



UBS Unidade Básica de Saúde



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

**Reorganização do Processo de Trabalho
Acolhimento à Demanda Espontânea
Atenção Básica SMS-SP**

UBS Unidade Básica de Saúde

Reorganização do Processo de Trabalho
Acolhimento à Demanda Espontânea
Atenção Básica SMS-SP

Fernando Haddad

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Nadia Campeão

VICE-PREFEITA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Alexandre Padilha

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Célia Cristina Bortoletto

SECRETÁRIO ADJUNTO DA SAÚDE

Mariana Neubern de Souza Almeida

CHEFE DE GABINETE

Rejane Calixto Gonçalves

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

FICHA TÉCNICA

Diagramação e Revisão

CESCOM/SMS

Edição:

1ª Edição

Outubro de 2015

Secretaria Municipal da Saúde

Rua General Jardim, 36 - Vila Buarque

CEP 01223-906 - São Paulo - SP

Tel.: PABX (11) 3397-2000

E-mail: atencaobasica@prefeitura.sp.gov.br

GRUPO DE TRABALHO

Cassia Liberato Muniz Ribeiro

Cecília Seiko Takano Kunitake

Edmir Peralta Albuquerque

Elaine Aparecida Lorenzato

Eliane Katy Gonçalves Rosário

Heloisa Mara Trebbi Berton

Hiromi Kano Uchida

Jonas Melman

Jovino Paes Júnior

Maria Laura Deorsola

Maria Teresa Souza

Márcia Mulin Firmino da Silva

Marisa Beraldo

Martha Maria Pereira Nunes

Miriam Rodrigues de Medeiros

Patrícia Luna

Rejane Calixto Gonçalves

Rodrigo Moreira de Sá

Sandra Cardoso

Tânia Maria Bonfim

Teresa Cristina Fenerich de Moraes

Valnice de Oliveira Nogueira

Sumário

Apresentação.....	07
Acolhimento.....	09
Recepção.....	10
Fluxograma do Acolhimento nas UBS.....	12
Classificação de Risco e Avaliação de Vulnerabilidade.....	14
Classificação Geral dos Casos de Demanda Espontânea na Atenção Básica.....	16
Atendimento Médico Imediato.....	18
Atendimento Prioritário.....	20
Atendimento Necessário no Dia.....	22
Avaliação de Vulnerabilidade.....	24
Bibliografia.....	26







Recepção

A RECEPÇÃO é o local onde se dá o primeiro encontro entre os sujeitos e atores envolvidos no processo de trabalho, onde se faz necessária a valorização dos motivos da procura, por meio da escuta.

Executar acolhimento **requer**:

- Mudança de postura frente ao usuário
- Reconhecer e aceitar as diferenças
- Realizar tratamento digno e respeitoso
- Escuta e o direito de decisão
- Não ter julgamentos e imposição de valores
- Ter capacidade de lidar com conflitos
- Valorizar as queixas identificando as necessidades
- Escutar de forma ativa a proporcionar empatia.



Todos esses atos devem estar voltados à promoção do acesso e, principalmente, à resolutividade da assistência à saúde.

“Entendemos que humanização é usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro”.

CARBONI; BRETAS; MATHEUS, 2009.

ESCUTA QUALIFICADA:

É uma **ferramenta essencial** para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, é momento de construção de vínculos; relações de acolhimento com o respeito, a diversidade e a singularidade no **encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado**.

ESCUTA QUALIFICADA DEVE SER PRÁTICA CORRENTE DE TODA A EQUIPE

Analisa a necessidade



**RISCO E VULNERABILIDADE:
biológica; social e subjetiva**

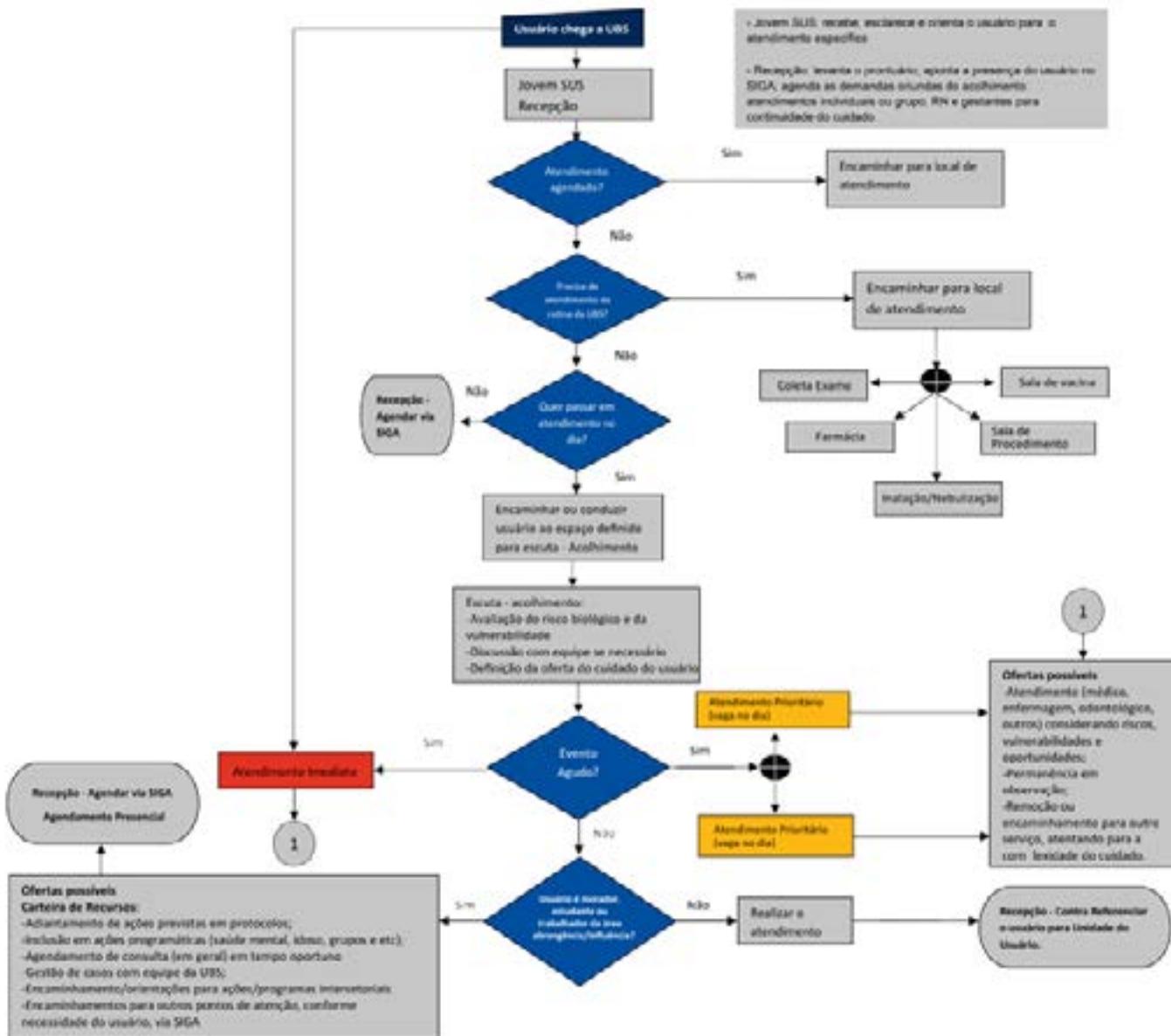
HABILIDADE NA COMUNICAÇÃO:

A relação se torna mais humanizada e horizontal por meio de falas, perguntas, posturas e gestos capazes de gerar empatia e acolhimento, minimizando os lugares de poder historicamente instituídos no relacionamento entre profissionais de saúde e usuário. Assim, os pacientes transformam-se em sujeitos.

O esclarecimento desfaz fantasias, aumenta a informação e reestrutura o pensamento, reduzindo ansiedade e depressão.



Fluxograma do Acolhimento nas UBS





Classificação de Risco e Avaliação de Vulnerabilidade

A organização da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade nas UBS. Ou seja, organizar sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado. (Mendes, 2015).

A estratégia adotada como forma de garantir o acesso com equidade é:

- A adoção da **classificação de risco** como ferramenta de apoio à decisão clínica -identificação rápida e científica do paciente crítico ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com potencial de risco ou grau de sofrimento;

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE

Situação não aguda

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, a vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Fonte: Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica 28, Vol. II.

DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Situação aguda ou crônica agudizada

Conduas possíveis

Atendimento imediato

(alto risco de morte)

Necessita de intervenção de equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.

Atendimento prioritário

(risco moderado):

Necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas, inicialmente, medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influenciam na ordem de atendimento de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.

Atendimento no dia

(risco baixo ou ausência de riscos 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 será feito pela enfermeira e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

VERMELHO

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO

- PCR,
- Fraturas Múltiplas, expostas, com sangramento.
- Perda movimento e sensibilidade na face, braços e pernas,
- TCE,
- Trauma Torácico e Abdominal
- Queimadura extensa, ou em criança - com mais de 25% de área de superfície corporal, queimada, ou com problemas respiratórios;
- Inconsciência, hipotermia, cefaléia, com alterações neurológicas,
- Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala).
- Dor torácica de início súbito < 1 hora em: HAS, DM ou Cardiopata ou > 2 horas em usuários não HAS, DM ou Cardiopata;
- Dor torácica que piora com exercício ou clima frio de rápida duração
- Gestante: dor em baixo ventre, e perdas de fluidos vaginais,
- Suspeita de meningite meningocócica
- Mal asmático
- Glicemia > 300 mg/dl ou < 50mg/dl ;
- Crise convulsiva, alucinação e delirium;
- Hemorragia digestiva alta e baixa
- Violência sexual e auto infligida.

RISCO CLÍNICO PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

CEFALEIA

De Início abrupto e forte intensidade + persistente
Alteração neurológica súbita
Diminuição de força muscular
Desvio de rima
Perda de consciência mesmo que momentânea
Pós-trauma (queda)
Diminuição de nível de consciência somado à febre à rigidez de nuca
Com convulsão

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

Dispnéia em repouso + /ou agitação + confusão mental + aumento de frequência respiratória + retração subcostal + incapacidade de articular frases
Os mesmos sintomas de início abrupto e pós-trauma

VÔMITOS

Dor abdominal severa +/- Hematêmese ou/+ Melena ou/+Enterorragia
Hipotensão

DIABETES

Cefaléia+ visão turva+ agressividade+ confusão mental + tontura+ dificuldade de fala+hálito cetônico
Cefaléia+ visão turva+ agressividade+ confusão mental + tontura+ dificuldade de fala
Glicemia alterada

HIPERTENSÃO

Pressão diastólica acima de 110mmhg +/- cefaléia +/- distúrbio visual + convulsão com início agudo ou subagudo
HA acima de 110mmhg + mal estar + oligúria + bradicardia e ou alteração visual + confusão + papiloedema em fundo de olho
Gestante com nível pressórico acima de 110mmhg (mínima) + escotoma + cefaléia + distúrbio visual + convulsão ou não de início agudo ou subagudo
Dor torácica + irradiação voltada à mandíbula + membro superior esquerdo

DOR ABDOMINAL

Dor epigástrica + irradiação ou não para membro superior + ou queixo(mandíbula)
História de trauma abdominal + hipotensão + Sinal de choque
Dor lancinante + pulso assimétrico + sopro diastólico em foco aórtico
Com sangramento genital + BHCG positivo + sinal de choque

DOR TORÁCICA

Dor precordial de inicio súbito +/- ou não
Alteração pressórica,+/-ou não + sudorese + /ou dispnéia, ou não

AMARELO

ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

- GECA (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação,
- Náusea ou vômitos,
- Cefaléia ou tontura sem alteração de sinais vitais,
- Prostração em crianças
- Sintomas urinários, (disúria)
- Queixa urinária de gestante ou não
- Dor abdominal aguda
- Dor de ouvido
- Dor de garganta
- Dor lombar com sintomas urinários ou febre
- Dor de dente
- Urgências odontológicas
- Estomatite com dificuldade de deglutição
- Febre $>39^{\circ}\text{C}$
- Suspeita de doenças exantemáticas
- PA $> 170 \times 100 \text{ mmHg}$ ou PA $< 80 \times 40 \text{ mmHg}$, hipertensão sistólica com PA $> 150 \times 100 \text{ mmHg}$ com cefaléia, náusea, vômito, vertigem etc,
- Crise asmática
- Hemorragia ativa, agitação, desnutrição grave
- Violência física, psicológica ou negligência
- Depressão

RISCO CLÍNICO PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

CEFALEIA

Febre+ Rigidez de nuca + Vômito (em jato)

Dor hemcraniana, com sinal neurológico + cefaléia de longa duração

Cefaléia com aumento de freqüência e intensidade das crises com dor de forma subaguda

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

Dispnéia em repouso+ agitação + freqüência respiratória aumentada + retração intercostal leve ou ausente

Dispnéia + Dor na inspiração, ou não + febre, ou não+ tosse produtiva

VÔMITOS

Dor abdominal severa + hematêmese + melena ou enterorragia

DIABETES

Fome + tremor+ nervosismo + ansiedade+ palidez + sudorese fria + déficit cognitivo leve

Glicemia alterada

HIPERTENSÃO

Nível pressórico acima de 110mmhg (mínima) + história de hipertensão + uso regular de medicação (sem sucesso)

Gestante com nível pressórico acima de 110(mínima) com ou sem escotoma

DOR ABDOMINAL

Dor abdominal +febre +parada de eliminação de gases e fezes + abdome tenso+ sinal de defesa ao exame

Dor Epigástrica em flanco direito:

+ Náusea + Vômito + história, ou não de cálculo biliar + Sinal de Murphy positivo ou não (se etilista)

+ Náusea + Vômito + história, ou não de cálculo biliar +Sinal de Murphy positivo ou não + etilismo

História de cálculo renal + Giordano positivo +febre, ou não.

Dor palpação baixo ventre + distensão abdominal + constipação intestinal com irregularidade menstrual

DIARREIA

Dor moderada +diarréia intensa, ou não + sinais de desidratação +história de fezes pretas ou com sangue + história de hematêmese e vômitos persistentes

DOR TORÁCICA

Dor torácica piorando com esforço físico, ou clima frio, de rápida duração

VERDE

ATENDIMENTO NECESSÁRIO NO DIA

- Febre em maiores de 3 meses ou qualquer idade < 39°C
- Tosse sem presença de tiragem ou comprometimento do estado geral, congestão nasal e coriza.
- Constipação Intestinal,
- Diarréia a menos de 14 dias sem presença de sangue em crianças,
- Dermatite amoniacal
- Dor de ouvido sem febre e bom estado geral,
- Cólica em RN sem distensão abdominal,
- Febre, choro persistente, demência ou queda do estado geral
- Cólica em RN sem distensão
- Estomatite sem dificuldade de deglutição
- Monilíase oral,
- Suspeita de pediculose, escabiose e verminose,
- Inapetência e hipoatividade em crianças sem alterações de sinais vitais,
- Risco nutricional
- Atraso menstrual (mais de 15 dias)
- CE Pregnosticon positivo
- CE Leucorreia com prurido intenso
- CE Criança em creche com diagnóstico de crianças com doenças exantemáticas
- CM Suspeita Conjuntivite
- CM Abscessos
- CM Labirintopatia
- Usuário hiperutilizador

RISCO CLÍNICO PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

CEFALEIA

Tipo tensional

Em aperto ou pressão

De intensidade leve ou moderada

Associada a fotofobia náusea e vômitos

VÔMITOS

Sem sinais de alerta anteriores

DIABETES

+ vômito, ou não e apresente outro sintoma agudo.

Diabético sem acompanhamento regular num período de três meses

Pessoa Idosa e crianças com queixa associada

HIPERTENSÃO

Alteração de nível pressórico + uso regular de medicação

HA sem acompanhamento por volta de três meses

Gestante com nível pressórico alterado

Gestante hipertensa sem acompanhamento, ou acompanhamento irregular de pré-natal

DOR ABDOMINAL

Sem sinais de alerta anteriores

DIARREIA

Sem sinais de alerta anteriores

DOR TORÁCICA

Sem sinais de alerta anteriores

Considerar também como atendimento necessário, no dia (verde):

Leucorreia com prurido intenso- consulta de enfermagem

Febre em crianças < que 39°C - consulta de enfermagem

Criança em creche com diagnóstico de contato com outras crianças com doença transmissível- consulta médica (doença de alta transmissibilidade e/ou letalidade) ou consulta de enfermagem

Gravidez confirmada no dia- consulta de enfermagem

Queixa urinária- gestante ou não - consulta médica

Conjuntivite (Saúde ocular)- consulta médica

Abscessos- avaliação no dia - consulta médica

Labirintopatia- avaliação no dia - consulta médica

Abscesso dentário – consulta odontológica

Avaliação de Vulnerabilidade

Na atenção básica os princípios de vinculação, longitudinalidade, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais e exigem a combinação do olhar sobre riscos e sobre vulnerabilidades.

É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa importante oportunidade de inseri-las em planos de cuidado.

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.

Na avaliação de vulnerabilidades, devem ser considerados fatores como:

Situação de violência: sexual ou auto infligida, violência física, psicológica ou negligência;

Risco sócio econômico: moradia em área de risco de desabamento, enchente, violência; relação morador/cômodo; condições de saneamento precárias; renda menor ou igual a meio salário mínimo per capita; de 1 a 3 anos de estudo; imigrante; beneficiário de programas de transferência de renda, entre outros;

Rede de Apoio Ausente ou Frágil: usuários que não contam com: família, amigos, vizinhos e relações comunitárias;

Baixa adesão ao cuidado/tratamento: persistência dos sintomas; tratamento ineficaz; faltas usuais; longas ausências da unidade;

Hiperutilizadores de serviços de saúde: usuários que costumam fazer mais visitas aos médicos; que são submetidos à maior quantidade de exames; que usam mais medicações; com maior probabilidade de internação hospitalar por causas não declaradas;

Sofrimento Psíquico: uso problemático de álcool e outras drogas; transtornos mentais;

Segmentos vulneráveis: pessoa acima de 70 anos; criança até 3 anos; pessoa com deficiência; pessoas em situação de rua.

Nas situações de violência, considerar:

Violências

Auto infligida
Sexual

**ATENDIMENTO
IMEDIATO**

Física
Psicologia
Negligencia

**ATENDIMENTO
PRIORITÁRIO
VAGA DO DIA**

Bibliografia

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. 9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3.ed. atual e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. 10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. São Paulo, SP. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria 1300 de 7 de julho de 2015. Institui os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do Município de São Paulo.
5. São Paulo, SP. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria 1102 de 19 de junho de 2015. Trata da compulsoriedade e padronização de procedimentos normativos relacionados à notificação de violências e acidentes no âmbito do Município de São Paulo.
6. Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra Criança e Adolescente – SMS - SP, 2007.
7. Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher – SMS-SP, 2007.
8. Caderno De Violência Contra A Pessoa Idosa – SMS-SP, 2007.
9. Revista Tecendo Redes de Paz – SMS-SP, 2006.
10. Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência no Município de São Paulo –SMS – SP, 2012.
11. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.
12. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
13. Adaptação: Roberto Henrique Amorim Medeiros: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1920/1426>
14. http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

UBS Unidade Básica de Saúde

Reorganização do Processo de Trabalho
Acolhimento à Demanda Espontânea
Atenção Básica SMS-SP