

Guia Orientador

Ciclo II - Tutoria I



Macroprocesso de Atenção aos Eventos Agudos



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Projeto Planificação

Coordenador Projeto Planificação

Rafael Fernandez Saad

Assessoria Técnica

Alzira Guimarães
Eliane Chomatas
José Pereira de Souza
Lavínia Aragão
Priscila Rabelo
Marta Campagnoni

Autoras

Alzira Guimarães
Eliane Chomatas
Priscila Rabelo



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



Sumário

1. Escopo 04

2. Contextualização 06

Avaliação de risco e vulnerabilidades 11

Gestão das agendas de atendimento individual e trabalho em equipe 14

Classificação geral dos casos de demanda espontânea na APS 15

Papel da primeira escuta do usuário no processo de classificação de risco 16

Sugestão de fluxo dos usuários na APS 17

3. Operacionalização do Projeto 19

Pré-tutorias 21

Tutorias 22

Pós Tutoria 25

4. Resposta aos eventos agudos e agudizações das condições crônicas 26

NA APS 26

NA AAE 27

5. Organização dos macroprocessos 28

6. Referências 30

7. Apêndice 31

Orientações para elaboração de plano de contingência (PC)¹ 31

10 passos para elaborar um plano de contingência em saúde² 33

8. Anexos 34

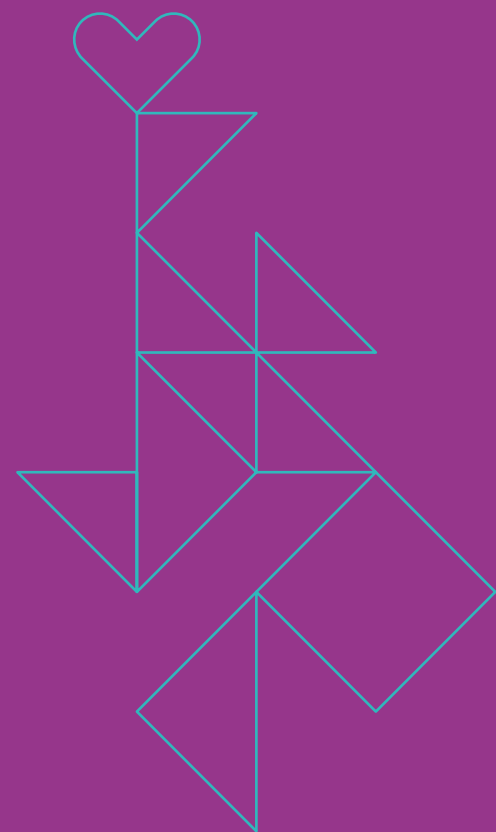
Classificação de risco e vulnerabilidade 34

Escalas 35

Fluxograma com classificação de risco de algumas queixas comuns na APS 37

Manejo da hipoglicemia 42

Materiais e procedimentos para assistência às urgências e às emergências na Atenção Primária à Saúde³ 46





1. Escopo

Concluído o primeiro ciclo do projeto Planificação da Atenção à Saúde, iniciativa realizada pela Beneficência Portuguesa de São Paulo - BP no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - Proadi-SUS, inicia-se um novo ciclo da iniciativa para o período 2024-2026. Este novo ciclo de continuidade objetiva consolidar o processo que já vem sendo realizado em cinco unidades federativas - Goiás, Maranhão, Rio Grande do Sul, Rondônia e o Distrito Federal. Para operacionalização do projeto, ocorreram mudanças estruturais e territoriais, como a incorporação da região de São João dos Patos, MA, completando agora todas as regiões da Macrorregião Leste daquele estado. Em Rondônia, foi incorporada à região Madeira-Mamoré, o que faz com que o projeto contemple todo o Estado com a BP. Houve também incremento do número de municípios nas regiões do Rio Grande do Sul, ampliando de 09 para 33 municípios. Já em Goiás, o projeto estará presente em quatro macrorregiões: Nordeste, Centro Sudeste, Sudoeste e Centro Oeste. No total serão contempladas 32 regiões de saúde neste novo triênio.

Com o desenvolvimento do Projeto, espera-se qualificar o acesso à atenção e ao cuidado à saúde, respeitando as necessidades dos territórios e as potencialidades de uma rede organizada. Visamos, também, contribuir com a consolidação de um modelo de atenção que tenha a Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora do cuidado e coordenadora da Redes de Atenção à Saúde (RAS), apoiando a efetivação da regionalização e a implementação de novas políticas que respondam às condições sanitárias dos territórios.

A proposta é que, neste novo ciclo, sejam abordados,

macro e microprocessos não contemplados no triênio anterior, bem como aprofundados aqueles que ainda apresentam fragilidades, de modo a caminharmos em direção à construção social da Atenção Primária de Saúde (APS), e tornando-a cada vez mais qualificada e capaz responder às necessidades de saúde da população (CONASS, 2019). A organização dos ambulatorios no modelo PASA (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial) e integração com a APS, configura-se também como eixo estruturante do projeto.

A fundamentação teórica de referência para o diálogo entre a construção social da APS e o cuidado das condições crônicas está edificado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2009). As diretrizes metodológicas elaboradas em 2022 para dar sustentabilidade ao desenvolvimento do projeto, no primeiro ciclo, fundamentarão a organização dos macroprocessos da APS e da AAE na perspectiva da RAS, uma vez que esse projeto, como mencionado, é de continuidade. No primeiro ciclo foram realizadas oito oficinas tutoriais e trabalhados macroprocessos eleitos, naquele momento, como prioritários. Esses macro e microprocessos foram priorizados em função do período limitado do projeto (16 meses). Foram assim priorizadas, principalmente, a atenção às condições crônicas, justificada pelo seu aumento em ritmo acelerado, o que gera fortes impactos na organização dos serviços de saúde (MENDES, 2011). Mesmo já tendo sido contemplados os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, os usuários frequentes e as enfermidades continuam eleitos como prioritários para a organização da atenção à saúde, exigindo acompanhamento constante durante todo o processo da Planificação.

Todavia, para este ciclo, será dado prosseguimento a implantação de macro e microprocessos ainda não trabalhados, os quais serão organizados em cerca de 15 oficinas tutoriais, ao longo de três anos (2024-2026). As mesmas estratégias metodológicas serão utilizadas na operacionalização do projeto, quais sejam: tutorias presenciais, intertutorias sustentadas, além de estratégias educacionais diferenciadas, que propiciem um aprimoramento das competências profissionais.

A implantação das mudanças nos macroprocessos implica na utilização de uma estratégia educacional diferenciada. A atividade de tutoria, na qual o tutor tem o domínio do processo e interage com os demais em uma situação educacional de aprender construindo junto, é estruturante para auxiliar as equipes no desenvolvimento do projeto.

Serão priorizados os macroprocessos não abordados e aqueles não aprofundados, sendo eleitos para esse ciclo os macroprocessos de atenção aos eventos agudos, atenção preventiva relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos, os macroprocessos de demandas administrativas, de atenção domiciliar e macroprocessos de cuidados paliativos. Além desses macroprocessos, a segurança do paciente na APS e saúde bucal também serão enfatizados com as equipes de saúde da família em seus respectivos territórios. Cursos de curta duração serão realizados, quando identificadas necessidades regionais/locais.

Considerando a diversidade do país e das regiões de abrangência do projeto, com o constante incremento de algumas doenças transmissíveis, a priorização do desenvolvimento dos macroprocessos ocorrerá em função da situação epidemiológica dessas regiões de saúde que participam do projeto.

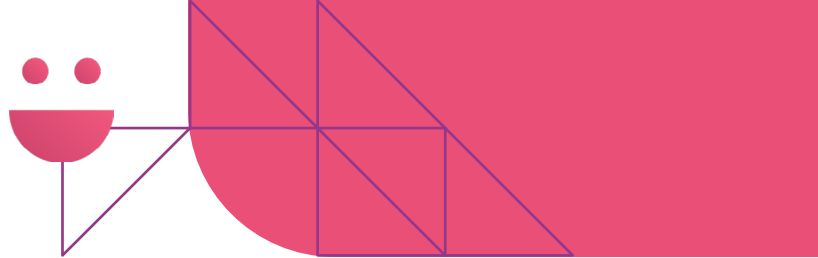
Em virtude do surgimento de surtos epidêmicos, ou

epidemias, para dar suporte aos gestores estaduais, regionais e municipais, será realizada uma abordagem sobre estratégias de organização dos serviços com base no monitoramento de eventos agudos, agudização de condições crônicas e orientações para a elaboração de plano de contingências para doenças emergentes e reemergentes, como instrumento fundamental para nortear as respostas à determinada tipologia de emergência em saúde pública. Também estão elencados como prioridades o (re)conhecimento do território, das lideranças locais, já realizadas, necessitando serem atualizadas e aprofundadas, a identificação de parcerias locais, conhecimento da satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

As oficinas tutoriais serão desenvolvidas de forma presencial. As intertutorias sustentadas serão desenvolvidas para dar sustentabilidade aos macroprocessos que estão sendo trabalhados e para os que se encontram com dificuldade na implantação/implementação.

A aproximação com instâncias do controle social, a exemplo dos conselhos locais, municipais, regionais e estaduais também são prioridades. Considerando a importância dessas instâncias, nas discussões nos territórios, faz-se importante para assegurar a participação da sociedade no desenvolvimento de políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os instrumentos de avaliação dos macroprocessos da APS e da AAE, denominados como "check list" se constituem em ferramentas importantes para o acompanhamento e avaliação dos macro e microprocessos desenvolvidos pelas equipes e sua utilização será ampliada, pois haverá tempo hábil (três anos) para a operacionalização do projeto.



2. Contextualização

Em decorrência da situação epidemiológica do país, derivada sobretudo do incremento de algumas doenças transmissíveis, foi eleito para esta primeira tutoria do Ciclo II o trabalho com os Macroprocessos de atenção aos eventos agudos como prioridade. Este macroprocesso abrange as condições agudas propriamente ditas e as condições crônicas agudizadas, compreendendo:

- Acolhimento;
- Classificação de risco;
- Atendimento às pessoas com eventos agudos de menor gravidade;
- Atendimento às pessoas com agudização de condições crônicas;
- Primeiro atendimento às pessoas com eventos agudos de maior gravidade e encaminhamento, se necessário, para outros pontos de atenção da RAS;
- Integração vertical com os pontos de urgência da rede de atenção (integração dos diversos pontos da rede por meio de uma comunicação fluida entre eles e com gestão única, independente se o serviço é federal, estadual, municipal ou privado).

As condições agudas caracterizam-se como aquelas de curso curto e que se manifestam de forma pouco previsível, exigindo tempo de resposta oportuno pelo sistema de atenção à saúde. Envolvem as doenças transmissíveis de curta duração (como gripe e dengue), as

doenças inflamatórias e infecciosas agudas (apendicite ou amigdalite) e os traumas.

Para aprofundamento da temática, recomenda-se a (re)leitura sobre o macroprocesso de atenção aos eventos agudos (Mendes, 2012) e as diretrizes metodológicas do Projeto PAS/BP, que abordam as condições de saúde.

Condições de saúde e modelos de atenção à saúde

Para uma discussão sobre a atenção aos eventos agudos, cabe uma revisita ao conceito de condições de saúde. Segundo Mendes (2012), elas são definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma frequentemente persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes dessas redes e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. São diferenciados por modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas (MENDES, 2011).

Classificação de risco e vulnerabilidade à demanda espontânea na atenção primária

Como mencionado, o modelo de atenção às condições agudas presta-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e, também, aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas. Seu objetivo é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir seu ponto de atenção mais adequado, considerando-se, como variável crítica, o tempo requerido de acordo com risco classificado, ou seja, o tempo resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências (MENDES,2012).

Deste modo, organizar o sistema de atenção à saúde para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos originados das condições crônicas, implica, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, contribuindo para estabelecer o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem se estrutura em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências. (MENDES,2012).

Assim, a capacitação em classificação de risco no âmbito da APS é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências porque define, em função dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta mínimo do sistema de atenção à saúde.

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Esse modelo tem como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), o qual utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados.

O modelo de atenção aos eventos agudos estrutura-se em quatro níveis e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde; a prevenção das condições de saúde; a gravidade (risco); o tempo resposta e os recursos necessários (Figura 1).

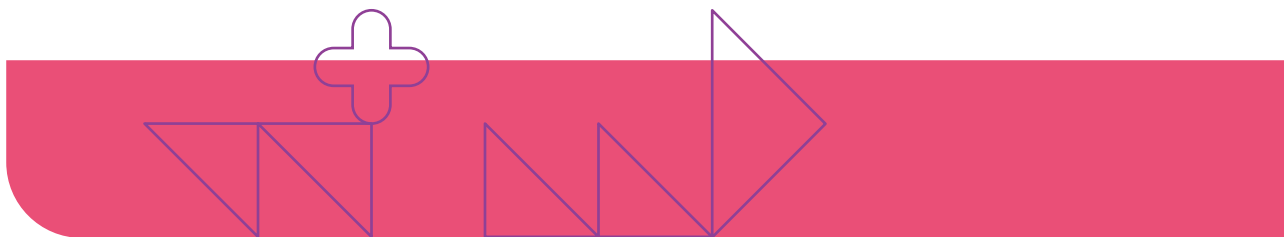


Figura 1 - Modelo de atenção a eventos agudos proposto. (Mendes, 2014)

O nível 1 do modelo de atenção aos eventos agudos incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde. Nesse nível, as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais.

No nível 2 são incorporadas as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde, relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (uso excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, estresse, entre outros). As ações nesse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos frequentes, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Já os níveis 3 e 4 referem-se a eventos agudos ocorridos que devem ser atendidos por uma tecnologia de gestão da clínica, denominada de gestão das condições de saúde.



No nível 3 faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para isso, utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo.

Para o nível 4, operam-se as intervenções de gestão da condição de saúde no manejo dos eventos diagnosticados. Nesse nível, faz-se o atendimento nos pontos de atenção e tempo estabelecidos pela classificação de risco e diagnóstico, mediante a utilização de protocolos clínicos baseados em evidência, ações de educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos de atenção nas unidades de atendimento aos eventos agudos e a programação dos eventos agudos.

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências, envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, a APS. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

Nas redes de atenção às urgências e emergências, a APS não constitui centro de comunicação, mas desempenha função importante por ser um dos seus pontos de atenção, responsável pelo atendimento da maior parte dos eventos agudos. Assim, a APS deve classificar os riscos das pessoas que se apresentam neste ponto de atenção

com queixa de evento agudo, deve atender às urgências menores e deve prestar os primeiros atendimentos às urgências maiores, encaminhando-as, por meio da central de regulação, a pontos de atenção de maior resolutividade para essas situações.

Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma unidade básica de saúde (UBS) diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto atendimento, pois a APS trabalha em uma equipe que tem conhecimento prévio da população. Essa equipe, na maior parte das vezes, mantém registro em prontuário anterior à queixa aguda, bem como possibilita o retorno deste paciente com a mesma equipe de saúde. Isso propicia acompanhamento longitudinal do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

Este tipo de atendimento deve primar, sobretudo, por uma visão clara e precisa do modelo de acolhimento que buscamos. Na literatura, existem várias definições de acolhimento. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de forma legítima, como pretensões de verdades. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas clareza e explicação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos revelando perspectivas

e intencionalidades. Neste sentido, poder-se-ia referir genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

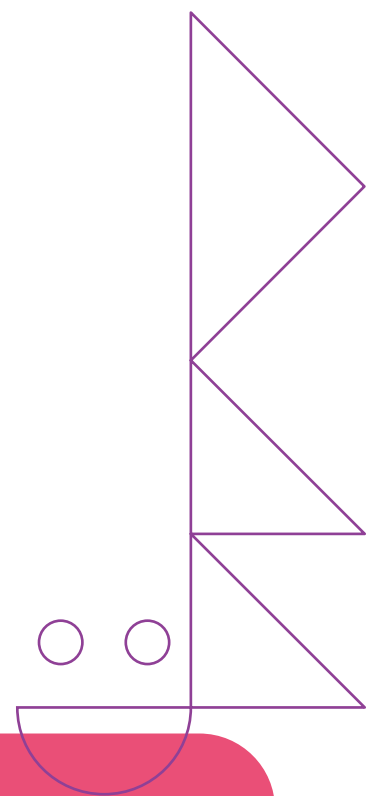
O cuidado à demanda espontânea na APS deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de saúde e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as RAS do SUS. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e, sobretudo, reconhecida como legítima.

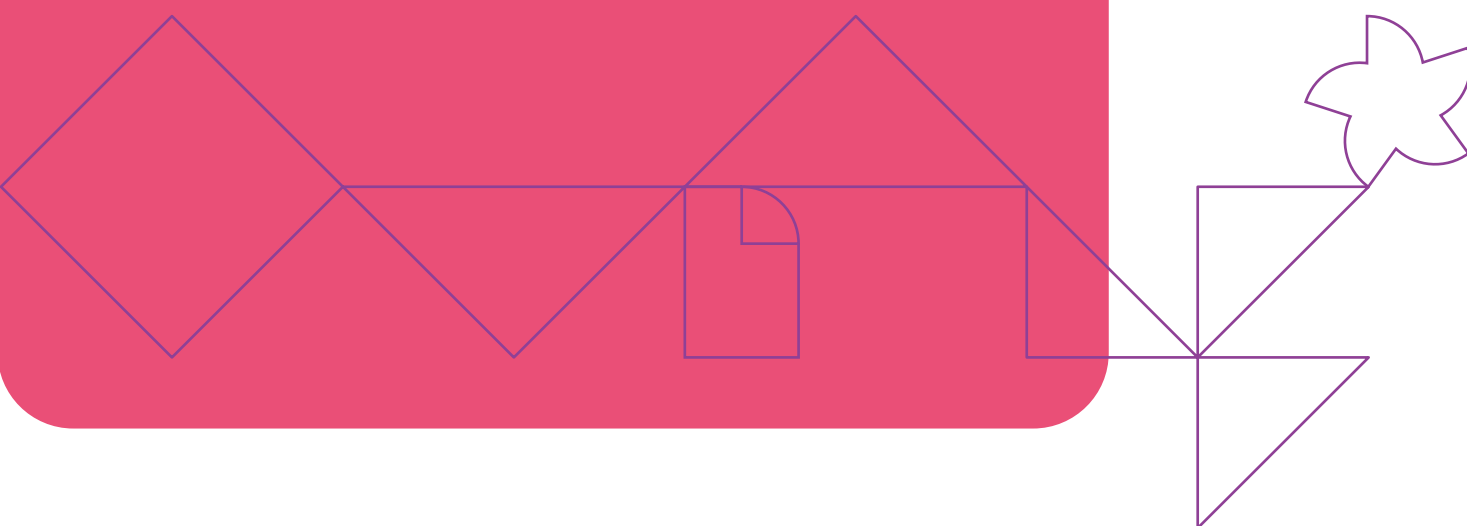
Torna-se necessário, dessa forma, refletir sobre o acesso da população na APS e os possíveis fatores que favorecem ou dificultam sua entrada no sistema de saúde, tais como: número de pessoas usuárias por equipe; organização da demanda espontânea; localização do estabelecimento; horários e dias de atendimento; infraestrutura adequada; dentre outros. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros pontos de atenção à saúde.

Outra razão é que, muitas vezes, momentos

de sofrimento das pessoas usuárias são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos. São momentos em que os usuários se sentem comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados e recorrem às UBS, quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam.

É importante acrescentar que usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Uma equipe perde legitimidade perante seus usuários quando os acompanha na atividade programada e se mostra incapaz de acolhê-los nos momentos de agudização, dentro obviamente das competências que cabem a seu nível de atenção e papel na RAS.





Avaliação de risco e vulnerabilidades

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva), ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido à não observação das diferentes necessidades.

Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/classificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas prioridades.

Essa estratégia envolve, em especial, o trabalho em equipe. Já na recepção da unidade, pode-se identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso, sendo, portanto, recomendável que os profissionais façam ativamente esse tipo de observação, sobretudo nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As chamadas atividades de “sala de espera”, são, nesta medida, oportunidades de identificação de riscos mais evidentes.

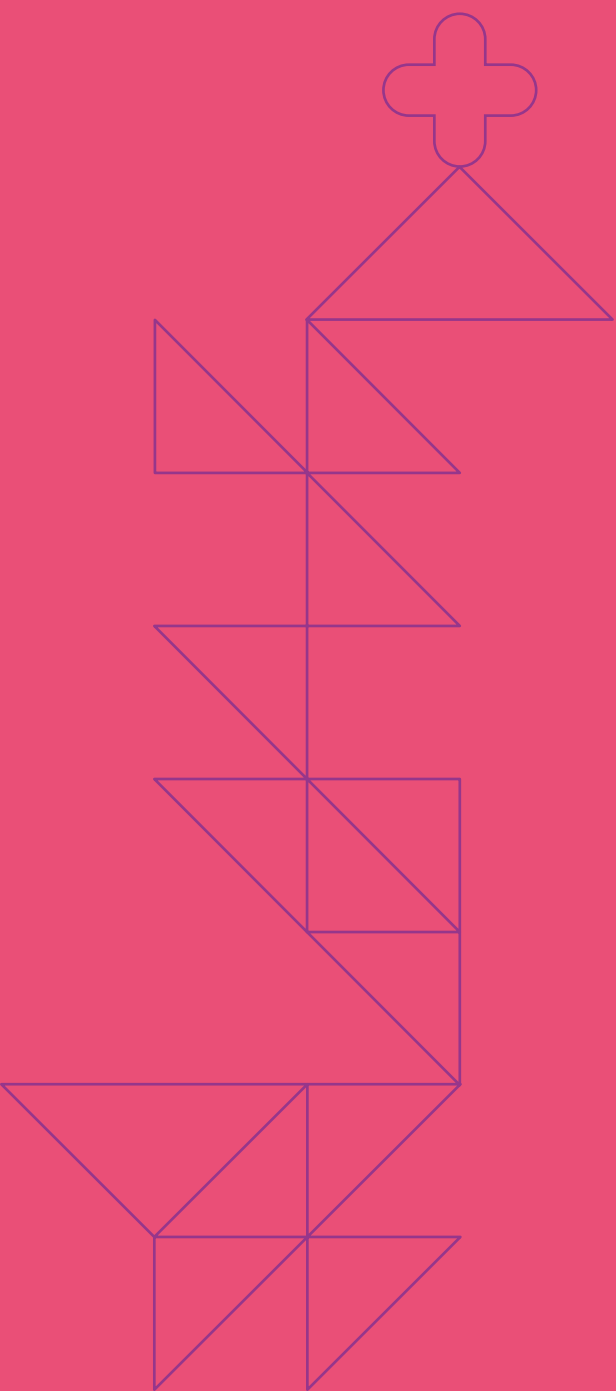
Garantir espaços mais reservados para a escuta e a identificação de riscos e de vulnerabilidades individualmente, é fundamental. Tanto porque o limiar de dor e o modo de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas (nem sempre o risco é facilmente reconhecível), quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento (ou do motivo da procura) intimida ou desrespeita os usuários. A identificação

de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação é uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia.

Assim, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento representa grande oportunidade de inclui-las, de inseri-las em planos de cuidado – pois é um momento em que o usuário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde. Tais momentos são oportunos para ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado.

Visando padronizar condutas, existe a necessidade da adoção de protocolos. A sua utilização e das suas respectivas escalas tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços. Esses protocolos podem ser uma referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da APS. A natureza da APS, na qual os princípios de vinculação, longitudinalidade, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são essenciais – exige, de forma muito evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades.

Algumas questões concretas diferenciam a APS dos outros pontos, em relação ao uso de protocolos de classificação de risco. A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos), pode requerer intervenções no mesmo dia, agendamento para data próxima, ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.



Enfim, ao atentar para a vulnerabilidade, é importante também considerar se é um momento oportuno de intervenção (por exemplo, percepção de situações de violência ou negligência, baixa adesão etc.), ou se trata-se de um problema de magnitude no território. Vale destacar a importância de um bom registro das informações de atendimento e a utilização dessas informações para perceber mudanças de padrões/frequência do usuário na demanda espontânea, seja em âmbito individual ou coletivo. É fundamental o registro adequado em prontuário e atenção na notificação das doenças previstas na legislação, além da notificação compulsória de doenças.

Existem vários modelos de triagem em urgências e emergências e, em geral, apresentam grandes variações, porém, todos tem em comum uma classificação por riscos. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos. O mais utilizado na Europa é o Sistema de Manchester, que opera com algoritmos e determinantes associados a tempos de espera, sendo simbolizado por cores. Por ser patenteado, seu uso, contudo, patenteado não é gratuito (MENDES, 2012).

Considerando-se essas especificidades elencadas, recomenda-se que seja utilizado o acolhimento para demandas espontâneas, contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na APS, proposto pelo Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica Nº 28. Vol. I; e Caderno de Atenção Básica Vol. II) < e. Todos os aspectos e peculiaridades da APS reportam-se para uma classificação geral e sintética dos casos de demanda espontânea, onde se correlacionam a avaliação de risco e vulnerabilidade aos modos de intervenção necessários.

Em relação à definição de intervenções segundo a identificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), sugere-se classificá-las em "Não Agudo" (intervenções programadas) e "Agudo" (atendimento imediato, prioritário, ou no dia).

A presença de condições geradoras de vulnerabilidade pode requerer intervenções:

- Imediatas (no mesmo dia);
- Com agendamento para data próxima ou construção de projetos terapêuticos singulares em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;
- Necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção (ões). Os profissionais de saúde devem desenvolver um olhar atento às diferentes situações de vulnerabilidade no dia a dia do serviço.

Gestão das agendas de atendimento individual e trabalho em equipe

O acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações.

Abaixo, estão apresentadas algumas destas possibilidades:

- **Agenda programada para grupos específicos:** abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Essas pessoas não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que já saiam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem (sai do consultório do médico já com a marcação do retorno para a enfermeiro garantido, e vice-versa);
- **Agenda de atendimentos agudos:** identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não já inseridos em acompanhamento programado, os usuários deveriam ser

atendidos, de preferência, de acordo com a identificação do risco;

- **Agenda de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas:** engloba reserva de consultas para pessoas identificadas a partir do acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas que demandam atenção, como o adulto que utiliza benzodiazepínico sem avaliação médica há sete meses. Abrange também a reserva de parte dos atendimentos de cada profissional para que sejam marcados os retornos de pessoas que precisam vir, por exemplo, para avaliar a eficácia de um tratamento prescrito e reavaliar quanto à evolução do quadro clínico.

A atenção à demanda espontânea faz parte das atribuições de todos os trabalhadores da UBS. Por isso, é importante que estes profissionais se reúnam com regularidade para tratar da organização e avaliação do processo de acolhimento e de atendimento à demanda espontânea. Nesse momento de reflexão, é oportuno que a equipe defina a modelagem que a UBS vai utilizar, quais instrumentos de trabalho utilizará e qual o papel de cada profissional nas diversas etapas do cuidado. Isso deve acontecer, mais especialmente, em cenários epidemiológicos com incremento de doenças transmissíveis, como aconteceu na pandemia da Covid 2019 e, atualmente, da Dengue.

Vale ressaltar que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem tanto certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, quanto flexibilidade nessa organização e solidariedade entre os membros da equipe. Essas situações são enorme fonte de aprendizado e construção

da equipe, no esforço de compreendê-las e aperfeiçoar a intervenção sobre elas.

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

Classificação geral dos casos de demanda espontânea na APS

O objetivo da classificação de risco é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e do serviço. O diagnóstico não está ligado à prioridade. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa procura o serviço de urgência e a queixa principal. Segue-se, a partir daí, a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquelas mais pertinentes à queixa. Depois, procura-se um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação compatível com a gravidade apresentada.

Situação não aguda
<ul style="list-style-type: none"> • Condutas possíveis • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (Ex: Teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
Situação aguda – condutas possíveis
Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Exs.: PCR, dificuldade respiratória grave, convulsão, RNC, dor severa;
Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Exs.: crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;
Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. Exs.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Figura 2 - Classificação geral dos casos de demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde.

Papel da primeira escuta do usuário no processo de classificação de risco

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade. No primeiro contato e na primeira avaliação, os usuários devem ser informados sobre o processo de trabalho da equipe e do fluxo para demandas espontâneas. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades. Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- Identificar as vulnerabilidades, sejam individuais ou coletivas;
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.

Cabe também às equipes organizar a disposição dos usuários no serviço, de forma a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, bem como os que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (Covid, por exemplo). Neste sentido, é fundamental também que o usuário seja encaminhado para o cuidado de acordo com sua classificação.

Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) devem ser envolvidos no processo de primeira escuta não somente no que diz respeito ao núcleo da odontologia. Os demais profissionais da APS, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda para necessidades odontológicas.

As “Equipes Multi” apoiam matricialmente as equipes da APS, a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo dos casos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da rede de atenção à saúde relacionada àquela unidade, apoiando a articulação com os pontos de atenção de referência. A integração com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é fundamental para assegurar a garantia do atendimento conforme necessidade do usuário e geografia dos serviços do território.



Sugestão de fluxo dos usuários na APS

Está apresentado, a seguir sugestão do fluxograma que busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é onde ocorre seu primeiro contato com a equipe. Nas situações em que avaliação e definição de oferta de cuidado não seja possível na recepção, deve haver um espaço para escuta, análise e definição com base na necessidade de saúde, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção. Em parte dos serviços, há um espaço físico especificamente para essa escuta – a sala de acolhimento. Porém, como acolhimento é um espaço-momento de encontro para o reconhecimento de necessidades, ele acontece com ou sem sala específica, em vários lugares e tempos.

Usuários com atividades agendadas (consultas, grupos, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção. Os profissionais responsáveis em escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de analisar a demanda (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de

cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros profissionais, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

No que se refere à definição de intervenções, segundo a necessidade da pessoa usuária (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade), em “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade e as boas práticas de segurança do paciente.

Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, sendo idealmente construído no coletivo com a participação da gestão municipal e profissionais da APS. Sua importância fundamenta-se em uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser revisto, adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético e político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

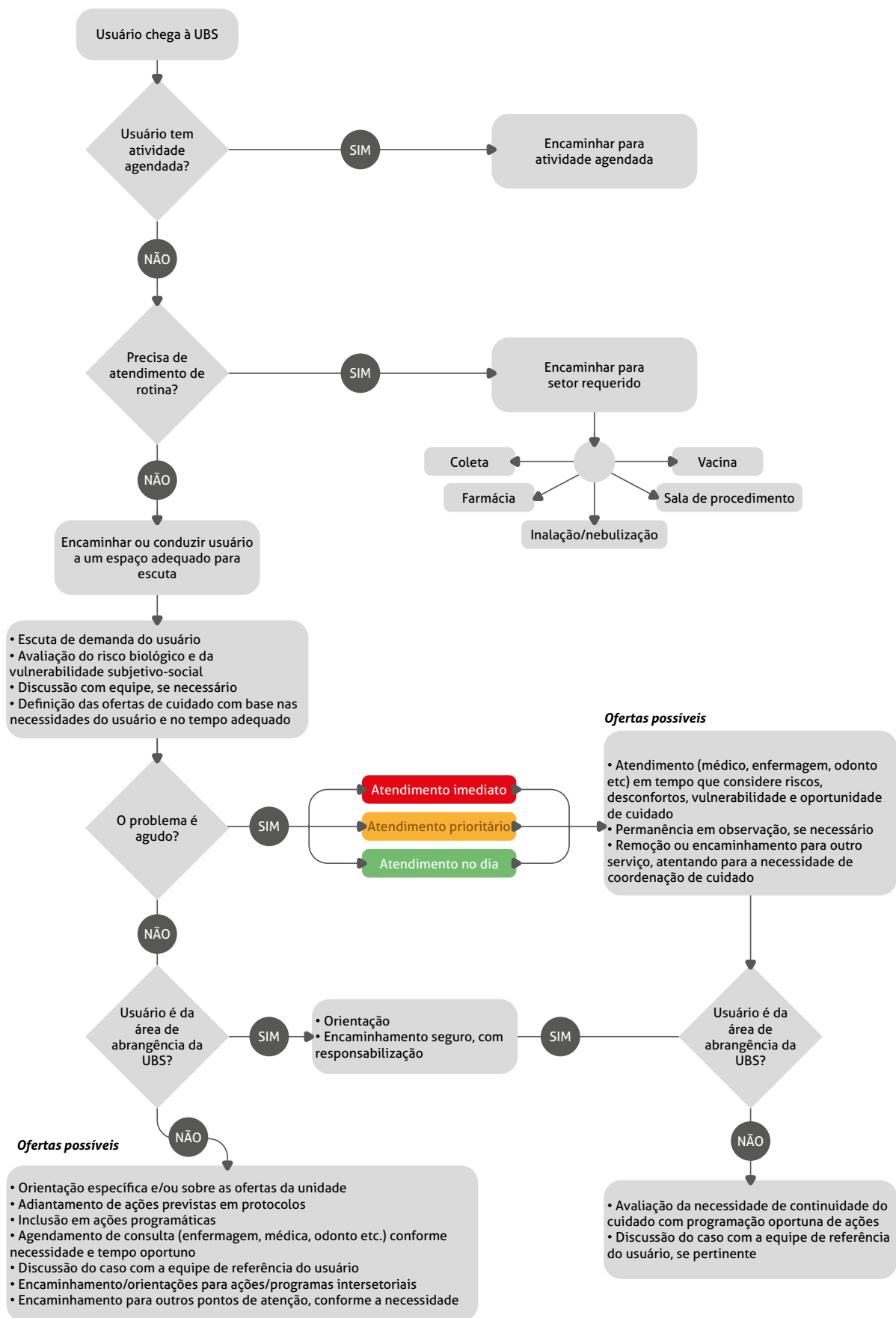


Figura 3 - Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção

3. Operacionalização do projeto



Inicia-se uma nova etapa, um novo ciclo da Planificação da Atenção à Saúde, de continuidade, para que se efetive a construção social da APS, iniciada no primeiro ciclo PAS/BP 2022-2023. Após a realização da última oficina tutorial, que aconteceu durante o projeto anterior, ocorreu um hiato sem a realização de atividades presenciais e/ou virtuais nos territórios, havendo, nessa primeira tutoria, a necessidade de avaliar o cenário local atual. Além desse período sem tutorias, novas regiões foram incorporadas ao projeto, deste modo, necessita-se a (re)visita dos territórios para compreender suas especificidades e grau de maturidade atuais, de forma a que possa ser realizado o planejamento das ações, de acordo com as necessidades.

Na última tutoria, foi (re)aplicado o checklist customizado, importante ferramenta para uma análise situacional da implantação/implementação dos macroprocessos. A análise desse instrumento de avaliação vai permitir o resgate dos macro e microprocessos já abordados, para verificar se precisam ser retomados e rediscutidos. Para esse ciclo, considerando-se o período de três anos, será utilizado o checklist completo, aplicado entre todos os projetos que operacionalizam a Planificação.

O produto dessa tutoria é a implantação do macroprocesso de eventos agudos. Justifica-se a escolha por iniciar com esse macroprocesso, em razão da atenção aos usuários em situação de urgência e emergência ser um dos principais problemas enfrentados pelos sistemas de saúde, sendo muito frequente a ausência de classificação de risco dos usuários, o que pode se constituir um obstáculo ao bom funcionamento do serviço de urgência. Além disso, alguns locais do país estão vivenciando uma crise assistencial, em função de epidemias, a exemplo da dengue, da gripe e recrudescimento da covid-19. É necessário, dessa forma, implementar uma metodologia de trabalho que seja coerente, que respeite a boa prática clínica em situações urgentes, seja confiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo.

Um sistema de classificação de risco deve ter como objetivo maior priorizar o usuário doente conforme a gravidade clínica com que se apresenta no serviço de saúde. Para isso, é necessário substituir o modelo perverso de entrada do paciente, que na maioria das vezes se dá por ordem de chegada, ou por seleção realizada por profissional não capacitado.

A classificação de risco utilizada com maior frequência na APS é a disponibilizada pelo

Ministério da Saúde, publicada no Caderno 28 volume I e II (BRASIL, 2013, 2012), posto que a grande maioria das classificações de risco disponíveis na literatura são patenteadas. Ressalta-se que, nos territórios, outras formas de classificação de risco são encontradas, como o protocolo de Manchester, o Manchester modificado, dentre outros. É importante discutir com os gestores como é feita atualmente, quais os algoritmos utilizados nessa classificação e/ou para quais metodologias planejam evoluir.

A organização dos macroprocessos da APS e da AAE, proposto na PAS, baseia-se na metodologia de gerenciamento de processos, uma ferramenta de gestão, que contempla ciclos de melhoria contínua. A cada tutoria será rodado o ciclo de PDSA, as ações que necessitam oportunidades de melhoria são revistas e os processos repactuados para serem incorporados na organização da unidade de saúde. Esse acompanhamento e monitoramento é fundamental para a construção contínua da APS.

Outro aspecto a ser enfatizado é que para a implantação dos macroprocessos dos eventos agudos, somente a oficina tutorial não será suficiente, sendo chave a realização de um curso de curta duração, realizado para os profissionais de saúde, de modo a que se apropriem do conteúdo teórico e estejam aptos a realizar a classificação de risco do usuário em situações de urgência nas Unidades de Saúde. Esse curso pode ser organizado a nível regional ou municipal, dependendo do número de municípios que compõem cada região, bem como do contingente populacional de cada um, e deveriam contar com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde a nível central, e ou regional.

Na organização desse macroprocesso, a integração com os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), é fundamental, uma vez que em situações de emergência, a APS, se procurada pelo usuário, dê os primeiros atendimentos e os encaminhe para os pontos de atenção adequados para cada caso.

Cada local buscará as estratégias mais elegíveis para a operacionalização deste curso. Em muitas localidades, os profissionais do SAMU, pela sua expertise, participam efetivamente da operacionalização desses cursos.

Nos locais que já desenvolviam a Planificação, anteriormente a esse projeto, e já realizaram essa capacitação, é importante que haja atualização, uma vez que existe uma grande rotatividade de profissionais e esses cursos podem já ter acontecido há algum tempo. Esta é uma prática que precisa fazer parte das rotinas de educação das secretarias a seus profissionais, de modo a que se mantenham a equipe sempre atualizada.

Neste guia estão apresentados momentos operacionais pré-tutoria, tutoria e pós-tutoria. Diferentemente dos guias anteriores (primeiro ciclo), não serão detalhados momentos operacionais para cada dia da oficina tutorial, sendo esse detalhamento realizado por meio de uma programação elaborada anteriormente à tutoria, pelos consultores e facilitadores, com a contribuição dos assessores técnicos. É necessário que estes percursos sejam pactuados e aprovados junto às Secretarias da Saúde de cada UF, pois são elas as condutoras da Planificação. Outro destaque é que os guias devem ser customizados a partir das singularidades de cada realidade local, configurando-se como um direcionador para o desenvolvimento das atividades tutoriais.

Pré-tutorias

A realização da oficina tutorial requer o planeamento das atividades a serem realizadas no território e exige a participação ativa dos consultores e facilitadores para o alinhamento do conteúdo a ser trabalhado e a elaboração da programação do caminho a ser percorrido em cada dia de oficina, cabendo aos assessores oferecer todo o suporte ao seu desenvolvimento. Ao elaborar a programação da tutoria da APS e AAE, é importante priorizar as atividades que se beneficiam da presença dos consultores e facilitadores no território e que precisam ser realizadas em formato síncrono, deixando para as intertutorias sustentadas os momentos virtuais que ocorrerão após a oficina presencial. Cabe atenção quanto à integração das atividades desenvolvidas pela APS e a AAE, é indispensável no desenvolvimento pleno das ações.

Na elaboração do cronograma da tutoria, é importante priorizar as unidades laboratório dos municípios sede e, sempre que possível, incluir novos municípios da região que ainda não foram visitados, a fim de verificar como os processos estão sendo desenvolvidos e prestigiá-los.

Como no ciclo anterior, deve ocorrer a expansão das atividades da tutoria para todas as UBS da região, portanto o planejamento e o monitoramento da expansão devem também ser pauta da pré-tutoria.

No que tange à programação, existe a necessidade de ser discutida, anteriormente,

com o gestor estadual/ regional. Na elaboração do cronograma, é importante ter ciência dos feriados estaduais e municipais para não ocorrer descontinuidade da tutoria, bem como dos principais eventos promovidos pelas secretarias nos territórios.

Sempre em um período anterior a oficina, ocorrerá um alinhamento técnico-conceitual e metodológico, coordenado pela assessoria pedagógica do projeto e assessores técnicos. Nesse momento de educação permanente, será discutido o Guia Orientador e haverá troca de experiências no grupo, proporcionando uma discussão da temática que será realizada.

Nos territórios que darão continuidade ao projeto, é estratégico o resgate do plano de trabalho pactuado na última tutoria (ciclo I). Nos que estão iniciando o processo, a elaboração acontecerá durante o processo tutorial atual. Por meio do plano de ação pode-se analisar os processos trabalhados, as ações pactuadas, se existem pendências na implantação dos macroprocessos e avaliação das responsabilidades das ações. Considerando que a tutoria vai abordar os macroprocessos de eventos agudos, é importante a disponibilização prévia do material e se apropriar da situação epidemiológica do território.

Neste guia, foi realizada uma contextualização sucinta sobre o conteúdo temático, porém o aprofundamento do tema será fundamental para que se possa discutir com mais propriedade sobre o macroprocesso a ser trabalhado.

Tutorias

Os momentos tutoriais se adequam a cada território e são trabalhados de acordo com as realidades locais. Assim, as adequações na forma de condução das oficinas estão previstas e são salutares, todavia, a essência do conteúdo deve ser mantida para alcançar os objetivos almejados.

Não serão descritos, nesse capítulo, momentos tutoriais específicos por cada dia de tutoria, em vista da diversidade das realidades das regiões de saúde, que fazem parte do projeto. Sugere-se que cada consultor, juntamente com os facilitadores, apoiados pelos assessores, busquem estratégias para que todos os municípios sejam contemplados com os momentos tutoriais.

Recomenda-se sempre que, no início da tutoria presencial, aconteça um momento de integração ampliado, entre os consultores, facilitadores da APS e AAE (territórios que possuam a AAE), com os gestores (estaduais, regional e municipais), tutores municipais, coordenadores da APS, Vigilância em Saúde, ou profissionais de saúde eleitos como prioritários para participarem dessa reunião.

Os consultores e facilitadores da APS e AAE estarão juntos para a escuta dos profissionais e interação com eles. Além da importância do diálogo, esse momento apresenta a oportunidade de mostrarem que desenvolvem um trabalho integrado.

A depender da forma de organização, considerando principalmente o tamanho da região, esse momento acontece, preferencialmente, no município-sede, onde existe a unidade-laboratório, e é replicado

para os demais municípios, agrupados por afinidade.

Os tutores municipais devem estar presentes, pois precisam ser capacitados para replicar a tutoria no seu território para que aconteça a expansão da Planificação para o restante da região.

Para início das discussões, sugere-se que seja questionado o que a região/município espera desse novo ciclo da planificação (levantamento de expectativas). Após esse momento, resgata-se o plano de ação, (nos locais de continuação do projeto), que se recomenda ser apresentado por um tutor municipal, complementado pelos demais tutores. Esse resgate proporciona uma discussão das atividades realizadas ou pendentes, bem como parcialmente desenvolvidas, ou mesmo não trabalhada, para um replanejamento. Para essa tutoria, será resgatado o plano de ação da tutoria VIII (primeiro ciclo). Para a região/municípios que estão iniciando as atividades, não irá acontecer esse momento de resgate do plano e sim, a elaboração do primeiro plano de ação.

Quando se faz o resgate do plano de ação, trabalha-se com os Ciclos de Melhoria – PDSA. Esse é o momento de avaliar as etapas “study e act,” verificando se o planejado foi executado.

São apresentados os objetivos da tutoria, visando o alcance do produto a ser pactuado. Na reunião com gestores e profissionais, deve ser referida a necessidade da realização de um curso de curta duração para capacitação dos profissionais nos macroprocessos dos eventos agudos e acolhimento com classificação de risco, buscando-se estratégias para a operacionalização dessa capacitação. Para os que já realizaram o curso, sugere-se que seja

atualizado, ou realizado, para os profissionais que ainda não o fizeram.

Se existirem outros projetos desenvolvidos pelas UF e municípios, este é o momento de integrá-los. Deve-se também verificar como está sendo desenvolvido o TeleNordeste, TeleNorte e Tele-Centro-Oeste, avaliando-se a participação dos municípios e o grau de integração das ações de telessaúde com a Planificação. Importante também discutir as interfaces da Planificação com outras iniciativas do Proadi-SUS.

Após a reunião ampliada, separam-se os consultores e facilitadores da APS e AAE. A equipe da AAE desloca-se para o ambulatório de especialidades e o time da APS direciona-se para a unidade-laboratório ou para um espaço que permita reunião com os tutores municipais e coordenadores da APS e vigilância à saúde. Neste encontro, apresenta-se o conteúdo da oficina e continua a ser rodado o ciclo de melhoria – matriz do PDSA, elaborado especialmente para a oficina tutorial. É realizado o giro na unidade-laboratório, pois oportuniza conhecer a situação atual de como o processo é realizado, identificar oportunidades de melhoria e readequar o processo de trabalho. Todos os achados são registrados para discussão em momento posterior.

Na atenção especializada, é utilizada como referência para o desenvolvimento da tutoria o checklist, com itens a serem trabalhados, conforme o momento em que se encontra cada ambulatório de especialidade

Faz parte também desta atividade explicar as etapas de planejamento e execução no ciclo do PDSA referentes à respectiva tutoria. No próximo capítulo, visando um

melhor entendimento desta atividade, será apresentada a organização dos processos por meio do ciclo de PDSA, tanto para a APS como para a AAE.

O plano de ação é atualizado, ou elaborado, com inserção de macroprocessos identificados como implantados de forma parcial ou inexistentes - escolha do guardião do plano de ação e inserção das novas ações, discutidas na tutoria VIII (primeiro ciclo).

Considerando a situação epidemiológica de alguns locais para algumas doenças, a exemplo a dengue, estão disponibilizadas orientações para elaboração de planos de contingência (Apêndice A) que podem ser elaborados para qualquer situação de mudanças epidemiológicas que justifiquem caráter de emergência assistencial. Também pode ser disponibilizado para os profissionais, o manual pelo Ministério da Saúde em 2024, intitulado “Dengue: diagnóstico e manejo clínico”.

Neste guia também está apresentado no Anexo A, a classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção primária, para os eventos mais recorrentes. Foram incluídos a dengue e insuficiência respiratória, em virtude da frequência dos usuários para esses agravos. A dengue, em função de que na última década as epidemias estarem aumentando em frequência e em magnitude, é prioridade ser discutida, principalmente considerando um número importante de casos graves e óbitos, além dos casos crescentes de Chikungunya e Zika. Nesse cenário, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno tornam-se ainda mais desafiadores. As insuficiências respiratórias também foram incluídas, uma vez que nesse período do ano, aumentam o número de casos.

Também está apresentada uma sugestão de ficha de atendimento da Classificação de Risco e vulnerabilidade para o acolhimento da demanda espontânea, a escala universal da dor e um glossário das terminologias mais comuns utilizadas no macroprocesso do evento agudo (BRASIL, 2009).

O macroprocesso de qualificação da segurança do paciente na APS é transversal a todos os macroprocessos, deve ser discutido, incentivando que exista uma cultura de segurança na unidade básica de saúde. As metas devem ser (re) apresentadas - identificação correta do paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais e pessoas usuárias, melhorar a segurança dos medicamentos, assegurar procedimentos em pacientes e local de intervenção correto, reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de quedas e lesões por pressão, todas aplicáveis aos macroprocessos dos eventos agudos. Haverá um momento específico, ao longo do projeto, que será realizada uma discussão, em forma de oficina, para esse macroprocesso, porém, é importante introduzi-lo sempre nas discussões durante o processo tutorial.

Avaliação da tutoria – buscar metodologias ativas para integração do grupo, provocando a participação de todos. Estimula-se sugestões dos participantes para que os processos sejam sempre aperfeiçoados.

Finalizando todos os momentos tutoriais acontece a reunião com o grupo condutor da Planificação da região, quando os consultores e facilitadores da APS e da AAE novamente se reúnem, integram-se ao grupo, relatam para os gestores como aconteceram as tutorias, evidenciam as potencialidades e as oportunidades de melhorias e buscam-

se estratégias de superar os desafios identificados. Nos locais que estão iniciando a PAS, articula-se a composição desse grupo, importante para a condução do projeto na região.

Este é o momento no qual é alimentado (ou elaborado) o Plano de Ação. Experiências exitosas são também compartilhadas, objetivando cada vez mais o fortalecimento dos processos da PAS nos municípios.

Aproveita-se o encontro para confirmar o cronograma da próxima tutoria (importante pactuar roteiro com dias já estabelecidos e municípios que serão visitados), a fim de possibilitar à regional e SES se organizarem na logística. Serão também estabelecidas, ou confirmadas, as datas das intertutorias sustentadas da APS e da AAE.

Pós Tutoria

Após a realização das tutorias o consultor, juntamente com os facilitadores e assessores, avaliam como aconteceram as tutorias. A participação do assessor é de suma importância,

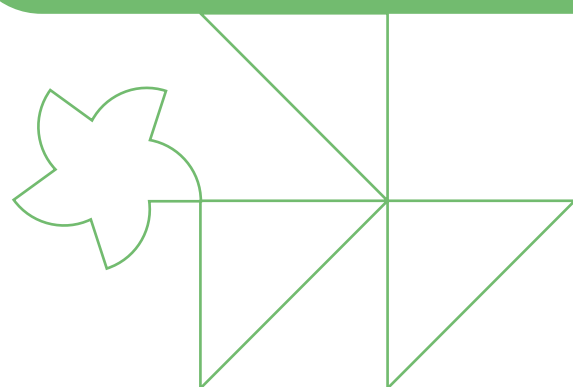


pois é o momento no qual pode se apropriar das principais ações desenvolvidas durante a tutoria, potencialidades e fragilidades daquela região de saúde que requeiram ação.

No período entre as tutorias presenciais, o plano de ação precisa ser revisitado, identificando se existem ações a serem executadas por algum membro do grupo. No monitoramento do Plano de Ação pactuado, deve ser verificada a melhor forma para que a região receba o suporte para o desenvolvimento dos processos acordados.

Confirma-se e planeja-se o calendário conteúdo das intertutorias e as responsabilidades do consultor e do facilitador para cada uma das atividades propostas.

Para uma maior participação e integração dos tutores municipais na discussão do conteúdo e das ações pactuadas, não é recomendado que seja realizada com um número grande de municípios. Roda-se novamente o PDSA com planejamento de novas atividades para o próximo ciclo de melhoria.





4. Organização do serviço da APS e AAE para responder aos Eventos Agudos e Agudizações das condições crônicas

NA APS

- a. Atualizar a equipe sobre os planos de contingência do município;
- b. Implantar/atualizar/capacitar a equipe sobre acolhimento com classificação de risco (Caderno de Atenção Básica Nº 28, V I e II, 2013);
- c. Estabelecer os critérios e organizar os fluxos internos da UBS para o acolhimento com classificação de risco;
- d. Pactuar os fluxos e critérios adotados com o controle social e demais atores sociais da região;
- e. Comunicar os critérios e fluxos para a população através de fluxogramas/painéis fixados em lugares de fácil acesso e com linguagem adequada;
- f. Capacitar a equipe sobre os eventos agudos mais prevalentes, levando em consideração o panorama epidemiológico do território, a sazonalidade, bem como sobre as situações de agudização das condições crônicas mais prevalentes. Atualmente, considerando a epidemia de dengue no país, é importante capacitar a equipe sobre o tema por meio do [Manual de Diagnóstico e Manejo Clínico da Dengue para adultos e crianças](#) (Ministério da Saúde, 2024).
- g. Organizar os fluxos de atendimento e espaços físicos da UBS (se necessário usar role play que é uma simulação de um evento real que permite o aperfeiçoamento das estratégias) e comunicação com outros pontos de atenção da RUE (contatar com os pontos de atenção da RUE e, se necessário, agendar reunião com os mesmos). Na atual epidemia da dengue, prever nos espaços sala de reidratação oral e venosa. Atentar para o monitoramento dos usuários moderados e leves conforme prazos recomendados no manual;
- h. Organizar insumos, caixa de emergência da UBS e equipamentos. Em casos de surtos/epidemia, organizar insumos necessários para estabilização dos usuários;
- i. [Notificar os casos suspeitos conforme normas do Ministério da Saúde;](#)
- j. Participar da investigação para confirmação/descarte do caso suspeito conforme orientações do Ministério da Saúde;
- k. Organizar o fluxo de atenção das pessoas

Há também conteúdo disponível através do [Curso de Atualização: Módulo Emergencial de Enfrentamento da Dengue- Educa DTN-VE](#), realizado em parceria da BP com Ministério da Saúde, com duração é online assíncrono e com duração de 40 minutos.

com condições crônicas vinculadas à equipe reorganizando/reagendando, principalmente pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes mellitus de baixo e médio risco e crianças de baixo risco. Organizar a dispensação de medicamentos para esses grupos para que não tenha descontinuidade;

- l.** Organizar time de resposta rápida (Documento orientador: [Orientação para implantação do "Time de Resposta Rápida"](#));
- m.** Capacitar "time de resposta rápida" para atenção a urgência/emergências (acionar o Núcleo de Educação Permanente do SAMU para realizar a capacitação);
- n.** Em situações de surtos/epidemias, implantar reuniões rápidas com a equipe no início e final do dia (Huddles) para verificar: com qual equipe contamos? como será distribuída? temos todos os insumos necessários para o atendimento? A RUE está com algum ponto fechado?
- o.** Realizar o transporte seguro quando houver necessidade de transferências de pacientes para outros pontos de atenção da RUE;
- p.** Instituir painel de indicadores com atualização diária e feedback para equipe.

NA AAE

- a.** Elaborar/atualizar POPs para atenção às pessoas com agudização das condições crônicas mais prevalente, conforme perfil do ambulatório especializado;
- b.** Capacitar a equipe sobre os POPs elaborados/atualizados;
- c.** Implantar time de resposta rápida (Documento orientador: [Orientação para implantação do time de resposta rápida](#));
- d.** Capacitar "Time de Resposta Rápida" para atenção a urgência/emergências (acionar o Núcleo de Educação Permanente do SAMU para realizar a capacitação);
- e.** Organizar insumos, equipamentos, carrinho de emergência para atenção às urgências e emergências;
- f.** Instituir fluxos com os demais pontos da RUE;
- g.** Atualizar a equipe sobre planos de contingência do município para os principais agravos que podem desencadear epidemias;
- h.** Capacitar a equipe para diagnóstico e manejo de doenças epidêmicas do território de abrangência relacionadas as linhas de cuidado do ambulatório, mantendo atualizações quando necessário. No caso atual de epidemia, organizar fluxo para estabilizar pessoa usuária, estabelecendo medidas para hidratação oral/venosa imediata;
- i.** Reorganizar os fluxos assistenciais no caso de epidemias, quando necessário, utilizando a teleassistência como estratégia de atenção quando for possível para atendimentos subsequentes;
- j.** Retroalimentar as equipes das UBSs sobre as pessoas usuárias que tiveram agudização do quadro quando em atendimento na AAE;
- k.** Articular o transporte seguro da pessoa usuária quando necessitar de transição para outro ponto de atenção da RUE.



5. Organização dos Macroprocessos APS e AAE-Ciclo PDSA

CICLO DE MELHORIA: Atenção aos eventos agudos e agudizações das Condições Crônicas

OBJETIVO:	Preparar as equipes e implementar melhorias na APS e AAE para uma melhor Atenção aos Eventos Agudos e Agudizações das Condições Crônicas, com redução no risco de morbimortalidade causada por este tipo de eventos.
OBJETIVO ESPECÍFICO:	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o processo de acolhimento com classificação de risco nas UBS • Pactuar os fluxos de atendimento aos pacientes agudos com a RUE • Implantar o time de resposta rápida e garantir que esteja treinado para atuar nas situações de urgência • Capacitar a equipe para um adequado manejo dos casos de dengue e diagnóstico diferencial para as demais arboviroses e síndromes respiratórias
ENTREGA/ PRODUTOS	<p>NA APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento com classificação de risco implantado na UBS (critérios pactuados com comunicação efetiva para a população, equipe capacitada, fluxos estabelecidos; • Fluxo com a RUE pactuados – fluxograma de fácil acesso a toda equipe; • Time de resposta rápida formalizado (distribuição das tarefas, capacitação da equipe para atenção às urgências e emergências e/ou simulação) • 100% da equipe capacidade sobre manejo de casos de Dengue através do Educa DTN-VE ou curso similar ofertado pela Estado • 100% da equipe capacidade sobre manejo de casos de Síndromes Respiratórias; • Sala de hidratação oral/venosa implantada (de acordo com cenário epidemiológico e capacidade dos serviços); • Caixa de emergência revisada e com responsável pela manutenção; • POP de manejo de hipoglicemia elaborado/atualizado, acessível à equipe; • 100% da equipe capacitada no POP de manejo da hipoglicemia. <p>NA AAE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluxo com a RUE pactuados – fluxograma de fácil acesso a toda equipe; • Time de resposta rápida formalizado (distribuição das tarefas, capacitação da equipe para atenção às urgências e emergências e/ou simulação); • 100% da equipe capacidade sobre manejo da Dengue através do Educa VE ou curso similar ofertado pelo estado e Síndromes Respiratórias; • POPs sobre atenção as agudizações de eventos agudos mais prevalentes elaborados/atualizados (Hipoglicemia, Urgência hipertensiva); • Equipe capacitada nos POPs elaborados/atualizados; • Sala para atendimento às urgências/emergências com insumos e equipamentos adequados inclusive carrinho de emergência;
CONDUÇÃO	Tutores nível central, regional e local apoiados pelos consultores e facilitadores da BP.

ETAPA	DESCRIÇÃO	APOIO
P (Planejar)	<p>Qual o tema?</p> <ul style="list-style-type: none"> Vamos refletir? <p>1) Como é feito acolhimento à demanda espontânea na nossa Unidade?</p> <p>a) Existe classificação de risco?</p> <p>b) A equipe está capacitada sobre os critérios e manejo das condições mais prevalentes?</p> <p>c) Os fluxos foram definidos?</p> <p>d) A população está informada sobre os critérios e fluxos?</p> <p>e) A articulação com os demais pontos da RUE está estabelecida?</p> <p>2) Existe time de resposta rápida?</p> <p>a) O time de resposta rápida foi capacitado no atendimento de urgências e emergências mais prevalentes e as funções foram distribuídas?</p> <p>b) Existem insumos e equipamentos para suporte ao atendimento de urgências e emergências?</p> <p>3) Em relação a Dengue</p> <p>a) A equipe está capacitada para o manejo?</p> <p>b) A equipe conhece o plano de contingência do município?</p> <p>c) Os fluxos com os demais pontos da RUE estão pactuados?</p> <p>d) Existe necessidade de reorganizar agenda das pessoas usuárias com condições crônicas?</p> <p>e) A equipe monitora os casos suspeitos/confirmados/óbitos e publiciza as informações com todos os profissionais?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Caderno de Atenção Básica Nº 28. vol. I e II, 2013, 2012 Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.I: Acolhimento à demanda espontânea (saude.gov.br) http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf Manual de Diagnóstico e Manejo Clínico da Dengue para adultos e crianças do Ministério da Saúde, 2024 https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/view Módulo Emergencial de Enfrentamento da Dengue- Educa DTN-VE realizado em parceria da BP com Ministério da Saúde com duração é online assíncrono e com duração de 40' Disponível: https://proadi.bp.org.br/enrol/index.php?id=48 Orientação para implantação do time de resposta rápida. Disponível: https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=0a7d34164917f6dcdf38b3fdbae019d0705bec0&t=1677768401&type=biblioteca Materiais e procedimentos para assistência às urgências e às emergências na atenção primária à saúde (Material do PlanificaSUS) Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa7_aps_anexo6.pdf
	Qual problema?	
	<ul style="list-style-type: none"> Quais os principais pontos de melhoria que a equipe identifica? Listar e priorizar separando as ações de responsabilidade da gestão daqueles da equipe. 	
	Qual o propósito?	
	<ul style="list-style-type: none"> Quais as metas sugeridas pela equipe? 	
	Qual o plano?	
D (fazer)	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar Plano de Ação utilizando a Planilha 3W2H verificando se as entregas estão previstas no plano. 	
	Execução do plano elaborado	
	<ul style="list-style-type: none"> Executar as ações planejadas. O plano deve ser monitorado pela equipe e pelo "guardião do plano" e ser apresentado na próxima tutoria 	
	Coleta de dados para monitoramento	
	<p>NA APS</p> <ul style="list-style-type: none"> % percentual de profissionais capacitados em acolhimento com classificação de risco % percentual de profissionais capacitados em manejo da dengue Documento formalizando o time de resposta rápida da UBS com distribuições de funções Percentual de pessoas capacitadas pelo SAMU no atendimento de urgências e emergências Painel com número de casos suspeitos notificados/confirmados/óbitos (de acordo com cenário epidemiológico) <p>NA AAE</p> <ul style="list-style-type: none"> % percentual de profissionais capacitados em manejo da dengue Documento formalizando o time de resposta rápida da AAE com distribuições de funções Percentual de pessoas capacitadas pelo SAMU no atendimento de urgências e emergências 	
	<p>Treinamentos necessários e revisão de normas</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificar os treinamentos que serão necessários e inserir no plano de ação. Realizar o registro das capacitações com lista de presença e avaliação 	

6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 81 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_6ed.pdf.

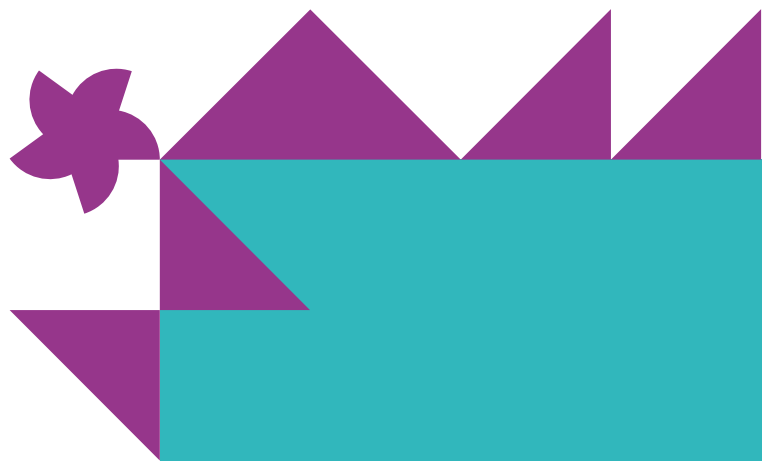
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

MENDES, Eugênio Vilaça et al. A Construção social da Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília: CONASS, 2019. 192p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/#:~:text=a%20constru%3%a7%c3%a3o%20social%20da%20aps,processos%20e%20a%20educa%3%a7%c3%a3o%20tutorial>. Acesso em: 10 fev. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde -Belo Horizonte- ESP-MG, 2009

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. 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. 512 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 9 jan. 2024.



7. Apêndice

Orientações para elaboração de Plano de Contingência (PC)

Plano de Contingência (PC) é o documento que registra o planejamento elaborado a partir do estudo de uma determinada hipótese de emergência em saúde pública. Estão previstos pela Lei nº12.608/12, que institui a **Política Nacional de Proteção e Defesa Civil**. A Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) definiu como prioritários os Planos de Contingência para dengue, febre amarela, influenza, hantavirose, leishmaniose visceral e manejo de desastres (inundação e seca). São, portanto, instrumentos que estimam os riscos e preveem ações necessárias para minimização dos impactos. Vale ressaltar que os planos estão limitados a emergências e/ou situações de calamidade pública, sendo **obrigatório para obtenção de financiamento**. Além disso, é uma forma de dar visibilidade e transparência às ações. O **PC** de um órgão público é um planejamento de caráter preventivo e alternativo.

Este tipo de plano permite identificar e monitorar regularmente os riscos, vulnerabilidades e capacidades, bem como elaborar o planejamento e a implementação de medidas para mitigar os riscos, preparando-se de maneira antecipada e estruturada para ações de resposta.

O acompanhamento e monitoramento por meio de indicadores de saúde e eventos sentinela permitem que sejam identificadas rapidamente mudanças no cenário epidemiológico local, configurando-se em

estratégia para caracterizar a situação de saúde de uma população.

A sala de situação pode ser uma das estratégias eleitas para esse monitoramento. Esta sala é compreendida como um espaço ou ambiente no qual um conjunto de dados são agrupados a partir de diferentes fontes, permitindo conhecer a realidade e as necessidades da população e seu impacto em determinada área a partir de um conjunto pré-definido de indicadores considerados estratégicos para a condução de uma determinada crise. Mais do que um espaço no qual os dados são reunidos, trata-se de um ambiente de análise sistemática, proposição de ações e monitoramento de resultados visando readequação das estratégias.

O PC é um pré-planejamento para possíveis eventos, e serve de subsídio para a elaboração do Plano de Ação do Evento (PAE). No PC estarão previstas as responsabilidades de cada organização, as prioridades e medidas iniciais a serem tomadas e a forma como os recursos serão utilizados para uma determinada tipologia de emergência em saúde pública. Além disso, ele identifica as ações necessárias para que o evento impacte o mínimo possível a oferta dos serviços à população.

Após a elaboração dos PC, estes precisam ser testados, por meio de simulados, e modificados sempre que forem identificadas oportunidades de aperfeiçoamento. Pode ocorrer ainda que o PC precise ser readequado, durante a resposta, com base na evolução rápida do evento, sendo, portanto, continuamente aprimorado

à luz das lições apreendidas.

Os PC devem conter informações e estratégias projetadas para orientar os setores e eixos envolvidos nas respostas da crise, sendo desenvolvidos para facilitar as respostas a qualquer crise que possa afetar as atividades normais e deve ter por premissas:

- Simplicidade;
- Objetividade;
- Clareza;
- Adaptabilidade; e
- Compatibilidade.

A resposta às crises requer a atuação de múltiplos atores. Por isso, deve-se fortalecer a articulação e a integração intra e interinstitucional, a fim de definir responsabilidades no âmbito das competências de cada setor para uma resposta oportuna e eficaz, assim como manter a segurança e o bem-estar da população e dos profissionais que atuam na resposta à emergência em saúde pública.

O PC deve nortear os envolvidos na resposta às emergências em saúde pública, reconhecer o seu papel essencial nas unidades federadas (Estados, municípios e Distrito Federal), definir suas responsabilidades no desenvolvimento das ações de resposta a esses eventos, assim como buscar uma atuação coordenada no âmbito do SUS. Devem ser aprovados, divulgados e readequados, a partir de constantes avaliações, sendo recomendado o estabelecimento de prazos e ou datas, (quando necessário), para o desenvolvimento das ações.

Um aspecto importante a ser considerado

é que no plano deve estar contemplado o impacto para a população vulnerável, com discussão das vulnerabilidades e dos riscos sociais.

A seguir estão apresentadas orientações de caráter geral para elaboração de um PC em Saúde:

10 Passos para elaborar um plano de contingência em saúde

- 1. Definir o Comitê de Gestão de Crise:** deve ser formado por uma equipe intersetorial e multidisciplinar para centralizar, coordenar e direcionar as ações e campanhas, garantindo a prevenção e controle do evento;
- 2. Definir as metas e objetivos:** descrever os resultados desejados e as etapas provisórias para alcançá-los. Metas são os resultados previstos e o Objetivo é o que se espera concluir;
- 3. Identificar os riscos:** risco é o potencial resultado indesejado, resultante de um incidente ou ocorrência, como determinado pela sua probabilidade e as consequências associadas;
- 4. Definir os cenários de risco:** identificar as ameaças e vulnerabilidades, bem como os recursos disponíveis e necessários. No Brasil, a classificação das emergências apresenta três níveis: Alerta, Perigo Eminente e Emergência de Saúde Pública de importância Nacional (Espin);
- 5. Definir eixos de atuação:** definir as frentes e as atuações das equipes ou agrupamento adequado, conforme estrutura local. Ex: Vigilância, laboratório, assistência farmacêutica, entre outros;
- 6. Definir os responsáveis de cada eixo:** deve ser nomeado o responsável por cada eixo para garantir a ação coordenada das respostas;
- 7. Identificar os insumos necessários:** garantir e monitorar estoque estratégico dos insumos a serem utilizados pelos profissionais de saúde, conforme a necessidade dos atendimentos realizados e medidas de prevenção e controle adotadas;
- 8. Definir a comunicação de risco:** a população deve ser conscientizada da situação, por isso é importante definir os responsáveis (órgão específico, profissionais de comunicação) a orientar a população sobre as medidas a serem tomadas. Atentar também para a comunicação com os profissionais de saúde nos territórios e demais partes interessadas no âmbito do município e/ou UF;
- 9. Testar e avaliar:** avaliar a eficácia dos planos envolve uma combinação de eventos de treinamento para determinar se as metas, objetivos, decisões, ações descritas no plano leva a uma resposta bem-sucedida;
- 10. Aprovar e divulgar o Plano:** deve ser aprovado após a revisão pelos órgãos competentes. Ainda, deve ser submetido a todos os setores/partes interessadas envolvidos, bem como deve ser intensamente publicado e divulgado.

8. Anexos

Classificação de risco e vulnerabilidade

FICHA DE ATENDIMENTO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTANEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nome:		Data:	Hora de Chegada:
Sexo: () Feminino () Masculino		Idade:	
Queixa Principal:		Fluxograma:	
Discriminador:			
Parâmetros:			
Glicemia:	Escala de coma de Glasgow:	Pulso: Ritmo:	Sat O ² :
Temperatura:		PA:	Escala da Dor:
Prioridade Clínica / Identificação de vulnerabilidade do paciente que procura atendimento			

Classificação geral:

- () Atendimento imediato (alto risco de vida)
– PCR, Dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- () Atendimento prioritário (risco moderado)
– Crise asmática leve a moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, pessoa com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminada, usuário com suspeita de DST, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de traumas, suspeita de violência, sofrimento psíquico
- () Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):
Disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não consegue acessar o serviço em outro momento, risco socioeconômico.
- () Orientação específica/e/ou sobre as ofertas da unidade;
- () Adiantamento de ações previstas no protocolo (teste rápido, teste de gravidez, vacina...)
- () Agendamento/programação de intervenção (baixa adesão ao cuidado/tratamento, Segmento vulneráveis)
- () Demanda administrativa (ver fluxo)

Registro de Informações do atendimento e condutas do classificador:

--

Classificador:	COREN/CRM/CRO:	Hora de Início CR:	Hora do Fim CR:

Fonte: Ficha de Classificação de Risco e Vulnerabilidade, adaptada do Caderno de Atenção Básica N° 28. Vol II, 2013.

Escala de Coma de Glasgow

É através dessa escala que é possível mensurar o nível de consciência dos pacientes. E a partir desses dados podemos encaminhar o paciente de maneira mais segura.

É preciso marcar "NT" na pontuação caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação!

Pontuação

Variáveis		Escore
 Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
 Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
 Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão normal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
 Resposta Pupilar	Nenhuma	2
	Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	Reação bilateral ao estímulo	0

5 Passos para utilizar a Escala de Coma de Glasgow corretamente:

- Verifique:** Identifique fatores que podem interferir na capacidade de resposta do paciente. É importante considerar na sua avaliação se ele possui alguma limitação anterior ou devido ao ocorrido que o impede de reagir adequadamente naquele tópico (Ex: paciente surdo não poderá reagir normalmente ao estímulo verbal).
- Observe:** Observe o paciente e fique atento a qualquer comportamento espontâneo dentro dos três componentes da escala.
- Estimule:** Caso o paciente não aja espontaneamente nos tópicos da escala, é preciso estimular uma resposta. Aborde o paciente na ordem abaixo:
 - Estímulo sonoro:** Peça (em tom de voz normal ou em voz alta) para que o paciente realize a ação desejada.
 - Estímulo físico:** Aplique pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária.
- Pontue e some:** Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede o paciente de realizar a tarefa, é marcado NT (Não testável). As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2, M1 e P0 significando respectivamente a nota para ocular, verbal, motora e pupilar, com resultado geral igual a 7).
- Análise a reatividade pupilar (atualização 2018):** suspenda cuidadosamente as pálpebras do paciente e direcione um foco de luz para os seus olhos. Registre a nota correspondente a reação ao estímulo. Esse valor será subtraído da nota obtida anteriormente, gerando um resultado final mais preciso.

Essas reações devem ser anotadas periodicamente para possibilitar uma visão geral do progresso ou deterioração do estado neurológico do paciente.

VALORES DE REFERÊNCIA

- NORMALIDADE: 36°C a 37.2°C.
- ESTADO FEBRIL: 37.3°C a 37.7°C.
- FEBRE: 37.8°C Acima.

Fonte: BRASIL, 2020. MS.



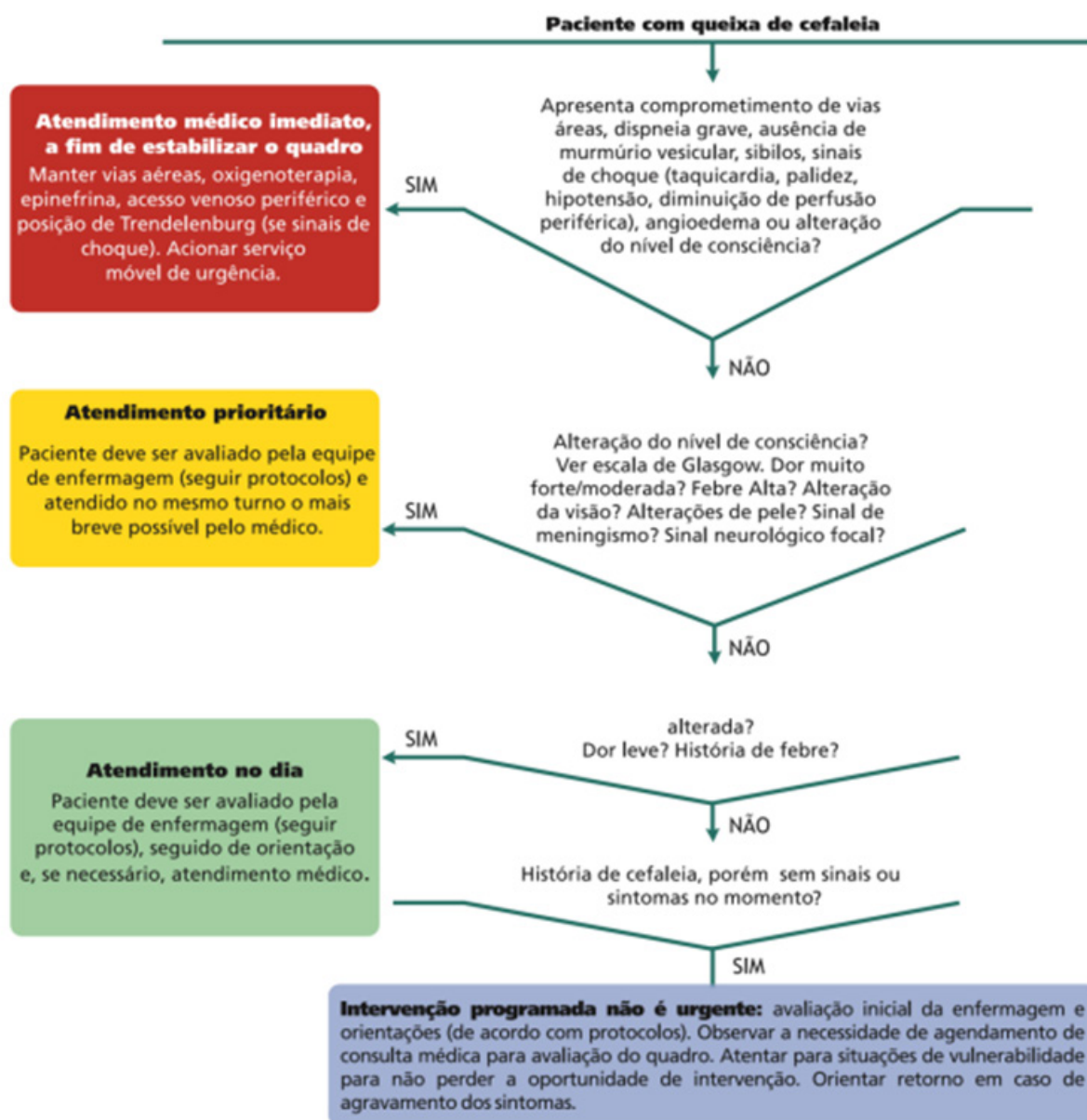
GLOSSÁRIO:

Acuidade visual reduzida	Qualquer redução na acuidade visual corrigida.
Alterações do nível de consciência	Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio.
Angioedema	Inchaço sem inflamação
Apnéia	Ausência de respiração ou esforço respiratório durante 10 (dez) segundos, conforme avaliação pelo olhar, a audição e o tato.
Cefaléia	Qualquer dor na cabeça não relacionada com uma determinada estrutura anatômica. A dor facial não está incluída.
Cefaleia Forte	Considerar como dor intensa
Cefaleia leve	Considerar dor leve
Confusão mental	Afeção global das funções psíquicas caracterizada pelo obtusão intelectual, por perturbações da percepção, da memória, da orientação no tempo e no espaço
Criança com estridor	O estridor é um som áspero produzido quando a criança inspira. O estridor, em geral, representa um sinal de gravidade e aparece quando há inflamação da laringe, traqueia e epiglote ou pela presença de corpo estranho nas vias aéreas superiores.
Diarreia intensa	Evacuações frequentes e líquidas em grande quantidade.
Dispneia	É a sensação de dificuldade para respirar.
Dispneia Grave	Folego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica.
Dor abdominal com defesa	Aumento do tônus musculares da parede abdominal e só é de importância como um reflexo involuntário quando ele reflete uma tentativa fisiológica para minimizar o movimento das estruturas intraperitoneais
Dor Leve	Qualquer dor que tenha ocorrido nos últimos 7 dias
Dor moderada	Dor intensa, suportável.
Dor Muito Forte	Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.
Dor Pleurítica	Dor enfincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Dor precordial ou cardíaca	Dor em aperto ou peso no meio do peito, que pode estar irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas, sensação de lipotímia e/ou dor epigástrica.
Dor severa	Considerar dor pleurítica, dor precordial ou cardíaca
Dor torácica	Dor constritiva e intensa no peito.
Estridor	Som que poderá ser inspiratório ou expiratório, ou ambos. O estridor é ouvido mais claramente quando se respira de boca aberta.
Febre Alta	Ver tabela de temperatura (>41 adultos) >39 em crianças.
Febre baixa	Se a pele estiver quente ao toque, pode dizer clinicamente febril.
Febre em crianças	Temp. entre: 38,5 – 38,9°C
Hálito cetônico	É um hálito adocicado, que ocorre quando há eliminação de corpos cetônicos pela respiração. Os corpos cetônicos surgem como resultado da metabolização da gordura quando o organismo não consegue usar a glicose como fonte de energia. Isso acontece na descompensação do diabetes e também em outras situações, como doença hepática.
Hematêmese	Vômito de sangue proveniente de hemorragia da mucosa gástrica, duodenal ou esofágica
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dL
Hipoglicemia	Glicemia < 55mg/Dl
Hipotensão	É uma pressão arterial sistólica com valor inferior a 120 mmHg.
Hipotermia	Se a pele se apresentar fria, Tem. < 35°C

Guia adaptado do Caderno de Atenção Básica Nº 28. Vol I e II, 2013.

Fluxogramas com classificação de risco de algumas queixas comuns na APS

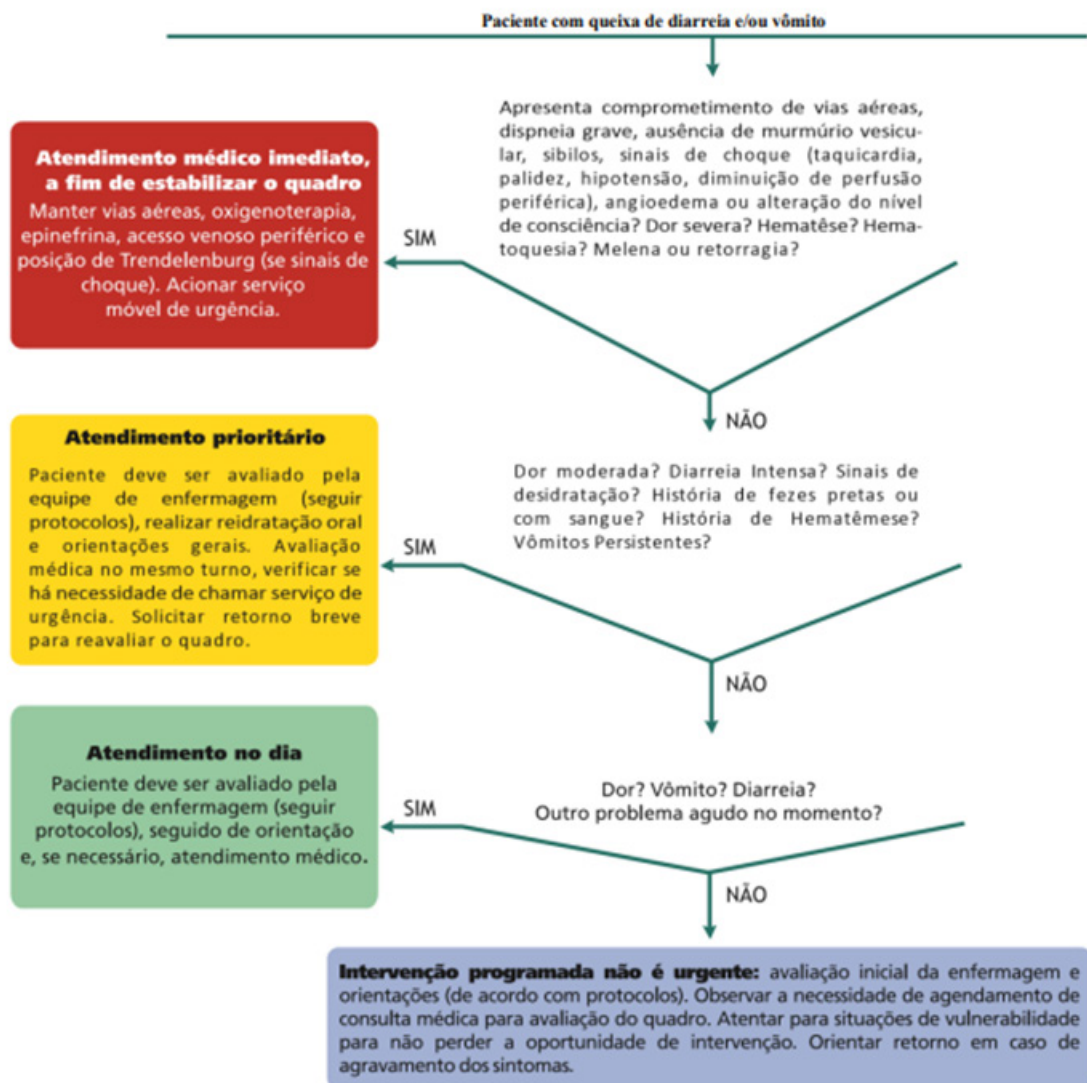
CEFALEIA



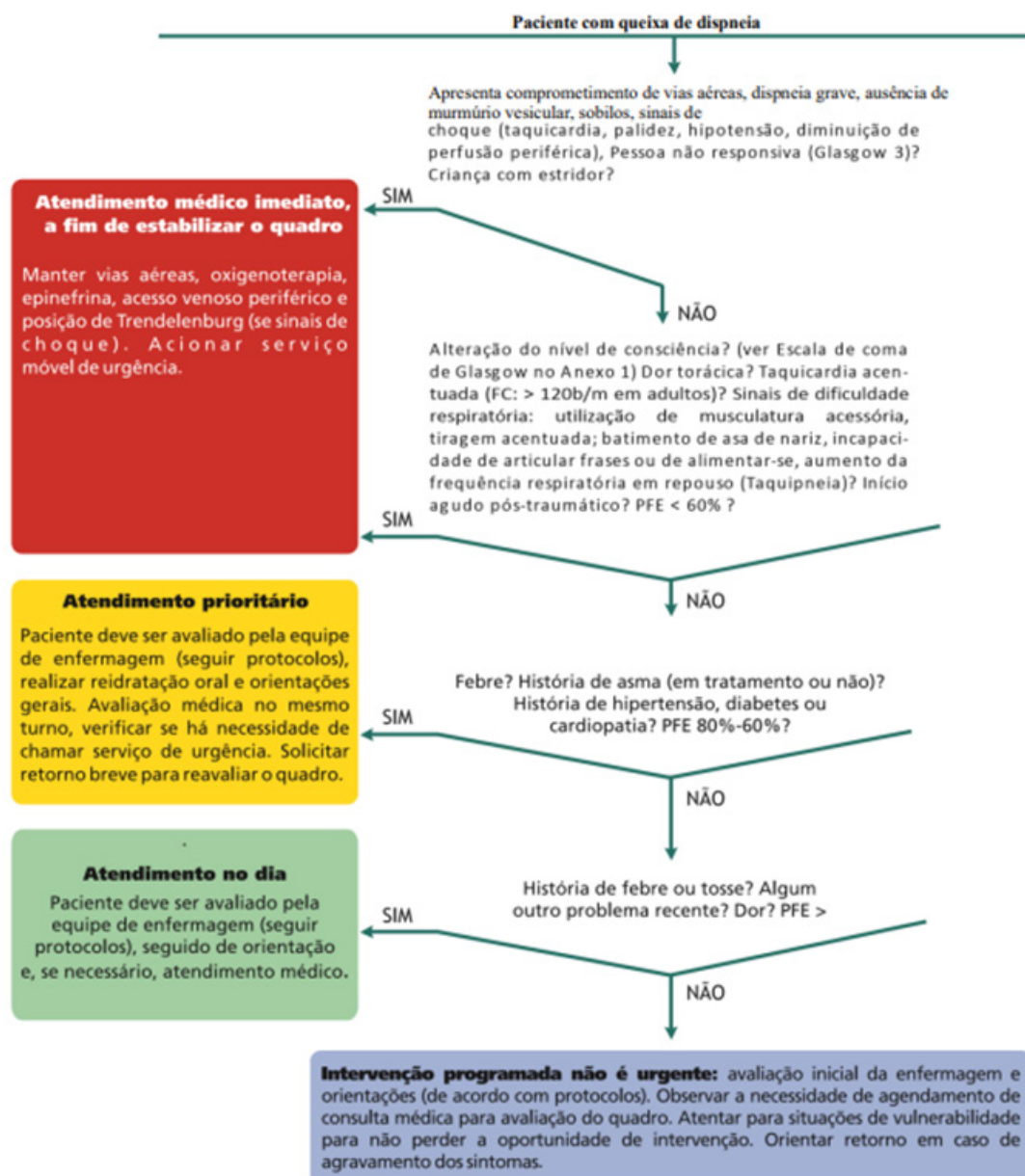
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

DIARREIA E VÔMITO

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento por queixa de diarreia e/ou vômito



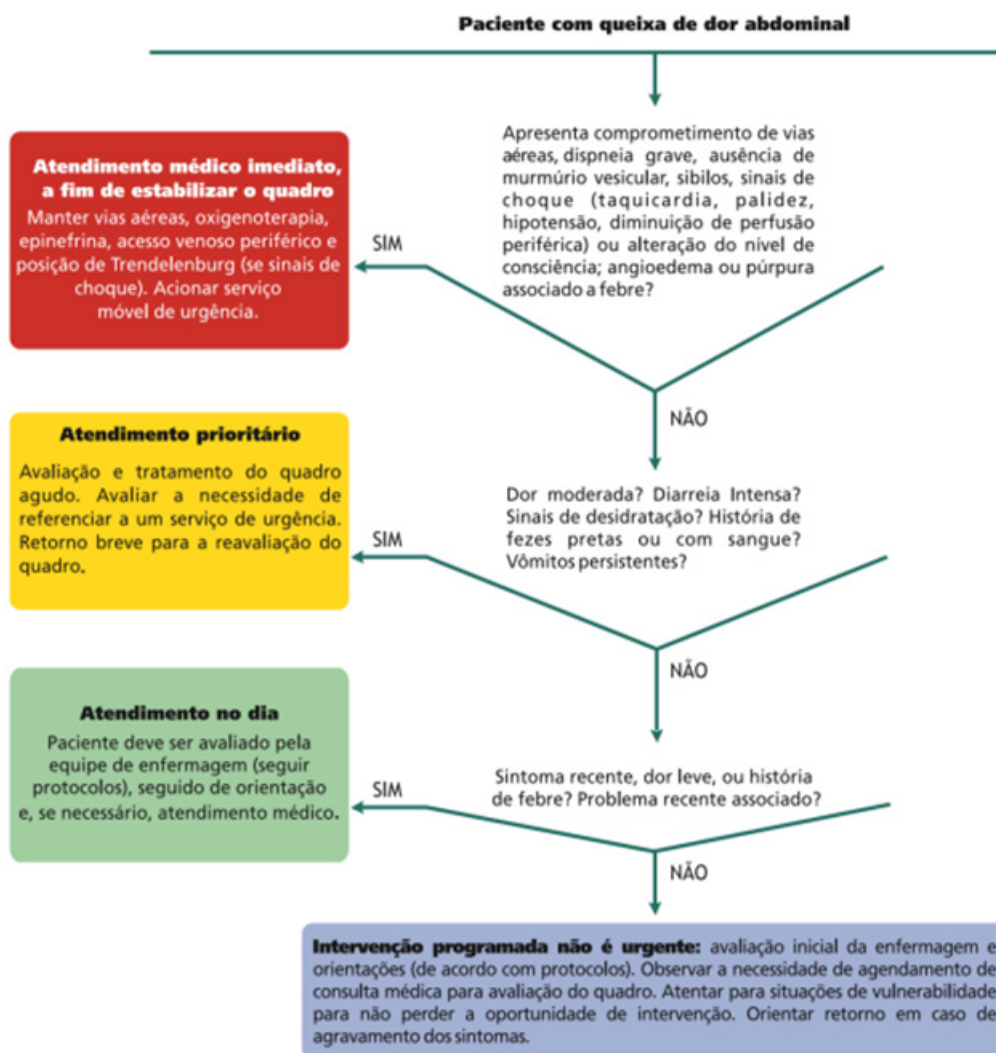
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

DOR ABDOMINAL

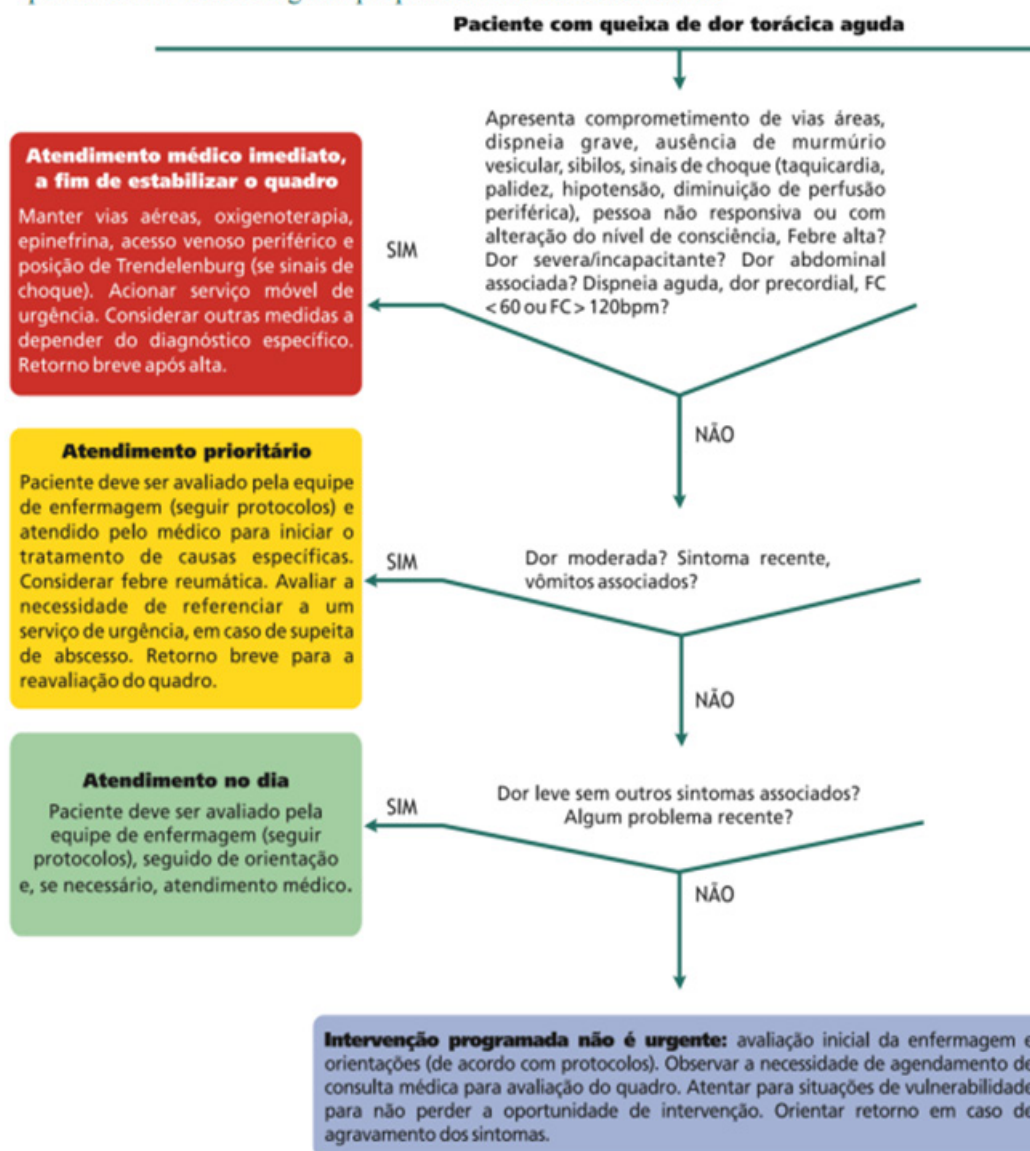
Figura 28 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com dor abdominal que procuram a AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

DOR TORÁCICA

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor torácica aguda que procuram atendimento na AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Manejo da hipoglicemia

A hipoglicemia é um evento agudo, causado pela diminuição dos níveis de glicose no sangue e com alto risco de complicações graves como danos cardiovasculares, neurológicos permanentes e morte, se não identificada e corrigida a tempo (SDB, 2023; MS, 2022).

O alerta máximo aos fatores de risco, deve ser permanente para que nas primeiras manifestações clínicas da hipoglicemia, possam ser identificadas, diagnosticadas e tratadas de forma rápida e efetiva, tanto por

parte da própria pessoa usuária, familiares/ cuidadores, das equipes da APS, AAE e demais pontos da RAS. Sendo o diabetes mellitus uma das condições crônicas mais prevalentes do país, é esperado que as agudizações desta condição crônica se tornem cada vez mais frequentes nas unidades de saúde, tanto da APS e ou AAE. Desta forma, é imprescindível que as equipes se capacitem para o manejo adequado deste evento e mais, que atuem na prevenção e na educação das pessoas usuárias, familiares e cuidadores.

Fatores de Risco para Hipoglicemias	
Clínicos/biológicos:	Fatores de risco sociais, culturais e econômicos:
<ul style="list-style-type: none">• Pessoas com diabetes tipo 1 e ou tipo 2 em uso de insulina• Pessoas com histórico de hipoglicemias recorrentes• Consciência prejudicada de hipoglicemias• Pessoas em uso de medicamentos como insulinas, sulfoniluréias e meglitinidas (glibenclamida, repaglinida etc.)• Comprometimento cognitivo ou demência• Pessoas com doença renal crônica (DRC)• Alta variabilidade glicêmica• Controle glicêmico rigoroso• Neuropatia• Retinopatia• Doença cardiovascular• Infecções• Sexo feminino• Pessoas idosas em risco de fragilização e frágeis (IVCF-20)• Pessoas desnutridas ou sarcopênicas• Pessoas com doenças do fígado• Transtorno depressivo maior	<ul style="list-style-type: none">• Insegurança alimentar• Situação de baixa renda• Falta de moradia• Jejum por motivos religiosos ou culturais <p>Outros fatores de risco</p> <ul style="list-style-type: none">• Atividade física intensaBaixo nível de letramento em saúde• Polifarmácia (uso de 5 ou mais tipos de medicamentos)• Uso de alguns medicamentos que podem causar hipoglicemia• Transtorno por uso de álcool ou outras substâncias

Quadro 01: Fatores de risco para hipoglicemias. Fonte: SBD, 2022; ADA, 2023. ADA Disponível: https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S111/153951/6-Glycemic-Goals-and-Hypoglycemia-Standards-of Acesso: mar.2024.

A hipoglicemia é caracterizada por glicemias abaixo de 70mg/dl podendo estar associada a manifestações clínicas que serão apresentadas a seguir:

- Fraqueza
- Ansiedade
- Mudança de humor e comportamento/ Irritabilidade
- Tremores
- Sudorese
- Taquicardia
- Andar cambaleante
- Sonolência
- Queda
- Fome
- Palidez
- Alterações visuais
- Lentificação e/ou dificuldade na fala
- Medo/apreensão
- Confusão mental
- Cefaleia
- Vômitos
- Dormência nos lábios e língua
- Convulsão
- Desmaio
- Coma

Oliveira, 2016; Brasil, 2022, SBD, 2023.

ATENÇÃO

- Os sinais e sintomas podem ocorrer sem que a pessoa usuária os identifique.
- Pessoas com diabetes que não alcançaram a estabilidade glicêmica, podem apresentar sinais e sintomas mesmo com valores de glicemia mais altos e aquelas pessoas com controle rigoroso do diabetes podem tolerar níveis mais baixos de concentração de sanguínea de glicose.
- Ao detectar sinais e sintomas de alerta, acomode a pessoa usuária em um local calmo e tranquilo, lembrando que esta situação pode ocorrer em qualquer local, não só na UBS, como na rua/espços públicos de convívio social, na casa da pessoa usuária durante à visita domiciliar.
- Verifique o nível de consciência, a glicemia capilar, a pressão arterial, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio.

Classificação dos níveis de hipoglicemias:			
Classificação	Valores de Ref.	Recomendação 01	Recomendação 02
Nível 1	69 – 54 mg/dL	Oferecer 15 gramas de carboidrato simples (de ação rápida), o que corresponde: - 01 colher de sopa de açúcar que pode ser diluída em água; - ou 03 sachês de mel (exceto para crianças menores de 1 ano); - ou 150 ml de refrigerante comum (não diet); - ou 150ml de suco integral de laranja, - ou 3 a 4 balas (não diet) mastigáveis.	Após 15 minutos da ingestão das 15 gramas de carboidrato, verificar a glicemia capilar, caso o valor continue menor que 70mg/dL, repetir a ingestão de mais 15 gramas de carboidratos e realizar nova verificação em 15 minutos.
Nível 2	< 54 mg/dl	Requer intervenção médica (UBS) IMEDIATA, para avaliação e aplicação plano de tratamento para correção imediata.	Correção e monitorização conforme protocolo de manejo de pessoas com hipoglicemia da UBS.
Nível 3	(Hipoglicemia severa) Independentemente do valor, gera comprometimento cognitivo	Uso de glucagon e requer apoio médico UBS/UPA/ hospital.	Conforme protocolo de manejo de pessoas com hipoglicemia institucional.

Quadro 02 - Classificação dos níveis de hipoglicemias. Fonte: ADA, 2024. Disponível: https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S111/153951/6-Glycemic-Goals-and-Hypoglycemia-Standards-of Acesso: marc. 2024

Já diz o ditado popular, prevenir é sempre melhor do que remediar!
A prevenção da hipoglicemia deve ser pauta permanente de toda equipe da APS e AAE.



Orientações aos ACS

ACS	Visita domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe identificar as pessoas da sua área que apresentam fatores de risco para episódios de hipoglicemia? • Registra e comunica aos demais membros da equipe da APS? • Consegue identificar os sinais e sintomas de hipoglicemia? • O técnico em ACS consegue verificar a glicemia capilar? • Consegue fazer a leitura no display e interpretar os resultados da glicemia capilar e identificar os valores alterados? • As hipoglicemias do nível 1 é capaz de intervir, conforme as recomendações 1 e 2? • Conhece o fluxo de urgência/emergência estabelecido na UBS para estas situações? • As pessoas usuárias que apresentam episódios de hipoglicemias, nível 1, após o restabelecimento são encaminhadas para atendimento na UBS ou é feito visita domiciliar pelo profissional enfermeiro.
-----	-------------------	---

Quadro 3- Orientações aos ACS. Oliveira, Reynaldo Gomes de. Blackbook – Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016. P. 130-140 Disponível: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-\(DM2\)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-aguda/hipoglicemia/#pills-manejo-inicial](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/dm2-aguda/hipoglicemia/#pills-manejo-inicial)

Materiais e procedimentos para assistência às urgências e às emergências na atenção Primária à Saúde³

A organização do sistema de saúde brasileiro apresenta a APS no centro da rede assistencial. Com isso, espera-se que ela apresente planejamento, operacionalização e avaliação de ações relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças, além de reabilitação dos usuários para a manutenção da saúde. Nesse contexto, a APS deve ser compreendida como primeiro contato para acolhimento das necessidades de saúde da população, visto que a APS é a porta de entrada para a rede assistencial de saúde, desempenhando suas funções com base nos princípios norteadores do SUS. A Estratégia Saúde da Família principal eixo da APS, é responsável pelo acolhimento dos usuários e suas necessidades, incluindo as urgências em saúde. Desse elemento da rede de assistência devem partir todos os outros componentes, como a Atenção Especializada e as internações, assegurando a integralidade do cuidado. A situação de emergência, no âmbito da Atenção à Saúde, pode ser compreendida como a ocorrência imprevista, que proporciona agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte. Nessa perspectiva, o usuário apresenta necessidades relacionadas a aspectos como saúde imediata

e tempo em que deve ocorrer a realização do atendimento (hora de ouro), considerados essenciais para seus processos de cura, reabilitação e monitoramento do estado de saúde. No entanto, apenas a realização do atendimento é insuficiente para contribuição da melhora do paciente durante a hora de ouro. Essa assistência necessita ser bem orientada e operacionalizada, garantindo a evolução satisfatória do paciente.

Instituições hospitalares ou prontos atendimentos de urgência e emergência necessitam de aparatos adequados para situações necessárias, como armários que contenham medicamentos ou instrumentos que serão usados quando ocorrer uma parada cardiorrespiratória.

O Ministério da Saúde, em parceria com secretarias estaduais e municipais, tem desenvolvido ações para melhorar o atendimento das urgências e emergências no país. Essas melhorias têm ocorrido por meio da criação de mecanismos e estratégias que tentam adequar às redes nas capacitações de recursos humanos e estruturação das redes assistenciais relacionadas à área de urgência e emergência.

³ Material do PlanificaSUS acessado em 30/4/2024.

Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa7_aps_anexo6.pdf

No contexto da APS, as unidades de saúde devem desenvolver o acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade. É importante que a APS e a ESF, que norteia os principais processos de trabalho, ofereçam acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição.

É preconizado que o atendimento de urgência seja realizado em qualquer nível de Atenção à Saúde, inclusive na APS. Contudo, profissionais desse nível de atenção apresentam dificuldades no autorreconhecimento como responsáveis por esse tipo de assistência e, ao se depararem com situações de urgência, realizam apenas o encaminhamento do paciente. Nesse sentido, a Política Nacional de Atendimento à Urgência considera que o atendimento às urgências deve ser iniciado em qualquer nível de complexidade ou gravidade, visando desconcentrar a atenção desse tipo de atendimento exclusivamente nos níveis Secundário e Terciário de Atenção à Saúde.

A APS apresenta aspectos essenciais para ser efetivada como o contato preferencial dos usuários, constituindo a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS. As unidades de saúde são classificadas na modalidade pré-hospitalar fixa, devendo ser capacitadas para promover uma assistência qualificada e especializada para atendimento e encaminhamento às unidades adequadas.

Para que a equipe da APS consiga realizar o acolhimento de pessoas usuárias com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de abrangência, é necessário que medicamentos, equipamentos e materiais médicos hospitalares estejam à disposição na unidade de saúde. Esses medicamentos e materiais devem estar acondicionados em

um local específico e destinado para seu armazenamento, o que denominamos de caixa de emergência.

Caixa de emergência

A caixa de emergência é uma estrutura de fácil locomoção que deve conter, de forma sequenciada, um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, para atendimento em situações de urgências e emergência. É importante manter a maleta de emergência organizada, localizada em um espaço facilmente acessível, sem qualquer obstáculo à sua mobilização.

Medicamentos, dispositivos e materiais da caixa de emergência

Medicamentos, dosagem, apresentação	Quantidade	Indicação
Ácido acetilsalicílico 100mg, comprimido	4 comprimidos	SCA
Água destilada injetável, ampola 10mL	10 ampolas	
Atropina sulfato injetável 0,25mg/mL, ampola 1mL	4 ampolas	IA, CQ
Captopril 25mg, comprimido	4 comprimidos	CH
Carvão vegetal ativado 250mg, comprimido	4 comprimidos	IA
Clonidina 0,150mg, comprimido	4 comprimidos	CH
Clorpromazina injetável 5mg/mL, ampola 5mL	5 ampolas	AP
Dexametasona injetável 10mg/2,5mL, ampola 2,5mL	2 ampolas	RA
Diazepam injetável 5mg/mL, ampola 2mL	2 ampolas	CE
Dinitrato de isossorbida 5mg, comprimido sublingual	4 comprimidos	SCA, CH
Epinefrina injetável 1:1.000, ampola 1mL	5 ampolas	AG, IRA, CQ, PCR, RA
Fenitoína injetável 50mg/mL, ampola 5mL	4 ampolas	CE
Fenoterol bromidato (gotas) 5mg/mL, frasco 20mL	1 frasco	AG
Furosemda injetável 10mg/mL, ampola 2mL	3 ampolas	CH
Glicose hipertônica injetável 50%, ampola 10mL	5 ampolas	HG
Haloperidol injetável 5mg/mL, ampola 1mL	5 ampolas	AP
Hidrocortisona injetável (pó) 100mg, frasco	1 frasco	AG, RA
Hidrocortisona injetável (pó) 500mg, frasco	1 frasco	AG, RA
Brometo de ipratrópio (gotas) 0,25mg/mL, frasco 20mL	1 frasco	AG
Prometazina injetável 25mg/mL, ampola 2mL	3 ampolas	AP, RA
Soro fisiológico injetável 0,9%, frasco 500mL	1 frasco	DG, CQ, PCR
Soro glicosado injetável 5%, frasco 500mL	1 frasco	DG, CQ, PCR
Terbutalina injetável 0,5mg/mL, ampola 2mL	1 ampola	AG

Fonte: adaptado de Brasil^[4]

SCA: síndrome coronariana aguda; IA: intoxicação aguda; CQ: Choque Circulatório; CH: crise hipertensiva adulto (urgência/emergência); AP: agitação psicomotora; RA: reação anafilática; CE: crise epiléptica; AG: asma grave (exacerbação); IRA: insuficiência respiratória aguda; PCR: parada cardiorrespiratória; HG: hipoglicemia grave; DG: desidratação grave plano C (fase de expansão rápida).

Equipamentos/dispositivos		
Manejo de vias aéreas	Quantidade	Indicação
Cânula de Guedel nº 0	1 unidade	AG, CQ, IRA, RA
Cânula de Guedel nº 1	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 2	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 3	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 4	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cânula de Guedel nº 5	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Cateter nasal tipo óculos para oxigênio medicinal	1 unidade	AG, CQ, IRA, RA
Cilindro para oxigênio medicinal 1m³ (7L)	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Sistema bolsa-máscara autoinflável adulto com máscara transparente (AMBU)	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Sistema bolsa-máscara autoinflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Tubo de silicone para oxigênio medicinal, 2m	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Umidificador de 250mL para oxigênio medicinal	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA
Válvula reguladora com fluxômetro para cilindro de oxigênio medicinal	1 unidade	AG, CQ, PCR, RA

Fonte: adaptado de Brasil.^[4]

AG: asma grave (exacerbação); CQ: choque circulatório; IRA: insuficiência respiratória aguda; RA: reação anafilática; PCR: parada cardiorrespiratória.

Equipamentos/dispositivos	
Acesso venoso	Quantidade
Agulha descartável 13x4,5	5 unidades
Agulha descartável 25x7	5 unidades
Agulha descartável 40x12	5 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14G	2 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20G	2 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22G	2 unidades
Equipo macrogotas para soro	2 unidades
Equipo multivias com 2 vias (Polifix®)	2 unidades
Scalp de infusão intravenosa 21G	2 unidades
Scalp de infusão intravenosa 25G	2 unidades
Seringa descartável de 1mL sem agulha	1 unidade
Seringa descartável de 10mL sem agulha	3 unidades
Seringa descartável de 20mL sem agulha	1 unidades
Seringa descartável de 5mL sem agulha	3 unidades

Material para procedimentos	Quantidade
Garrote para punção venosa periférica	1 unidade
Gaze estéril (pacote com 5 folhas)	3 unidades
Luva cirúrgica nº 7,0	1 unidade
Luva cirúrgica nº 7,5	1 unidade
Luva cirúrgica nº 8,0	1 unidade
Luvas de procedimentos tamanho M	20 unidades
Maleta tipo ferramentas de 16" com alça para carregar	1 unidade
Máscara cirúrgica	2 unidades
Rolo de esparadrapo comum	1 unidade
Sonda nasogástrica adulto 16F*	1 unidade
Tesoura estéril	1 unidade

Indicação em intoxicação aguda.

Equipamentos que devem ser mantidos próximos à caixa de emergência	
Equipamentos	Quantidade
Ambu adulto com máscara	1 unidade
Ambu infantil com máscara	1 unidade

Equipamentos necessários ao atendimento	
Glicosímetro	1 unidade
Oxímetro de pulso	1 unidade
Aparelho para nebulização	1 unidade
Cilindro de oxigênio	1 unidade
Umidificador com extensão de látex	1 unidade
Fluxômetro	1 unidade

Procedimentos padronizados para gestão da medicação da caixa de emergência (medicação de alto vigilância)

Garantir que a maleta esteja sempre completa, em local único, com todos os materiais necessários ao atendimento de urgência ou emergência e de fácil acesso a todos os profissionais em local seguro e protegido da luz solar.

Manter a caixa de emergência junto aos Ambus.

Identificar a caixa de emergência.

No interior da caixa de emergência, identificar com etiquetas o nome da medicação, o lote e a validade.

Identificar as medicações de alto alerta com adesivo na **cor laranja**, conforme listagem previamente definida.

Identificar as medicações psicotrópicas com adesivo na **cor verde**, conforme listagem previamente definida.

Manter junto da caixa o formulário "Checklist de materiais e medicamentos de urgência e emergência nas unidades", que possui controle de estoque das medicações, registrando toda saída de medicação e número do lacre. Conferir data de validade toda primeira quinta-feira de cada mês.

Limpar a caixa com álcool 70% e pano limpo toda primeira quinta-feira de cada mês.

Sinalizar as medicações com 90 dias de antecedência ao vencimento, identificando com adesivos na **cor vermelha**.

Encaminhar a medicação não utilizada 60 dias antes do vencimento para a assistência farmacêutica.

Solicitar reposição de medicação, sempre que necessário ou próximo do vencimento, para Assistência Farmacêutica (Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF).

A cada abertura da caixa, registrar o número do lacre.

Todos os materiais e medicamentos devem ser conferidos e repostos logo após a utilização.

Medicamentos: observar validade, lote e quantidade.

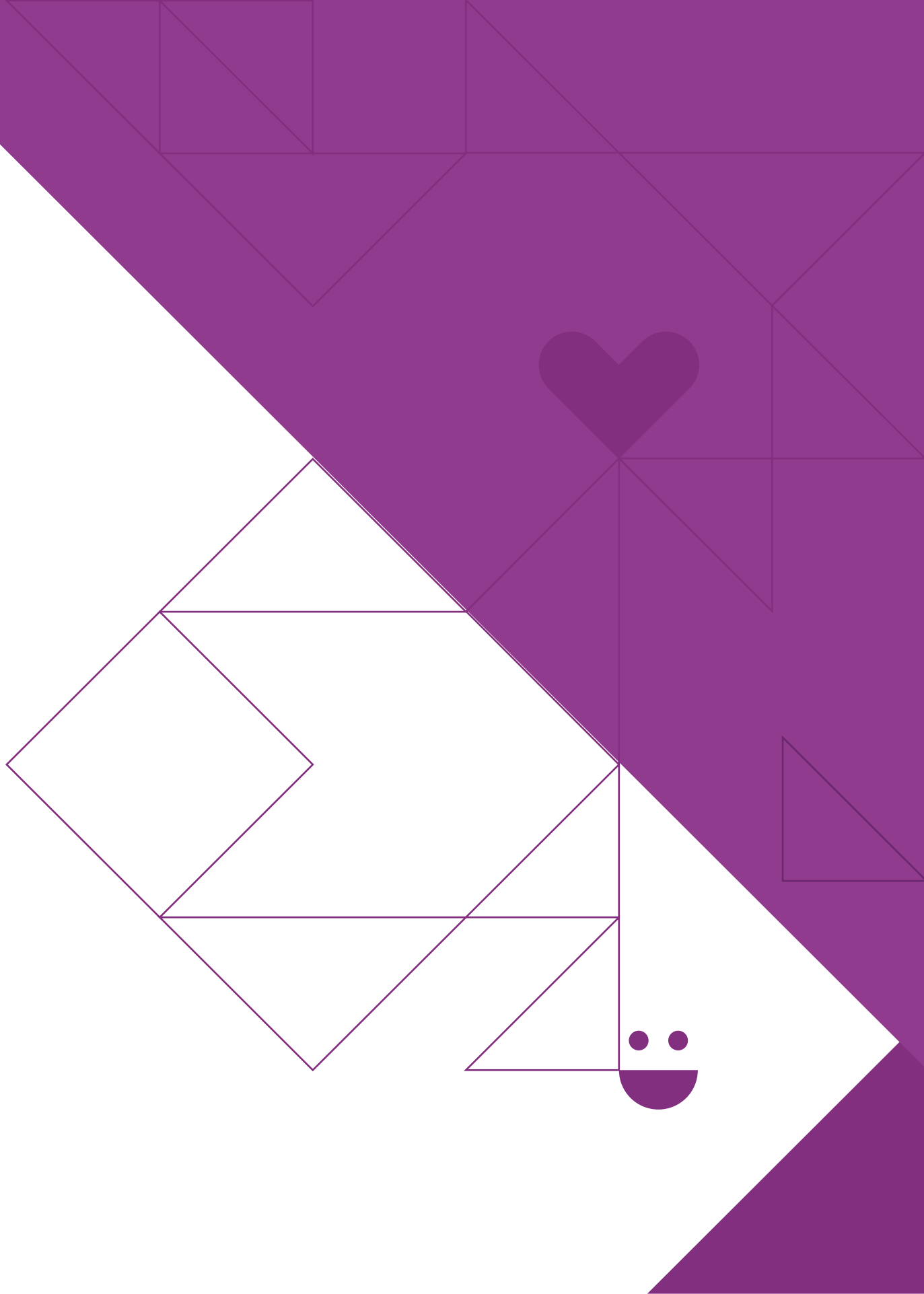
O enfermeiro responsável deverá comunicar (via e-mail, memorando etc.) ao farmacêutico de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, a validade e as quantidades a vencer nos próximos 3 meses. Aguardar avaliação para efetuar a reposição.

É necessário estabelecer controle da permanência e uso dos materiais que compõem a maleta de emergência, bem como garantir fácil acesso a ela aos profissionais de enfermagem e médicos. Essa é uma estratégia para um atendimento de emergência satisfatório na UBS. Ainda que as eSF estejam trabalhando em números reduzidos de profissionais, essa é uma estratégia que pode garantir maior agilidade e eficiência no atendimento ao usuário. O registro do controle do material deve ser realizado na própria ficha (Anexo 12), conter os materiais e os medicamentos da maleta e ser entregue para a coordenação o UBS.^[2]

Referências

1. Farias, DC; Celino, SDM; Peixoto, JBS; Barbosa, Mayara Lima, & Costa, Gabriela Maria Cavalcanti. (2015). Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica, 39(1), 79-87. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0079.pdf?doi=10.1590/1981-52712015v39n1e00472014>
2. Oliveira, EL. (2014). Recomendações para o controle e reposição dos medicamentos e materiais de emergência para um centro de saúde do Sul do Brasil. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência e Emergência. Universidade Federal de Santa Catarina. 1-24. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173419/ELENICE%20LOCH%20DE%20OLIVEIRA-EMG-TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Cadernos de Atenção Básica 28. Vol. I Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf





Rua Maestro Cardim, 769
01323-900 Bela Vista São Paulo
Tel. 11 3505 1000

 /bporgbr
bp.org.br