



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE ATALAIA



ATALAIA – PR 2022

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

SUMÁRIO	PAG
APRESENTAÇÃO.....	3
1 – INTRODUÇÃO.....	4
2 - PRINCÍPIOS DA APS RELACIONADOS À DEMANDA ESPONTÂNEA.....	5
3 - CONCEITOS RELACIONADOS À DEMANDA ESPONTÂNEA.....	6
4 - ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	7
4.1 DIAGNOSTICO SITUAÇÃO DA UNIDADE DE SAUDE.....	7
4.2- RECOMENDAÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.....	7
5 - ATRIBUIÇÃO DE CADA PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTÂNEA.....	8
6 - FLUXO DE ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO DEMANDA ESPONTÂNEA.....	11
6.1-PROTOCOLO DE MANCHESTER NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ADEQUAÇÕES PARA O USO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	13
6.2 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO VERMELHO (EMERGÊNCIA).....	13
6.3 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO LARANJA (MUITO URGENTE).....	14
6.4 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO AMARELO (URGENTE).....	14
6.5 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO VERDE (POUCO URGENTE).....	14
6.6 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO AZUL (NÃO URGENTE).....	15
10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e, por isso, é um dos componentes fundamentais no atendimento ao paciente crônico e às urgências. A atenção qualificada aos casos agudos faz-se necessária para garantir ampliação do acesso, humanização da assistência, fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, equidade e integralidade nas unidades de saúde. No município de atalaia, a APS está estruturada a partir de uma rede de centros de saúde que se configuram como a principal porta de entrada do sistema de saúde municipal, concebendo-se a estratégia saúde da família como o modelo assistencial deste nível de atenção. A oferta ampliada de serviços tanto de promoção e prevenção à saúde quanto assistenciais levam as equipes de saúde desses serviços a se defrontarem com a dificuldade de organizar as unidades para suas diferentes funções. As diversas ações disputam espaço na agenda dos profissionais e uma das maiores pressões da população é da garantia de atendimento diante de sua demanda espontânea. A partir do acúmulo de experiência da rede atenção aps na implantação do acolhimento, como postura dos profissionais nas unidades de saúde, e após implantação do protocolo de Manchester no contexto da APS, consolidam-se nesse documento as recomendações da secretaria municipal de saúde para o atendimento da demanda espontânea. O presente trabalho tem o objetivo de auxiliar as equipes ao atendimento adequado ao usuário.

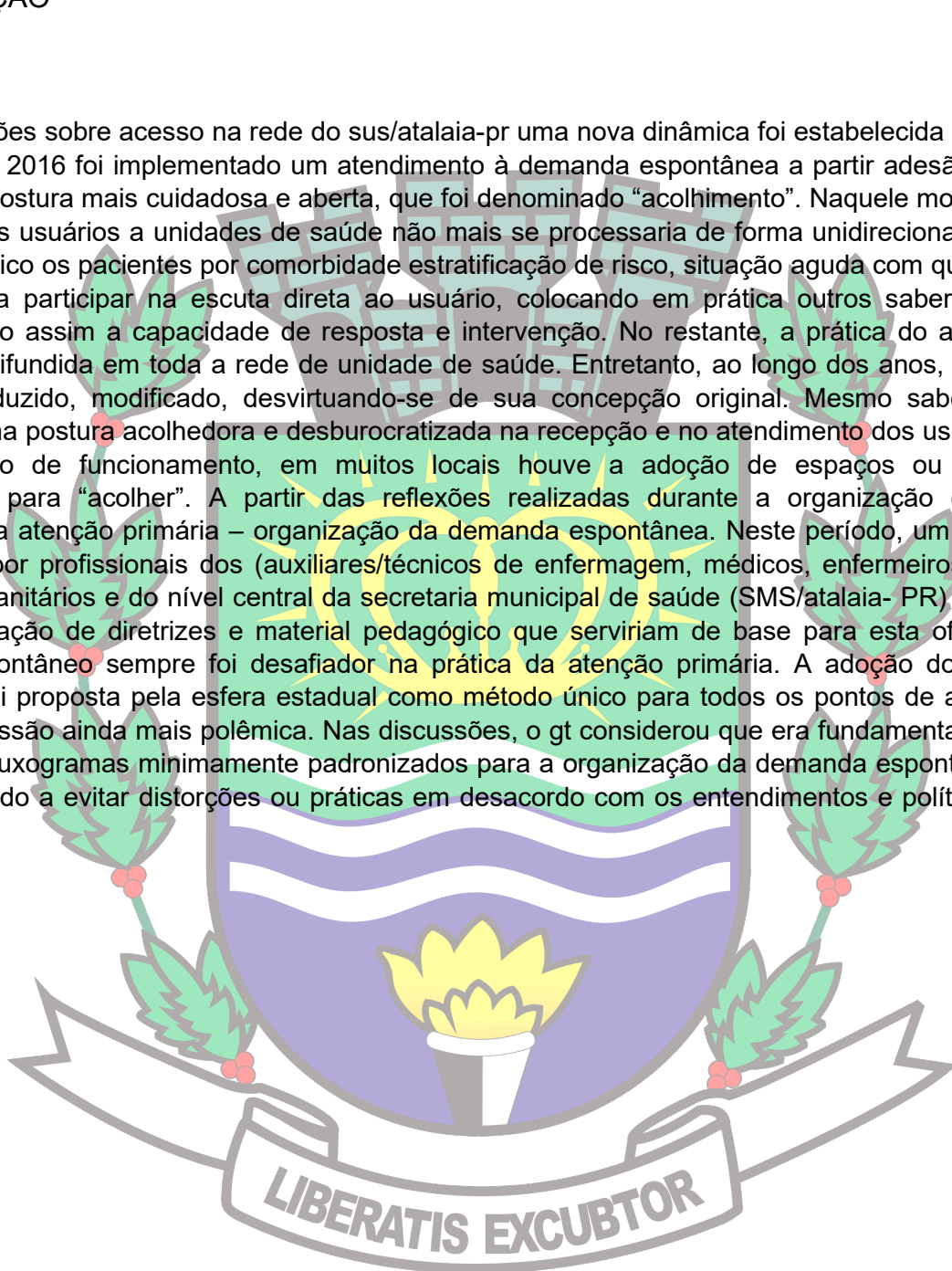




ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

1-INTRODUÇÃO

As discussões sobre acesso na rede do sus/atalaia-pr uma nova dinâmica foi estabelecida na nossa rede de saúde. Em 2016 foi implementado um atendimento à demanda espontânea a partir adesão tutoria selo-bronze: uma postura mais cuidadosa e aberta, que foi denominado “acolhimento”. Naquele momento, o fluxo de entrada dos usuários a unidades de saúde não mais se processaria de forma unidirecional, agendando-se para o médico os pacientes por comorbidade estratificação de risco, situação aguda com queixas. Toda a equipe deveria participar na escuta direta ao usuário, colocando em prática outros saberes existentes, potencializando assim a capacidade de resposta e intervenção. No restante, a prática do acolhimento foi amplamente difundida em toda a rede de unidade de saúde. Entretanto, ao longo dos anos, o acolhimento foi sendo traduzido, modificado, desvirtuando-se de sua concepção original. Mesmo sabendo que era necessária uma postura acolhedora e desburocratizada na recepção e no atendimento dos usuários durante todo o horário de funcionamento, em muitos locais houve a adoção de espaços ou horários pré-determinados para “acolher”. A partir das reflexões realizadas durante a organização da oficina de qualificação da atenção primária – organização da demanda espontânea. Neste período, um grupo técnico (gt) formado por profissionais dos (auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros e gerentes), dos distritos sanitários e do nível central da secretaria municipal de saúde (SMS/atalaia- PR) foi constituído para a elaboração de diretrizes e material pedagógico que serviriam de base para esta oficina. O tema demanda espontâneo sempre foi desafiador na prática da atenção primária. A adoção do protocolo de Manchester foi proposta pela esfera estadual como método único para todos os pontos de atenção e isso tornou a discussão ainda mais polêmica. Nas discussões, o gt considerou que era fundamental a adoção de linguagem e fluxogramas minimamente padronizados para a organização da demanda espontânea em toda a rede, de modo a evitar distorções ou práticas em desacordo com os entendimentos e políticas de saúde vigentes.





ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

2-PRINCÍPIOS DA APS RELACIONADOS À DEMANDA ESPONTÂNEA CONCEITOS RELACIONADOS À DEMANDA ESPONTÂNEA

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

- **Primeiro contato:** caracteriza-se pela garantia de acesso facilitado aos profissionais de saúde, obtendo atenção necessária de acordo com a demanda apresentada. A qualidade deste contato está diretamente relacionada ao acolhimento de diferentes tipos de demandas, ampla resolutividade e menor tempo de espera. É estratégico diversificar as portas de entrada com objetivo de aperfeiçoar o uso dos recursos da unidade e evitar dificuldade ou espera prolongada para obtenção de resposta.

- **Longitudinalidade:** relaciona-se ao vínculo com o profissional e equipe de saúde, pois o conhecimento da história do usuário agiliza o atendimento, evita intervenções desnecessárias, minimiza a chance de erro e facilita o manejo clínico dos problemas de saúde. Sendo assim, a organização do atendimento à demanda espontânea deve priorizar desenhos onde o atendimento do usuário seja realizado preferencialmente por profissionais das equipes de saúde da família (ESF) à qual está vinculado. É estratégico que a equipe esteja disponível nos diversos dias da semana e que a comunidade conheça seu horário para viabilizar o fortalecimento dessa relação.

- **Integralidade:** relaciona-se com o conhecimento dos problemas mais comuns na comunidade; com a oferta de ações abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ajustados a estes problemas; e com a coordenação do acesso a outros pontos de atenção à saúde da rede. É estratégico que a abordagem seja humanizada, centrada na pessoa e que compreenda as diversas dimensões do sujeito.

- **Coordenação do cuidado:** relaciona-se com o sincronismo, integração e harmonia das ações realizadas garantindo continuidade e integralidade do cuidado. Para isso é fundamental a definição das atribuições de cada profissional, o trabalho harmônico de toda a equipe e o conhecimento da função de cada ponto de atenção da rede e dos fluxos de assistência ao usuário com demanda espontânea. Ferramentas importantes neste processo são o prontuário, o projeto terapêutico singular e os protocolos assistenciais.

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

LIBERATIS EXCUBITOR



3- CONCEITOS RELACIONADOS À DEMANDA ESPONTÂNEA

1. Necessidade: pode ser definida como exigência proveniente de um sentimento de privação; estado que resulta da privação do necessário.
2. Demanda: remete à ação de demandar; procura, pedido ou exigência, mais ou menos expresso pelo usuário; situado entre o desejo e a.
3. Demanda espontânea: busca do usuário à unidade de saúde, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não esperada pelo serviço. Pode ser dividida em duas categorias:
4. Acolhimento: "(...) Postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo". Deve ser visto como uma garantia de acesso dos usuários com demanda espontânea nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, bem como a busca por outras ações de saúde oferecidas. Essa postura busca ultrapassar a lógica programática que excluía a entrada de usuários que não se enquadravam nos programas e nas prioridades estabelecidas
5. Classificação de risco: processo de priorização dos atendimentos através da avaliação da gravidade do problema apresentado utilizando critérios clínicos e outras condições de vulnerabilidade.
6. Protocolo de Classificação de Risco: é a ferramenta ou método que define critérios para a priorização do atendimento conforme a classificação de risco de piora clínica.
7. Emergência: situação clínica de falência declarada ou iminente de uma função vital. O risco iminente de morte está relacionado à ausência ou instabilidade de sinais vitais (A B C – airway, breathing, circulation). É necessária intervenção imediata. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade vermelha. Exemplos: insuficiência respiratória, choque, hipoglicemia (< 55 mg/dL), convulsionando.
8. Muito urgente: situação clínica susceptível a desencadear uma falência de uma função vital em curto prazo. É necessária intervenção em no máximo em 10 minutos. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade laranja. Exemplos: alteração súbita da consciência, déficit neurológico agudo, dor precordial, pulso anormal, dor intensa.
9. Urgente: situação clínica que se persistir poderá causar falência de órgãos ou sinais e sintomas de alerta, porém, sem risco iminente de morte. É necessária intervenção em até 1 hora. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade amarela. Exemplos: vômitos persistentes, dor pleurítica, cólicas persistentes, história de TCE, história de convulsão.
10. Pouco urgente: situação clínica de baixo risco, ou seja, sem sinais ou sintomas de alerta, sem risco iminente de morte. É indicado que tenha intervenção de profissional de saúde de nível superior no mesmo dia. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade verde. Exemplos: vômitos, febril (entre 37,5-38,4°C), inflamação local, disúria, tosse produtiva.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

11. Não urgente: situação clínica estável sem sinais ou sintomas de risco, normalmente de longa data com sinais vitais normais. Pode ser categorizado como problema que permite atendimento eletivo. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade azul.

12. Horário de atendimento da demanda espontânea: momento reservado na agenda dos profissionais da equipe para escuta e avaliação da necessidade do usuário que busca a unidade de forma não esperada pelo serviço.

13. Agenda aberta: espaço flexível na agenda que fica disponível para realizar atendimentos no mesmo dia aos usuários que buscam a unidade com demanda espontânea (com ou sem queixa clínica).

14. Agenda intermediária: espaços na agenda para marcação de consultas a usuários com situações que necessitam de avaliação em curto prazo. Exemplos: exame crítico alterado (VDRL, HIV, BAAR, creatinina ou outros), reavaliação de caso agudo, acompanhamento que necessitam de retorno em curto prazo (ajuste de insulina e de warfarin) etc.

4 - Organização do processo de trabalho

4.1 Diagnóstico situacional da Unidade de Saúde

Para o sucesso das ações da equipe, faz-se necessário iniciar o planejamento pelo conhecimento da demanda de cada unidade. Este diagnóstico deve identificar o perfil dos usuários, os problemas de saúde mais comuns, características do território, as formas de acesso e os serviços e ações oferecidos pelo centro de saúde. Devemos buscar responder às seguintes questões: Quais os problemas mais frequentes? Qual é o volume da demanda? O que o serviço oferece atende às necessidades da população? Quais as formas de acesso do usuário aos serviços prestados na unidade? Existe demanda reprimida? Que demandas não chegam à unidade? Assim, é necessário realizar um diagnóstico situacional dos recursos da unidade e da comunidade, processo de trabalho e demanda do centro de saúde de forma que a reorganização da assistência seja mais próxima das necessidades e realidade local. Este processo deverá contar com a participação de todos os trabalhadores da unidade.

4.2. Recomendações para a organização do atendimento

- Realizar a gestão dos recursos da unidade para o atendimento à demanda espontânea considerando a necessidade da população e a capacidade de atendimento da unidade.
- Definir previamente escala com profissional enfermeiro e médico visando garantir avaliação do usuário com queixa clínica durante todo o horário de funcionamento. Ou seja, a unidade deve planejar suas escalas considerando as demais atividades dos profissionais (visita domiciliar, férias etc) de forma que haja sempre retaguarda para atendimento aos usuários com condições agudas que buscarem a unidade independente do horário. Essa recomendação também se aplica às demais categorias profissionais que realizam atendimento à demanda espontânea.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

- Organizar a escala considerando a demanda espontânea usual do centro de saúde para definir o número de profissionais necessários para esse atendimento.
- Incluir os profissionais de apoio no atendimento à demanda espontânea, caso seja necessário.
- Definir profissional auxiliar/técnico da ESF/ESB para avaliação dos usuários que apresentem demandas sem queixa clínica durante 8 horas diárias (no horário de funcionamento da equipe). Não há necessidade de manter o profissional exclusivamente para esta atividade durante todo esse período.
- Realizar atendimento do usuário com demanda espontânea com queixa clínica preferencialmente pela própria ESF, pois esta já conhece seu histórico o que agiliza o atendimento, evita intervenções desnecessárias e minimiza a chance de erro. Ou seja, o formato preferencial de organização do atendimento à demanda espontânea deve ser o de modelagem mista detalhada no item 4 (Modelagens de organização da atenção à demanda espontânea).
- Em dias de pico de demanda ou em unidades com grande volume de usuários com demanda espontânea que apresentam queixa clínica, pode ser necessário pactuar um limite para o atendimento. Nesses casos, a equipe do centro de saúde em conjunto com a gestão deve acordar o número de consultas médicas que será ofertada pela unidade, baseando-se em um tempo médio de duração de consulta de 15 minutos para os atendimentos de demanda espontânea. Esse limite deve se adequar ao dia da semana, levar em consideração a atribuição de cada profissional no atendimento à demanda espontânea 5.3 em situações de epidemia, recursos humanos do centro de saúde, capacidade do profissional e outros. O número de consultas disponíveis deverá ser reconsiderado caso surjam atendimentos de maior gravidade que demandem maior tempo de atenção, assim como poderá ser ampliado se os casos atendidos tenham sido de menor complexidade. Com isso, não se pretende introduzir um número fixo de consultas por hora, mas estabelecer um parâmetro que possibilite ao enfermeiro gerenciar os recursos para essa assistência.

5 - ATRIBUIÇÃO DE CADA PROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

A. Gerente

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

B. “Posso Ajudar”

Orientar e informar o usuário sobre o funcionamento da unidade e o fluxo de atendimento do serviço rotineiramente; identificar o tipo de demanda do usuário; direcionar usuários com queixa clínica para avaliação de risco pelo enfermeiro, usuários sem queixa clínica para atendimento pelo auxiliar/técnico de enfermagem da equipe ou, se demanda para setores específicos, encaminhá-los a esses; comunicar a equipe de enfermagem diante da eventual suspeita de casos que aparentam evidentes.



Piora ou gravidade antes ou após avaliação do enfermeiro; realizar atividades educativas na sala de espera explicando aos usuários os fluxos e funcionamento da unidade; realizar pesquisa de opinião com usuários.

C. Profissional da recepção

Orientar e informar o usuário sobre o funcionamento da unidade e o fluxo de atendimento do serviço rotineiramente; dar resposta a demandas não clínicas relacionadas ao setor. Auxiliar/Técnico de enfermagem Fazer a escuta qualificada dos usuários com queixa não clínica e definir resposta de acordo com pactuações prévias para cada situação; auxiliar o enfermeiro durante o atendimento da demanda espontânea; observar a sala de espera; prestar assistência na sala de observação conforme orientações e prescrições; organizar e conferir rotineiramente materiais e medicamentos necessários para atendimento de urgências e emergências e solicitar a troca ou reposição dos itens faltantes conforme orientações do procedimento operacional padrão da SMS/ Atalaia-PR.

D. Enfermeiro

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

E. Médico

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

F. Assistente social e Psicólogo

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



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

G. Auxiliar de saúde bucal

Fazer a escuta qualificada dos usuários com queixa não clínica e definir resposta de acordo com pactuações prévias para cada situação; fazer o levantamento de necessidades em saúde bucal e priorizar os casos mais graves no agendamento de primeira consulta odontológica; auxiliar 15 o cirurgião dentista durante o atendimento da demanda espontânea; organizar e conferir rotineiramente materiais e medicamentos necessários para atendimento de urgências odontológicas e solicitar a troca ou reposição dos itens faltantes.

H - Técnico de Saúde Bucal

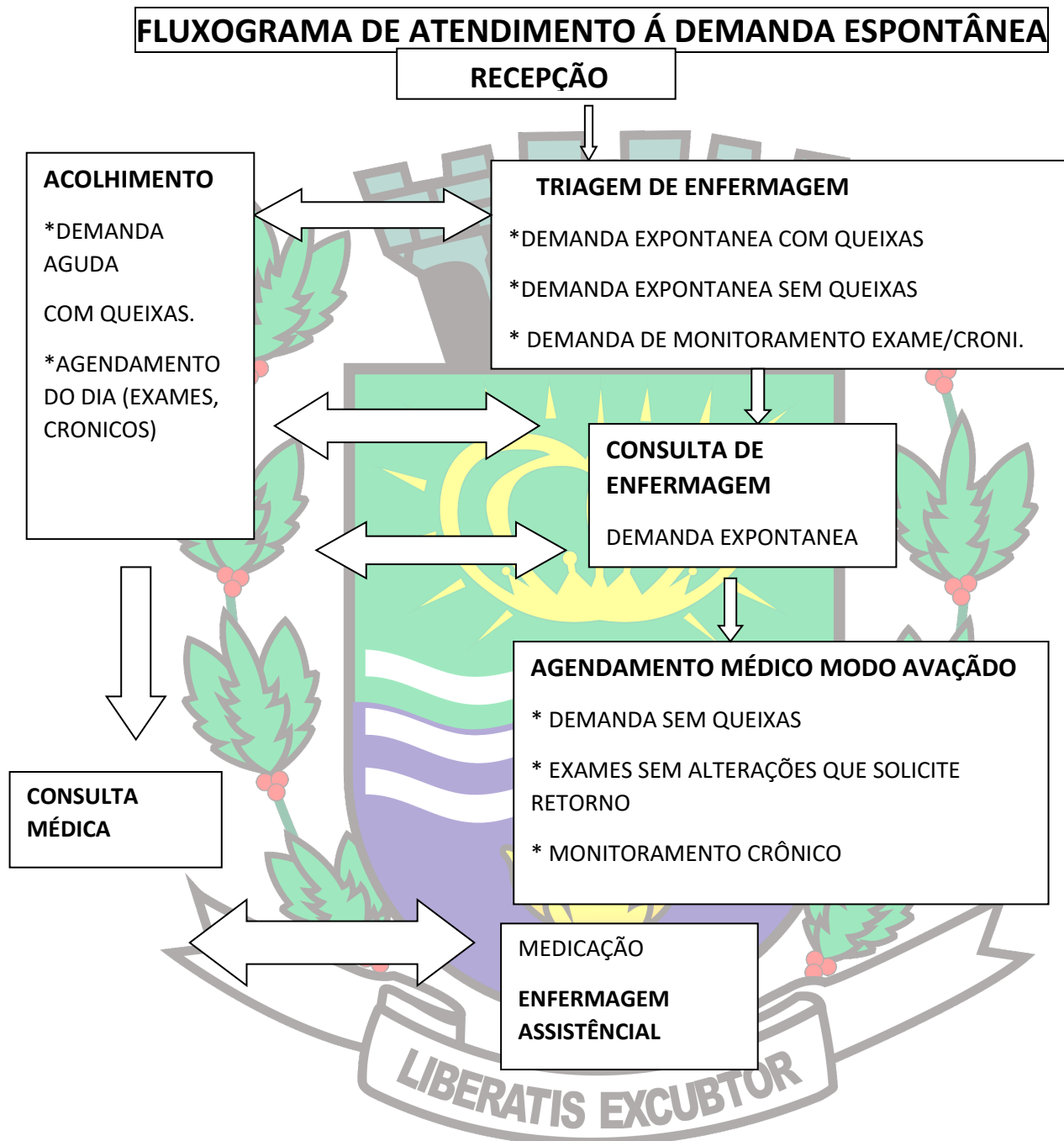
Fazer a escuta qualificada dos usuários com queixa não clínica e definir resposta de acordo com pactuações prévias para cada situação; fazer o levantamento de necessidades em saúde bucal e priorizar os casos mais graves no agendamento de primeira consulta odontológica; auxiliar o cirurgião dentista durante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

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





6- FLUXOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA



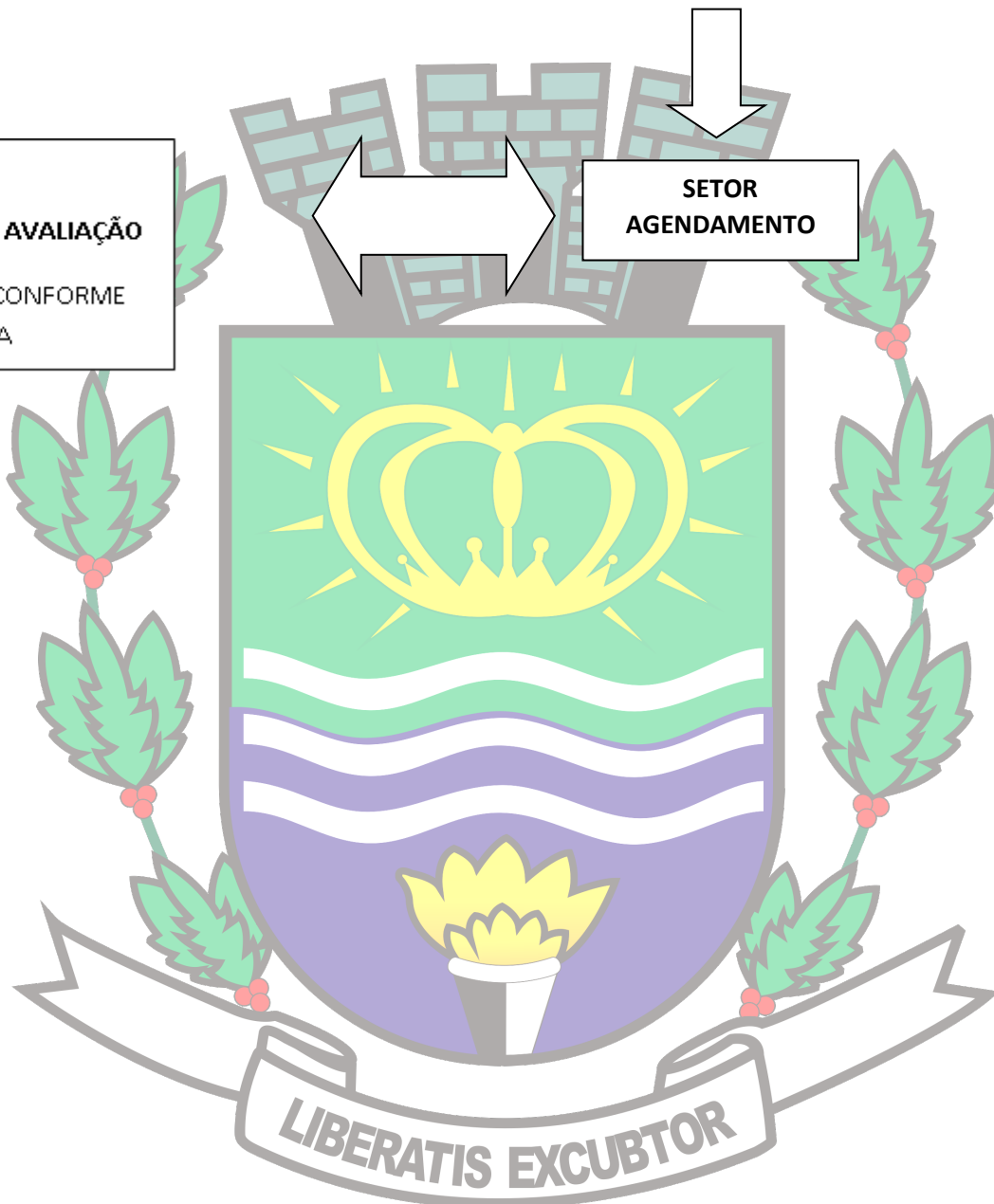


ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

EXAMES LABORATORIAIS
IMAGEM COMPLEMENTARES

SETOR
AGENDAMENTO

RETORNO
ENFERMEIRA AVALIAÇÃO
E CONDUTA CONFORME
FLUXOGRAMA





7- PROTOCOLO DE MANCHESTER NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ADEQUAÇÕES PARA O USO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

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

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

7.1 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO VERMELHO (EMERGÊNCIA)

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

B. Em quanto tempo? Atendimento imediato.

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade? Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade

D. Quando não há médico na unidade? O enfermeiro deverá realizar medidas de suporte básico de vida e realizar contato com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para receber demais orientações e definição do tipo de transporte para o caso.



7.2 USUÁRIO CLASSIFICADO COMO LARANJA (MUITO URGENTE)

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

B. Em quanto tempo? Atendimento em até 10 minutos

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade? Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.

D. Quando não há médico na unidade? O enfermeiro deverá realizar contato com SAMU para receber demais orientações e definição do tipo de transporte para o caso.

7.3 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO AMARELO (URGENTE)

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

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

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade? Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.

D. Quando não há médico na unidade? O enfermeiro deverá referenciar o usuário aos diferentes pontos de atenção à urgência conforme orientações.

7.4 - USUÁRIO CLASSIFICADO COMO VERDE (POUCO URGENTE)

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

B. Em quanto tempo? Atendimento no mesmo dia. Na modelagem mista, os usuários da mesma unidade que buscarem atendimento fora do horário preferencial de sua equipe poderão ser agendados, no mesmo dia, para a própria equipe a fim de manter o vínculo. Como medida de humanização e redução de conflito deve-se orientar o usuário o horário previsto para o seu atendimento. Usuário com bom estado geral que for agendado para outro turno poderá ser orientado a retornar no horário do seu atendimento ou a qualquer momento para reclassificação caso apresentem sinais de piora.



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

C. Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade? O enfermeiro deverá referenciar o usuário aos diferentes pontos de atenção conforme orientações, definindo o tipo de transporte de acordo com a vulnerabilidade clínica e/ou sinais vitais do usuário. Como regra geral, esses usuários serão orientados a buscar o outro ponto de atenção por meios próprios de transporte.

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

7.5 USUÁRIO CLASSIFICADO COMO AZUL (NÃO URGENTE)

A. O que? Quem? Onde? Garantir o atendimento por profissional de saúde preferencialmente no seu centro de saúde de referência e pela ESF de sua área de abrangência. Avaliar situações de vulnerabilidade, e garantir atendimento oportuno. Em situações especiais em que o usuário tenha dificuldades de realizar ações de saúde na sua própria unidade de referência, poderá ser pactuado o acompanhamento desse usuário em outra unidade. Nos casos em que o usuário não puder ser atendido na unidade em que buscou assistência este deverá ser encaminhado de forma responsável para sua unidade de origem.

B. Em quanto tempo? Havendo disponibilidade, a avaliação desta demanda não urgente deverá ocorrer no mesmo dia. O atendimento deverá considerar a necessidade de atendimento oportuno, o público prioritário e outras situações tais como descritas no item 7. O usuário deverá ser orientado a retornar à unidade caso apresente sinais de piora do seu problema de saúde.

8- Referenciamento dos usuários para outros pontos de atenção

A demanda espontânea tem como característica certo grau de imprevisibilidade tanto nos serviços da atenção primária quanto nas unidades de atendimento de urgência encaminhamento referência municipal ou via SAMU. Além disso, há situações imprevisíveis que fragilizam o quadro de recursos humanos e com isso restringem a oferta de resposta das unidades de saúde. Sendo assim, quando um serviço se depara com demanda de casos urgente maior do que sua capacidade de atendimento é necessário organizar retaguarda em outros pontos de atenção da rede. A organização das redes de atenção às urgências e emergências visa utilizar adequadamente os recursos disponíveis na estrutura do sistema municipal de saúde através da articulação de seus diversos pontos de atenção. Na rede, cada nível de atenção tem seu papel definido e isso deve ser divulgado à população. Nossa Unidade de saúde essas articulações é importante por existir unidade referenciada e supor de SAMU. O referenciamento é um procedimento fundamental para que a rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, garantindo ao usuário avaliação de sua necessidade e atendimento em tempo adequado mesmo em outro ponto de atenção. Deve-se entender o referenciamento como uma conduta de responsabilidade coletiva que considera as definições e o respaldo institucional para oferecer a resposta mais segura para o usuário e para o serviço.

• A gerência do centro de saúde deverá comunicar à gerência da unidade de urgência que a capacidade de atendimento foi atingida e que haverá necessidade de referenciamento dos usuários conforme pactuação prévia. 31 Quadro 10 – Unidades para referenciamento quando não é possível a resolução no centro de saúde. Fonte: Comissão elaboradora deste documento (SMSA/PBH) *



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

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

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

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





ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-MALTA D.C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

2-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

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

4- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488. Política Nacional de Atenção Básica, 21 de outubro de 2011.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I).





ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

Os direitos reservados são permitidos à reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não tenha nenhum fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens é restrita à equipe técnica designada pela Secretária Municipal de Saúde.

Poderá ser acessado na íntegra pelo site da Prefeitura Municipal da Saúde no link da Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo destinado ao atendimento da demanda espontânea na atenção básica, documento norteador a ser seguido pelas unidades de saúde que compõem a rede de atenção básica do Município de Atalaia.

Elaborado por Gabriela Naiara Rodrigues
Enfermeira Atenção básica
COREN - 447635

Revisado por Regiane Fernanda Fumagali
Enfermeira Estratégia Saúde da Família
COREN – 249214

Aprovado por Cristiani Andreia Oliveira
Secretária Municipal de Saúde



CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br