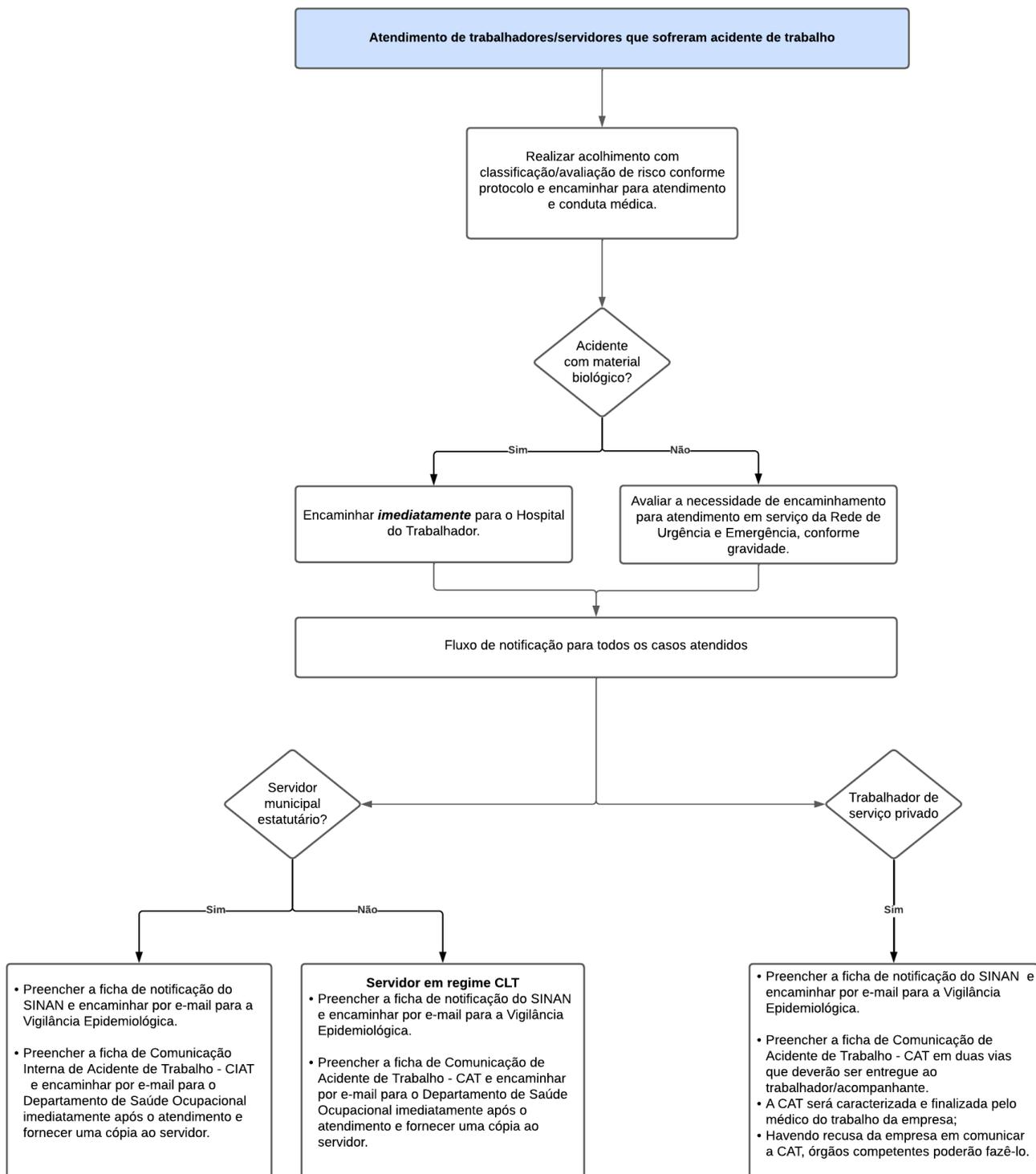
Nos casos dos servidores estatutários, conforme Lei 1703/2006 Artigo 9; Parágrafo único: O Comunicado do Acidente de Trabalho - CAT, deverá ser entregue ao órgão municipal competente no prazo máximo de 24 horas após o acidente.

Para os celetistas O DSO tem o prazo de 24 horas a contar do horário do acidente para realizar a abertura da CAT.

O envio das notificações deverá ser realizado pelo gerente da Unidade ou por alguém por ele designado, via e-mail para o Departamento de Vigilância Epidemiológica a ficha de notificação de acidente de trabalho - SINAN e para o Departamento de Saúde Ocupacional a ficha CAT ou CIAT, conforme descrito no fluxograma.

Para mais informações [acesse aqui](#) a página da Secretaria de Gestão de Pessoas - Departamento de Saúde Ocupacional.

Figura 13 - Fluxograma de atendimento de trabalhadores/servidores que sofreram acidente de trabalho



11.1.3 Sistema de informação de agravos de notificação - SINAN

A notificação de todas as doenças e agravos, incluindo a suspeita ou confirmação de acidentes de trabalho são obrigatórias em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, é prerrogativa da instituição que realizou o primeiro atendimento, emitir e realizar o adequado preenchimento da ficha de investigação de acidente de trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e encaminhar ao e-mail da vigilância epidemiológica. Todas as fichas de notificação compulsória podem ser encontradas na página do SINAN, [clique aqui](#).

11.2 Egressos de Internamentos, outros Pontos da Rede ou de Serviços Privados

Para os casos atendidos na demanda espontânea de pacientes egressos de internamentos ou de outros pontos da Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde, deverão ser acolhidos e avaliados, bem como a determinação de conduta conforme necessidade do usuário.

As guias de encaminhamentos, quando houver, poderão ser aceitas sem a necessidade de transcrição, deste modo deverão ser digitalizadas ao sistema informatizado e inseridas manualmente em fila de espera com a data de emissão da guia pelo profissional solicitante, conforme rotina estabelecida em Protocolo de regulação específico.

Guias de encaminhamentos provenientes da rede privada (particular/convênio) precisarão ser transcritas mediante consulta para avaliação do usuário e emissão de novo encaminhamento, conforme necessidade individual e critérios de encaminhamentos previstos em protocolos municipais para consultas especializadas, exames e procedimentos.

De maneira geral, todos os encaminhamentos deverão seguir os critérios e fluxos de encaminhamento previstos em Protocolos de regulação de acesso ou auditoria de consultas especializadas, exames e procedimentos, bem como, protocolo da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária (e-Multi).

11.3 Saúde Mental

Os usuários da demanda espontânea com queixas, situações de crise e/ou emergência em saúde mental devem ter o risco classificado conforme protocolo de

acolhimento à demanda espontânea, serem manejados e encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS AD, CAPSi), mediante contato prévio com os CAPS, de acordo com Protocolo de Urgências e Emergências Psiquiátricas ([Acesse aqui](#)).

As demandas relacionadas à saúde mental eletivas devem ser avaliadas mediante a aplicação do instrumento próprio de estratificação de risco em saúde mental, que está disponível no sistema informatizado, para definição do ponto de atenção à saúde indicado para cada usuário conforme grau de risco.

11.4 Verificação de Óbito Domiciliar

A responsabilidade pela emissão da declaração de óbito é de responsabilidade do profissional médico, conforme prevê o artigo nº 115 do Código de Ética Médica, art. 1º da Resolução nº 1779/2005 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Portaria do SUS Nº 116/2009.

Destaca-se que em horário de expediente da Unidade de Saúde a responsabilidade da verificação do óbito é do médico da Unidade do território de abrangência, preferencialmente o médico que vinha prestando assistência ao paciente, quando possível. Caso o paciente não tenha vínculo com a equipe ou Unidade de Saúde, ainda assim, compete ao médico da Unidade de referência do território preencher a Declaração de Óbito (DO).

O profissional só não irá preencher a DO, em casos que tenha suspeita de morte violenta. Nesse caso, após verificação o profissional deverá acionar a polícia militar e preencher a ficha do Instituto Médico Legal (IML), conforme orientações e fluxo em anexo deste protocolo.

12. REMOÇÃO DE PACIENTES PARA OUTROS PONTOS DA RAS

Considerando a portaria 2048/2002 a Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual as solicitações de atendimento são recebidas, avaliadas e hierarquizadas.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um programa do

governo federal e é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo ao óbito. O município de Araucária conta com uma base descentralizada do SAMU que atende os municípios da microrregião sudoeste conforme pactuação do Plano de Ação Regional (PAR), dispõe de uma ambulância de Suporte Avançado de Vida e duas de Suporte Básico de Vida, e é acionada pelo Complexo Regulador Metropolitano por meio do telefone 192.

Desta forma, os casos que apresentem alterações clínicas e necessitem de intervenção em serviço de urgência/emergência conforme necessidade clínica/gravidade identificada e/ou por meio da classificação de risco, o profissional deverá acionar o SAMU pelo telefone 192 e a partir da definição do regulador que classifica os pedidos de acordo com a urgência de cada caso, e, se houver indicação de transporte sanitário, a equipe será orientada para acionar a Central de Remoção de Paciente (CRP) por meio do telefone 0800 6433007 ou (41) 3614-7778 ou (41) 3614-7780. Para todas as solicitações de remoção de pacientes é necessário estar com todos os dados de identificação do usuário e os sinais vitais. Ressalta-se a importância de registrar em prontuário o número da ocorrência do SAMU.

Destaca-se que pacientes com alterações clínicas não devem ser encaminhados para outros pontos de atenção por meios próprios considerando o risco de piora do quadro durante o percurso.

A Central de Remoção de Pacientes é responsável pelo transporte sanitário para atendimentos eletivos ou intra hospitalares, contando com equipe de Enfermagem preparada que auxilia nas remoções.

14. REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. PARKER, R. (org). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 50-71, 1999.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1326-1330, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

Acesso em: 17 Jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília, 2013.

(Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 18 Jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II. 1a edição - 1a reimpressão Brasília – DF 2013. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf>. Acesso em: 19 Jul. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**, 2004. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNA_S2004.pdf>. Acesso em 10. Out. de 2023.

BRASIL, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

Acesso em 24 Mai. 2023.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. **Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.** Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html>.

Acesso em: 16 Out. de 2024.

BRASIL, **Política Nacional de Humanização, 2013.** Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf>. Acesso em 01 Set. 2023.

MENDES, E. V. **A Construção Social Da Atenção Primária À Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 1ª edição, 2015. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.

Acesso em 29 Mai. 2023.

MENDES *et al.* **A Construção Social Da Atenção Primária À Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2ª edição, 2019. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saud-e-2a-edicao/#:~:text=A%20constru%C3%A7%C3%A3o%20social%20da%20APS,processo%20e%20a%20educa%C3%A7%C3%A3o%20tutorial>>. Acesso em 29 Mai. 2023.

MENDES, E. V.; **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em 16 Jul. 2023.

MANCHESTER. Sistema Manchester de Classificação de Risco. **Classificação de Risco na Urgência e Emergência.** 1º EDIÇÃO. 2010.

RODRIGUES, H. B.; CAVALCANTE, J. H. V. **Vivência de escuta qualificada no acolhimento da emergência adulta.** Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/731/429>>. Acesso em 08 Nov. de 2023.

15. ANEXOS

Anexo I. Quadro com sinais de alerta

Sinais de alerta
Cianose de extremidade e perioral (pele arroxeada)
Convulsão
Criança sonolenta
Diarreia e vômitos intensos com sinais de desidratação
Dificuldade para respirar
Dor moderada e forte referida
Dor torácica
Edema de língua
Exantema (vermelhidão em todo corpo ou parte específica)
Febre
Hemorragias
Sinais vitais alterados
Suspeita de intoxicação
Traumas com mecanismos significativos (queda; ferimento por arma branca)
Urticária (lesões de pele avermelhadas, edema e coceira intensa)

Anexo II. Quadros de dados vitais

Temperatura (Criança)	
Febrícula	37,5 - 38,4°C
Quente	38,5 - 38,9°C
Muito Quente	Igual ou superior a 39,0°C
Temperatura (Adulto)	
Hipotermia	<35º
Febril	37,5-38,4º
Quente	38,5-40,9º
Muito Quente	>ou igual 41º
Frequência Respiratória	
Idade (anos)	FR/min
0	30-40
1-2	25-30
2-8	20-25
8-12	18-20
Adultos	14-18
Frequência Cardíaca	
Idade	Batimentos/min
Bebês	30-40

Crianças de 2 - 10 anos		25-30	
Crianças > 10 anos e adultos		20-25	
Saturação de Oxigênio			
Normal		95-99%	
Hipóxia leve		91-94%	
Hipóxia moderada		86-90%	
Hipóxia severa		<86%	
Pressão Arterial			
Referência	Pressão arterial sistólica	e/ou	Pressão Arterial diastólica
Pressão Arterial ótima	<120 mmHg	e	<80 mmHg
Pressão Arterial Normal	120-129 mmHg	e/ou	80-84 mmHg
Pré hipertensão	130-139 mmHg	e/ou	85-89 mmHg
Hipertensão Estágio 1	140-159 mmHg	e/ou	90-99 mmHg
Hipertensão Estágio 2	160-179 mmHg	e/ou	100-109 mmHg
Hipertensão Estágio 3	> ou igual a 180 mmHg	e/ou	> ou igual 110 mmHg

Anexo III. Escala de Coma de Glasgow

ESCALA 1. Escala de Glasgow		
	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR = O	Olhos abertos previamente à estimulação	4
	Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	3
	Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	2
	Ausência persistente de abertura ocular	1
	Olhos fechados devido a fator que interfere na pontuação	NT
MELHOR RESPOSTA VERBAL= V	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5
	Resposta não orientada, mas comunicação coerente	4
	Palavras isoladas inteligíveis	3
	Apenas gemidos	2
	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	1
	Fator que interfere com a comunicação	NT
MELHOR RESPOSTA MOTORA =M	Cumprimento de ordens com 2 ações	6
	Elevação da mão acima do nível da clavícula para localizar o estímulo	5
	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão normal	4
	Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante anormal	3
	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	2
	Ausência de resposta	1
	Fator que limita resposta motora	NT

Fonte: GLASGOW Coma Scale (2015)

Anexo IV. Avaliação de desidratação

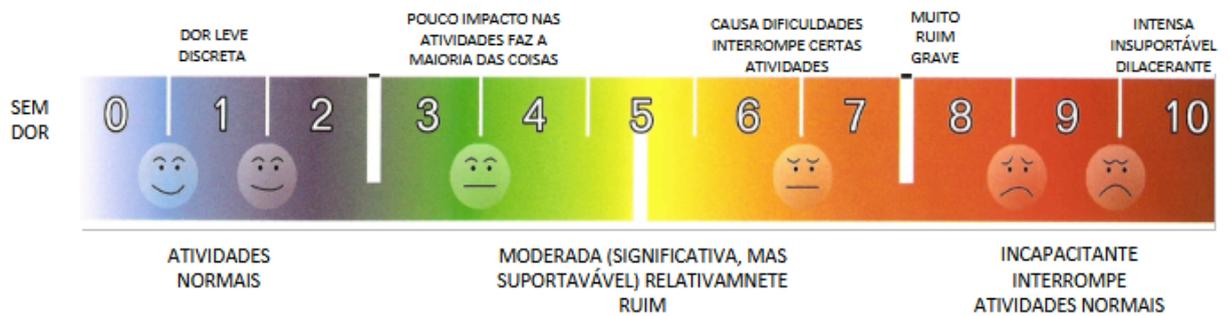
ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C

Fonte: Ministério da Saúde.

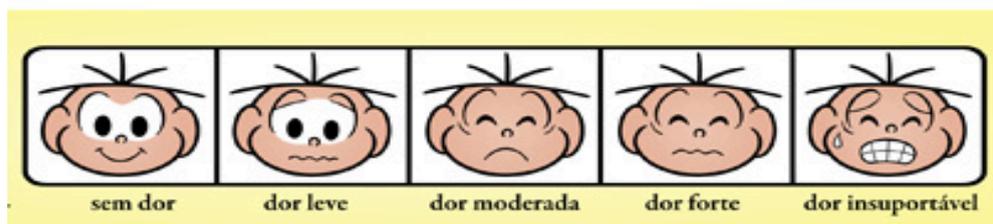
[Acesse aqui para mais informações do plano de tratamento](#)

Anexo V. Escalas de avaliação da dor

a) Adulto



b) Infantil



Anexo VI. Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT		
TIPO DE CIAT: INÍCIO () REABERTURA () COMUNICAÇÃO DE ÓBITO ___/___/___		
1. Identificação do Funcionário		
Nome: _____		
Matrícula: _____ Data de Admissão: ___/___/___ DN: ___/___/___ Sexo: M () F ()		
Cargo: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____ Telefone Residencial: _____		
CEP: _____ Município: _____ Secretaria: _____		
Unidade: _____ Telefone/Ramal: _____		
2. Informações sobre o Acidente		
Local do Acidente: _____ Agente Causador: _____		
Data do Acidente ___/___/___ Hora do Acidente: _____ Último dia trabalhado _____		
Número de horas trabalhadas até o acidente: _____ horas.		
<input type="checkbox"/> Com afastamento <input type="checkbox"/> Sem afastamento <input type="checkbox"/> Com óbito <input type="checkbox"/> Com lesão <input type="checkbox"/> Sem lesão		
3. Tipo de Acidente		
<input type="checkbox"/> Típico (no Trabalho) <input type="checkbox"/> Trajeto (deslocamento: de casa para o trabalho, do trabalho para casa) <input type="checkbox"/> Doença Ocupacional (competência exclusiva do DSO)		
4. Parte(s) do Corpo Atingida(s)		
<input type="checkbox"/> Cabeça (exceto olho) <input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto mãos) <input type="checkbox"/> Mãos e/ou punhos <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Sistemas e Aparelhos <input type="checkbox"/> Múltiplas partes <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Outros		
5. Descrição do Acidente		
_____ _____ _____ _____		
A Comunicação do Acidente de Trabalho deve ser encaminhada ao Departamento de Saúde Ocupacional no prazo de 24 horas da ocorrência do acidente		

**Departamento de
Saúde Ocupacional - DSO**

41 3614-7791
Rua Professor Alfredo Parodi N°30, Centro.
Araucária - PR
E-mail: dso@araucaria.pr.gov.br



Anexo VII. Formulário de Comunicação Interna de Acidente de Trabalho (CIAT)



COMUNICAÇÃO INTERNA DE ACIDENTE DE TRABALHO (CIAT) SERVIDOR ESTATUTÁRIO		
TIPO DE CIAT: INÍCIO () REABERTURA () COMUNICAÇÃO DE ÓBITO ___/___/___		
1. Identificação do Servidor		
Nome: _____		
Matrícula: _____ Data de Admissão: ___/___/___ DN: ___/___/___ Sexo: M () F ()		
Cargo: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____ Telefone Residencial _____		
CEP: _____ Município: _____ Secretaria: _____		
Unidade: _____ Telefone/Ramal: _____		
2. Informações sobre o Acidente		
Local do Acidente: _____ Agente Causador: _____		
Data do Acidente ___/___/___ Hora do Acidente: _____ Último dia trabalhado _____		
Número de horas trabalhadas até o acidente: _____ horas.		
<input type="checkbox"/> Com afastamento <input type="checkbox"/> Sem afastamento <input type="checkbox"/> Com óbito <input type="checkbox"/> Com lesão <input type="checkbox"/> Sem lesão		
3. Tipo de Acidente		
<input type="checkbox"/> Típico (no Trabalho) <input type="checkbox"/> Trajeto (deslocamento: de casa para o trabalho, do trabalho para casa) <input type="checkbox"/> Doença Ocupacional (competência exclusiva do DSO)		
4. Parte(s) do Corpo Atingida(s)		
<input type="checkbox"/> Cabeça (exceto olho) <input type="checkbox"/> Membros superiores (exceto mãos) <input type="checkbox"/> Mãos e/ou punhos <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Sistemas e Aparelhos <input type="checkbox"/> Múltiplas partes <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Outros		
5. Descrição do Acidente		
_____ _____ _____ _____		
A Comunicação do Acidente de Trabalho deve ser encaminhada ao Departamento de Saúde Ocupacional no prazo de 24 horas da ocorrência do acidente		

**Departamento de
Saúde Ocupacional - DSO**

41 3614-7791
Rua Professor Alfredo Parodi N°30, Centro.
Araucária - PR
E-mail: dso@araucaria.pr.gov.br





**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**



**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA**
6. Atendimento Médico

Unidade de Atendimento: _____ Data ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____	
Descrição da(s) Lesão(s): _____ _____ _____	
Diagnóstico provável: _____ CID: _____	
O tratamento deverá ser:	<input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Ambulatorial
Deverá afastar-se do trabalho:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Duração provável do tratamento: _____	
Observações: _____ _____	
Assinatura e carimbo do Médico _____ Data ____ / ____ / ____	

7. Testemunhas do Acidente

Nome: _____ Assinatura _____	
Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____	
Nome: _____ Assinatura _____	
Endereço: _____ Telefone/Ramal: _____	
Chefia Imediata: Data ____ / ____ / ____	Declaro serem verdadeiras todas as informações aqui prestadas, assumindo total responsabilidade pelas mesmas:
Nome: _____	
Assinatura e Carimbo	Assinatura do servidor

**Departamento de
Saúde Ocupacional - DSO**

41 3614-7791
Rua Professor Alfredo Parodi N°30, Centro.
Araucária - PR
E-mail: dso@araucaria.pr.gov.br



Anexo VIII. Fluxo de óbito



Araucária , 31 de Agosto de 2022

Fluxo de óbito do Município de Araucária

A responsabilidade na emissão da Declaração de Óbito (DO) é do médico conforme prevê o artigo 115 do Código de Ética Médica , artigo 1º da Resolução nº 1779/2005 , do Conselho Federal de Medicina , e a Portaria SUS nº 116/2009.

- FLUXO DE ÓBITO EM DOMICÍLIO DURANTES ÀS 24 HORAS :

- Médico Assistente da UBS / ESF emite a DO durante horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde / Unidade de Estratégia da Saúde da Família ;
- Se UBS/ESF sem médico ou fechada :
Médico da ambulância ALFA do SAMU vai até o domicílio e constata o óbito .
Ambulância sanitária transporta o corpo até a UPA onde médico plantonista fornece Declaração de Óbito (DO).

O médico que vinha prestando assistência aos pacientes , sempre que possível , deve emitir a DO.

Excetuando situações de morte violenta / acidente / morte suspeita (causas externas) : nestas situações é acionada a polícia e a DO será emitida no Instituto de Medicina Legal (IML).

- FLUXO DE ÓBITO EM VIA PÚBLICA :

- Médico da ambulância ALFA do SAMU irá até o local e constata o óbito .
Ambulância sanitária transporta o corpo até a UPA onde médico plantonista fornece Declaração de Óbito (DO).
- Se paciente acompanha na Unidade de Saúde , Estratégia de Saúde de Família:
Médico Assistente da UBS / ESF emite a DO.

O médico que vinha prestando assistência aos pacientes , sempre que possível , deve emitir a DO.

Excetuando situações de morte violenta / acidente / morte suspeita (causas externas) : nestas situações é acionada a polícia e a DO será emitida no Instituto de Medicina Legal (IML).

**Secretaria Municipal
de Saúde**

+55 41 3614-1470
smsa@araucaria.pr.gov.br
Rua Pedro Druszcz, 111, 2º Andar - Centro
CEP 83702 080 - Araucária / PR

- FLUXO DE ÓBITO POR MORTE VIOLENTA :

- Violência , homicídio , suicídio , acidente , morte suspeita) qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente .
**Polícia deve ser acionada e IML .
DO será emitida no IML .**

O município não possui serviço de verificação de óbitos . (SVO)

- ÓBITO OCORRIDO EM AMBULÂNCIA :

- Os médicos que trabalham em serviços de remoção , de transportes de emergência , quando o mesmos prestam o primeiro atendimento e o paciente vem a falecer , **devem fornecer a DO se a causa for natural** e tenham informações suficientes para tal ;
- Causas externas : IML .

- ATENDIMENTO EQUIPE SAMU :

- Quando ocorrer atendimento médico pela Equipe do SAMU , seja na ambulância ou em outro local e apesar de manejo pela equipe paciente falecer , DO deverá ser fornecida pela equipe SAMU que prestou atendimento .

Dra Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira
CRM 17.795 PR
Direção Técnica / SMSA

**Secretaria Municipal
de Saúde**

+55 41 3614-1470
smsa@araucaria.pr.gov.br
Rua Pedro Druszcz, 111, 2º Andar - Centro
CEP 83702 080 - Araucária / PR

Anexo IX. Orientações sobre preenchimento da declaração de óbito

1

	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA ARAUCÁRIA	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	

ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO	
<i>Elaborado por: Bianca Fagundes Caron Schüller</i>	<i>Data: 25/01/2021</i>
<i>Aprovado por: Débora Regina Sabino</i>	<i>Data: 25/01/2021</i>
ORIENTAÇÕES SOBRE PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO	
<p>Conforme Resolução do CFM número 2.171/2017 que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento, iniciamos em dezembro de 2020 as atividades da Comissão de Revisão de Óbitos da UPA Araucária.</p> <p>Temos observado algumas inconsistências em relação ao correto preenchimento da Declaração de Óbito.</p> <p>Solicito aos COLEGAS MÉDICOS atenção ao preenchimento da Declaração de Óbito (DO).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Em casos de óbito fora do serviço médico, SEMPRE avaliar o corpo PESSOALMENTE. ➤ Verificar possíveis sinais de violência ou causas externas é um DEVER MÉDICO. Nesses casos o corpo deverá ser encaminhado ao IML/SVO, realizando contato prévio com o serviço. <ul style="list-style-type: none"> - Quando o SAMU avaliar esses casos no domicílio ou via pública é dever do médico do SAMU realizar o Boletim de Ocorrência ou então a família do paciente. E já fica a cargo da polícia ou IML cuidar do caso, não podendo o corpo ser removido do local antes da avaliação da perícia. ➤ A DO deve ser preenchida com LETRA LEGÍVEL E DE FORMA, com caneta esferográfica. ➤ Todos os campos da DO devem OBRIGATORIAMENTE ser preenchidos. O médico é o responsável por todas as informações contidas na DO e deve verificar se todos os itens de identificação estão devida e corretamente preenchidos. Quando não se conhecer a informação preencher com “Ignorado”. ➤ Devem ser evitadas, sempre que possível, emendas ou rasuras. Caso isto ocorra, e não for possível realizar uma retificação na DO, o conjunto deve ser anulado e encaminhado à vigilância epidemiológica. Não rasgar ou descartar. ➤ Não fazer abreviações de palavras ou nomes, nem mesmo dos diagnósticos mais usuais, escrever por extenso todas as palavras – DM, Diabetes Mellitus. ➤ No campo 11- Raça, deve ser perguntada ao responsável pelas informações do falecido, nunca ser decidida pelo médico a partir da observação. ➤ No campo 13- Escolaridade (última série concluída), deve ser respondida em duas etapas, informando inicialmente o “Nível” de escolaridade que a pessoa falecida cursou e em seguida a última “Série” concluída com aprovação. Caso não tenha estudado, anotar sem escolaridade. 	

Rua Pedro Druszcz, 111 – CEP: 83702-080 – Centro – Araucária – Telefone: (41) 3614-1470

	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA ARAUCÁRIA	
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	

- No campo 14- Ocupação habitual é o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva. Não preencher com ocupações vagas, como vendedor, operário, professor, mas com o complemento da ocupação: vendedor de automóveis, operário têxtil, professor de matemática do ensino médio. No caso de ser aposentado, preencher com a ocupação anterior.
- No campo 37- Óbito de mulher em idade fértil (entre 10 e 49 anos), assinalar a situação gestacional ou pós gestacional em que ocorreu o óbito. Este é um campo de importância essencial para identificar óbitos maternos. O não preenchimento deste campo em óbitos de mulheres férteis gera custos adicionais ao sistema de saúde para investigar e obter posteriormente esta informação.
- No campo 38- Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte. Refere-se ao atendimento médico continuado que o paciente recebeu, ou não, durante a enfermidade que ocasionou o óbito.
- No campo 39- Necrópsia. Assinalar a alternativa se foi ou não realizado necrópsia no caso.
- Não utilizar termos vagos para o registro das causas de morte, como parada cardíaca, parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos.
- No campo 40- Parte I- Anotar a causa que provocou a morte (causa terminal – linha a) e dos estados mórbidos que desencadearam este desfecho final (causas antecedentes ou consequenciais – linhas b e c, e a causa básica – linha d). É fundamental que, na última linha d, o médico declare corretamente a causa básica, com um diagnóstico apenas, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária.
-Parte II- Anotar outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte, mas que não fizeram parte da cadeia definida na parte I.
-Tempo aproximado entre o início da doença e a morte- este espaço deverá sempre ser anotado em ambas as Partes I e II.
-Os espaços destinados aos códigos da CID são destinados à codificação das causas pelo profissional responsável por este trabalho, nas Secretarias de Saúde, o codificador de causas de morte. Não devem ser preenchidos pelo médico neste momento.
- No campo 44- Município e UF do SVO ou IML. Deve ser preenchido APENAS quando o atestado for realizado pelo SVO.
- No campo 45- Meio de contato- Anotar o meio de se entrar em contato com o médico que assinou a DO, telefone, fax, e-mail ou outro qualquer. Usar preferencialmente o contato do serviço de saúde.
- No campo 51- Descrição sumária do evento. Quando o óbito tiver ocorrido em domicílio ou via pública e não for encontrado sinais de violência ou causas externas, o médico deve descrever neste campo que NÃO há sinais de violência ou causas externas.

Anexo X. Ficha para casos de óbito com suspeita de violência

		POLÍCIA CIENTÍFICA INSTITUTO MÉDICO LEGAL NECROTÉRIO- COORDENADORIA				
1 FICHA DE ADMISSÃO / NECROTÉRIO						
SML Nº _____ / 22		SMAP Nº _____ / _____				
NOME (suposto <input type="checkbox"/>): _____ RG: _____						
IDADE: _____ DATA DE NASC.: ____/____/____ SEXO: <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fem.						
2 DATA E HORA DO ÓBITO (provável): ____/____/2022 AS ____ h ____ min						
ENDEREÇO: _____						
3 HISTÓRICO:		PARA SUPOSTA MORTE NATURAL				
		TINHA ALGUMA DOENÇA? QUAL?				
		FAZIA ALGUM TRATAMENTO?				
4 CARACTERÍSTICAS:						
VESTES:						
PERTENCES:						
ENTREGUES A:		ASSINATURA E RG:				
TATUAGENS E OU CICATRIZES:						
COR:	<input type="checkbox"/> BRANCA	OLHOS:	<input type="checkbox"/> CASTANHOS	CABELOS:	<input type="checkbox"/> NEGROS	PESO
	<input type="checkbox"/> NEGRA		<input type="checkbox"/> NEGROS		<input type="checkbox"/> LOIROS	
	<input type="checkbox"/> PARDA		<input type="checkbox"/> AZUIS		<input type="checkbox"/> CASTANHOS	
	<input type="checkbox"/> AMARELA		<input type="checkbox"/> VERDES		<input type="checkbox"/> GRISALHOS	
						TALHE
5 CANCELAMENTO - MORTES DE CAUSAS NATURAIS						
MOTIVO: <input type="checkbox"/> D.O. assinada por médico assistente - CRM: _____ ass: _____						
<input type="checkbox"/> outro, especificar _____						
Horário de saída do IML: ____ h ____ min				Horário de chegada ao local do fato: ____ h ____ min		
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:					ENTRADA NO IML ____ h ____ min	
FUNÇÃO: _____					DATA: ____ / ____ / 2022	

16. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Acolhimento e Classificação de risco à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde - APS			
Edição	Elaborado por	Aprovado por (Nome/data)	Descrição da Edição
01	Marisa Ferraz Gavronski Gawron Márcio Souza dos Santos	Lucas Foltz Regina Mendonça de Carvalho (Processo administrativo digital nº159543 / 2024)	Primeira versão