

2018

# Acolhimento à demanda espontânea nas Unidades Saúde da Família



Diretoria de Atenção Primária  
Londrina – Paraná



# **Manual de Acolhimento à demanda espontânea nas Unidades Saúde da Família de Londrina - PR**

**Prefeitura Municipal de Londrina  
Autarquia Municipal de Saúde  
Londrina / PR**

**Julho de 2018**

## **Equipe Responsável**

### **Diretora DAS**

**Bruna Maria Rocha Petrillo**

### **Assessores**

**Adriana Henriques Ribeiro Menezes**

**Ana Patrícia Persuhn**

**Cyntia Harumi Taira**

**Lilian Nellessen**

**Luci Keiko Kuromoto Castro**

**Mirna Luciana Truffa Papi**

**Sonia Maria Coutinho Orquiza**

**Tatiane Almeida do Carmo**

**Valéria Cristina Barbosa**

### **Colaboradores**

**Fabiana Lenardão**

### **Revisão e atualização**

**Vanete Aparecida Moreno**

**julho/2018.**

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	5
1 DEFINIÇÕES E JUSTIFICATIVA.....	7
2 OBJETIVOS.....	10
3 METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO.....	11
4 OPERACIONALIZAÇÃO.....	13
5 OS CAMINHOS DOS USUÁRIOS NAS UBS.....	16
6 ORGANIZANDO AS AGENDAS.....	22
7 MONITORAMENTO.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	255
REFERÊNCIAS.....	266
ANEXOS.....	277
ANEXO 1 – AACR GERAL: VERMELHO – AMARELO – VERDE.....	288
ANEXO 2 – AACR GERAL: AZUL – BRANCO.....	332
ANEXO 3 – AACR PEDIATRIA.....	355
ANEXO 4 – AACR GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.....	400
ANEXO 5 – AACR DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E COMPORTAMENTAIS.....	45
ANEXO 6 – ESCALA DE COMA DE GLASGOW.....	487
ANEXO 7 – ESCALA DE DOR.....	488
ANEXO 8 – SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA.....	499
ANEXO 9 – TABELAS DE DADOS VITAIS.....	50

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), ao se constituir em uma estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil através da organização da Atenção Básica, propõe-se a alavancar o Sistema Único de Saúde (SUS) que, apesar dos avanços jurídico – políticos, continua como modelo assistencial individual, curativo, voltado para as condições agudas e cujo o centro de atenção é o hospital, o médico e a doença.

Para entender a dificuldade na mudança do modelo de atenção a saúde, deve-se levar em consideração vários fatores, dentre eles: a estrutura hospitalar em que o SUS foi construído, herança do antigo INAMPS; a questão da transição demográfica, traduzida pelo aumento da sobrevivência da população, pelo aumento do número de pessoas com doenças crônicas, pela diminuição da fecundidade, da natalidade e da mortalidade infantil que provocam efeito sobre o crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e sexo na população brasileira; a dificuldade do aparelho formador em se adaptar a uma nova proposta, herança do modelo biológico e flexneriano.

Assim, o modelo precisa estar estruturado para atender tanto às condições agudas (demanda espontânea), quanto às condições crônicas, sendo que nesta última pode-se citar como de importância fundamental, tecnologias atuais como o acolhimento à demanda espontânea com avaliação de risco e vulnerabilidade, as linhas do cuidado, a formação de redes, o atendimento integral, o cuidado compartilhado, o projeto terapêutico singular, a terapia comunitária integrativa, todos focados na pessoa e na comunidade em que ela está inserida.

A transformação do modelo de atenção à saúde nos convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, em que o compromisso singular com os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) ganhe centralidade nas ações de saúde. Essas alianças implicam um processo que estimula a co-

responsabilização em relação ao binômio usuário/profissional de saúde. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro”.

Este manual foi elaborado com o propósito de apoiar e incentivar as equipes da Estratégia Saúde da Família de Londrina neste processo de transformação do modelo de atenção à saúde. Ele tem como referência principal, o Caderno de Atenção Primária, nº 28, Atenção à Demanda Espontânea na APS, do Ministério da Saúde, apresentado em 2010.

Atualmente implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde, o Acolhimento à Demanda Espontânea, com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade, consolidou-se como um modelo de grandes transformações na Atenção Primária, rompendo paradigmas, estabelecendo e solidificando vínculos, ampliando o acesso aos serviços oferecidos, garantindo maior segurança e qualidade na assistência prestada aos nossos usuários.

## 1. DEFINIÇÕES E JUSTIFICATIVA

A estratégia do “Acolhimento à Demanda Espontânea” é uma ação que visa oferecer serviços de saúde a partir dos critérios técnicos, éticos, humanísticos e de acordo com as necessidades dos usuários.

**Acolher** significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender. Parece, também, guardar o sentido da inclusão, do oferecer espaço, conforto e abrigo. No contexto dos serviços de saúde, acolher significa “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”. É a escuta qualificada e preservada.

O acolhimento deve ser realizado por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado, ou seja, o acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado de toda a equipe de saúde, sendo um processo que requer a participação multiprofissional e não pertence apenas à equipe de enfermagem. Um exemplo, são os trabalhadores da recepção, que podem perceber sinais evidentes de maior risco ou sofrimento, uma vez que muitas vezes, são as pessoas que estão realizando a primeira escuta do acolhimento, facilitando a priorização desses casos. É importante e positivo reforçar e apoiar todos os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, para que agucem esse tipo de observação, estando sempre atentos para identificarem riscos, sofrimento e vulnerabilidade, possibilitando atendimento oportuno e intervenção precoce.

Avaliar significa determinar valor, preço ou importância a alguma coisa, reconhecer sua grandeza, intensidade e força. Nos serviços de saúde, frente ao usuário, refere-se a interpretar e julgar uma determinada situação. Identificar e avaliar o risco permite aos profissionais de saúde estimar o grau de vulnerabilidade de cada usuário mediante o uso de parâmetros técnicos e protocolos. Tem a finalidade de identificar as pessoas que

necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento físico e/ou psíquico.

Devido às características organizacionais da atenção básica e perfil de usuários com condições predominantemente crônicas, os limites de tempo para atendimento médico, após a escuta inicial, são mais flexíveis e menos rígidos que nos pronto-atendimentos, exceto nos casos de alto risco, que exigem atendimento imediato por parte da equipe.

Os protocolos que apoiam as equipes no Acolhimento, podem ser clínicos ou de encaminhamento. São produzidos tanto pelas Secretarias de Saúde do Município e do Estado, quanto pelo Ministério da Saúde. Eles representam instrumentos oficiais largamente utilizados em vários níveis de atenção à saúde, baseados em evidências comprovadas cientificamente e, têm como objetivo assegurar a homogeneidade da assistência e a qualificação das ações junto aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Londrina lançou seus primeiros protocolos clínicos no ano de 2007 e, dando continuidade ao processo de desenvolvimento desses instrumentos, visto que são dinâmicos e devem estar baseados nas melhores e mais atuais evidências científicas, propõe o *“Manual de Acolhimento à Demanda Espontânea para Unidades Saúde da Família”*.

A necessidade de conceber o Acolhimento à Demanda Espontânea, nasceu da dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde das Unidades Saúde da Família em receber os usuários oriundos dos pronto-socorros e pronto-atendimentos que implantaram o Protocolo de Manchester (concebido para os atendimentos de urgência e emergência), que não se enquadravam nos critérios descritos por aquele instrumento. Além disso, a dificuldade em organizar a assistência à demanda espontânea por consultas médicas, onde o usuário, no fracasso em consegui-las, busca atendimento nos serviços secundários e terciários, leva, muitas vezes, à superlotação destas

instituições. Esta busca pode derivar, algumas vezes, de escolhas equivocadas, outras por falta de orientação adequada e, outras ainda, por falha das próprias unidades de saúde em esclarecer competências e em atender a algumas demandas.

Este é também um instrumento que auxilia a organização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Ele se baseia, obrigatoriamente, nos princípios do Sistema Único de Saúde, de universalidade de acesso, de integralidade e equidade da assistência.

Como a rede de Unidades de Saúde (Atenção Básica/Primária) se constitui na principal porta de entrada do sistema, ela precisa estar organizada para realizar o melhor atendimento à essa população. Atendimento que deve ser realizado segundo as necessidades do usuário, de forma integral, determinando se há risco de perder a vida e, se for o caso, realizando de forma responsável os encaminhamentos pertinentes a cada caso.

## 2. OBJETIVOS

O Acolhimento à Demanda Espontânea tem como objetivos:

1. Melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, alterando a forma tradicional de entrada por filas e/ou por ordem de chegada;
2. Orientar o atendimento aos usuários, priorizando os casos de maior risco e vulnerabilidade;
3. Humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutá-los em seus problemas e em suas demandas;
4. Mudar o foco de abordagem, da doença para a pessoa;
5. Abordar o usuário de forma integral, a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania;
6. Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando-se orientar o atendimento dos usuários em Protocolos Clínicos do Município/Ministério da Saúde, pelos riscos apresentados, pela complexidade do problema, pelo acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
7. Aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevando os graus de vínculo e confiança entre eles;
8. Operacionalizar uma clínica ampliada, o que implica abordar o usuário para além da doença e suas queixas, bem como construir vínculo terapêutico, visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde;
9. Organizar o processo de trabalho nas unidades de saúde.

### 3. METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO

Considerando que o Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade já está implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde de Londrina, para novas UBS e/ou novas equipes que forem implantadas no município, sugere-se a realização de uma oficina de trabalho com a participação de todos os profissionais lotados no estabelecimento. A oficina deverá seguir a mesma metodologia utilizada em 2010, na implantação do Acolhimento nas UBS, com duração mínima de quatro horas, contemplando as etapas abaixo, que devem ser adaptadas a cada realidade:

- I. Organizar as pessoas em círculo para facilitar a comunicação entre elas;
- II. Solicitar que as discutam sobre o que imaginam ser a missão da unidade de saúde e a missão do trabalhador de saúde;
- III. Solicitar que as pessoas se apresentem e que relatem o que foi discutido, finalizando com as suas expectativas em relação à oficina;
- IV. Apresentar uma síntese dos conceitos de Atenção Básica, da definição de Missão determinada pela da Secretaria Municipal de Saúde e da missão do trabalhador de saúde;
- V. Construir o Fluxograma Descritor da unidade de saúde, com a ajuda dos seguintes questionamentos:
  1. Em que horário o usuário deve comparecer à unidade de saúde para conseguir uma consulta médica?
  2. Quantas vagas para atendimentos de casos de urgência devem ser disponibilizadas por dia na agenda?
  3. Qual é o tempo de espera para se conseguir agendar uma consulta médica eletiva?
  4. O que é feito quando o usuário chega à unidade de saúde precisando de uma consulta e o médico não se encontra ou

não tem mais vaga em sua agenda?

5. O usuário encaminhado ao plantão retorna à unidade de saúde?

6. O que é feito para assegurar o retorno desse usuário à unidade de saúde?

Construir o Fluxograma Descritor é importante para que se possa compreender os nós críticos na assistência e entender como o processo de trabalho está organizado na unidade de saúde.

VI. Expor o protocolo de Manchester e seu histórico de implantação em Londrina;

VII. Apresentar a proposta de Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, conceituando Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade, seus objetivos, suas vantagens, estimulando a discussão e respondendo às dúvidas que forem surgindo;

VIII. Pactuar a data para início do Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade, naquela unidade, com a reorganização das agendas médicas e de enfermagem, confecção de cartazes que auxiliem na divulgação da proposta à comunidade e ao conselho local de saúde (para UBS já implantadas que ainda não realizem Acolhimento);

IX. Formar uma comissão de organização do processo de acolhimento composta pelas diferentes categorias profissionais, com o objetivo de facilitar o processo de implantação, além de realizar o monitoramento e a avaliação do mesmo.

## 4. OPERACIONALIZAÇÃO

O profissional de saúde deve estar atento e sensível às demandas do usuário. A abordagem deste deve ser flexível na sua recepção, pois a ordem de procedimentos apresentadas neste manual deve ser encarada de forma didática. Ela será ditada principalmente pela avaliação do usuário no momento do atendimento.

**4.1 Identificando o problema:** o usuário comparece à unidade de saúde, sua demanda é questionada e, em caso de solicitação de consulta médica, sendo que o mesmo não tenha consulta previamente marcada e nem apresente sinais de alerta naquele momento, ele deve ser encaminhado ao acolhimento;

**4.2 Acolhendo:** este momento é reservado à escuta atenta da demanda utilizando uma atitude empática em relação ao usuário e deve ser feito sempre com o prontuário do usuário em mãos;

**4.3 Avaliando:** aqui o primordial é a identificação dos principais sinais e sintomas, tendo o cuidado de se identificar sinais de alerta ou sinais vitais alterados que indiquem prioridade de atendimento;

### **4.4 Estratificando o risco e vulnerabilidade em:**

4.4.1. **VERMELHO:** se encontramos sinais de alerta e alterações importantes nos sinais vitais (**RISCO DE PERDER A VIDA**), deve ser garantido atendimento médico imediato ao usuário;

4.4.2. **AMARELO**: se não encontramos sinais de alerta, mas existem alterações importantes nos sinais vitais, o usuário deve ser prontamente atendido pelo médico;

4.4.3. **VERDE**: se não encontramos sinais de alerta, nem alterações importantes nos sinais vitais, mas existem condições ou situações onde o usuário necessite ser atendido naquele mesmo período em que foi avaliado;

4.4.4. **AZUL ESCURO**: se não encontramos sinais de alerta, nem alterações de sinais vitais ou condições de urgência/emergência, mas encontramos situações em que o usuário não deve aguardar mais que sete (7) dias para receber atendimento;

4.4.5. **AZUL CLARO**: se não encontramos sinais de alerta, nem alterações de sinais vitais, nem situações ou condições de urgência/emergência, porém o usuário pode aguardar uma consulta eletiva para receber atendimento. Neste item recomenda-se que a espera não ultrapasse trinta (30) dias;

4.4.6. **BRANCO**: para usuários que necessitem atendimento ou procedimento ou consulta de enfermagem;

**4.5 Registrando**: anotar todos os dados relevantes no prontuário do usuário, iniciando pelo horário em que o mesmo foi atendido. Lembrar que em caso de revisão do prontuário por qualquer motivo, principalmente os de ordem legal, todas as ações realizadas pelos profissionais de saúde daquela unidade só serão comprovadas se estiverem devidamente registradas;

**4.6 Encaminhando:** caso seja necessário o agendamento do usuário a outro procedimento mais adequado à sua necessidade naquele momento, seja consulta médica ou de enfermagem, marcação e/ou realização de exames, participação em grupos, visita domiciliar ou encaminhamento a outro serviço de saúde, deve-se tomar o cuidado de explicar ao usuário e aos seus acompanhantes as razões do agendamento ou do encaminhamento;

**4.7 Relacionando cores aos riscos:**

<b>RISCO</b>	<b>COR</b>	<b>ATENDIMENTO</b>
<b>EMERGÊNCIA</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>IMEDIATO</b>
<b>URGENTE</b>	<b>AMARELA</b>	<b>PRONTO</b>
<b>POUCO URGENTE</b>	<b>VERDE</b>	<b>NO DIA</b>
<b>NÃO URGENTE</b>	<b>AZUL ESCURO</b>	<b>NA SEMANA</b>
<b>NÃO URGENTE</b>	<b>AZUL CLARO</b>	<b>NO MÊS</b>
<b>ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM</b>	<b>BRANCA</b>	<b>SEGUNDO AGENDA E NECESSIDADE DO USUÁRIO</b>

É preciso esclarecer que a classificação em forma de cores é meramente didática, visando facilitar a comunicação dos casos entre os profissionais de saúde, o que permite ganhar tempo no atendimento dos casos onde exista risco de vida, além de

garantir uma melhor organização dos serviços oferecidos e do processo de trabalho na unidade de saúde.

**4.8 Educando:** cada unidade de saúde deverá organizar seu processo de educação permanente em saúde, garantindo um espaço de participação de todos os profissionais de saúde por 2 horas a cada 15 dias, com a finalidade de discutir os protocolos, esclarecer dúvidas, adequar agendas;

**4.9 Atendendo integralmente:** a garantia da integralidade do cuidado ao usuário, depende da verificação com o mesmo e através das anotações em seu prontuário, de itens como: a situação vacinal, a data de realização dos últimos exames preventivos/periódicos, e também da realização de outras ações de prevenção e promoção da saúde pertinentes a cada ciclo de vida, no momento do atendimento, seja no acolhimento, na consulta ou na visita domiciliar.

## 5. OS CAMINHOS DOS USUÁRIOS NA UBS

Acolher os usuários na Unidade de Saúde, requer pessoal capacitado e preparado, com sensibilidade para perceber e agir de acordo com as necessidades de cada um. Mas também requer organização dos serviços e do processo de trabalho, com fluxos bem definidos para que essas necessidades possam ser atendidas em tempo oportuno, evitando ao máximo, filas ou tempo de espera prolongados. Assim, construímos um fluxograma em consonância com realidade da maioria das UBS, mas que pode ser ajustado a outras situações distintas, a depender dos arranjos existentes nas diferentes Unidades de Saúde e seus territórios.

O primeiro contato do usuário na UBS, ocorre na recepção, que deve acolher, realizar a identificação segura do paciente, verificar o que o usuário busca ou necessita, realizar orientações pertinentes e/ou direcioná-lo, de acordo com o tipo de demanda. A identificação dessas demandas e o direcionamento das pessoas, seguem fluxos, POP's e protocolos norteados pelas linhas guia de diabéticos, hipertensos, idosos, crianças, gestantes, pessoas com transtornos mentais e dependentes de álcool e/ou drogas psicoativas, garantindo atendimento adequado às condições agudas, condições crônicas, hiperutilizadores e demandas administrativas, como segue:

- **Demanda agendada:** Ao receber os usuários com atividades previamente agendadas, o servidor deverá confirmar se o usuário realmente está agendado para aquela data e horário referidos e em caso afirmativo, solicitar que o mesmo aguarde ser chamado pelo profissional que irá atendê-lo. Caso tenha ocorrido um engano em relação à data e horário, orientar o usuário quanto ao agendamento correto, evitando espera e desgaste desnecessários. As atividades podem estar agendadas com médicos, enfermeiros, dentistas, profissionais do NASF, técnicos de enfermagem ou odontologia e incluem consultas, exames, procedimentos ou atividades administrativas.
- **Retirada de medicamentos,** portando receita médica atualizada, pode ser realizada sem necessidade de avaliação do paciente. Nesse caso, ao entrar na UBS, o usuário pode dirigir-se diretamente à farmácia, apresentando o cartão SUS e documento pessoal e retirar seu medicamento.
- **Usuários de demanda espontânea:** o trabalhador escalado para acolhimento na recepção deverá receber o usuário com cortesia e realizar a identificação segura do

mesmo (POP 01 - Identificação Segura do Paciente). Em seguida, deverá inserir o nome do usuário na planilha de atendimento, de acordo com o serviço solicitado ou necessário e orientar que o mesmo aguarde ser chamado pelo profissional que irá atendê-lo. São basicamente três planilhas para atendimento às demandas espontâneas:

- 1) Atividades administrativas, geralmente resolvidas pelo técnico de gestão pública, que incluem cadastros, atualizações de endereço, agendamentos de consultas e exames da média complexidade, etc. As demandas administrativas para outros profissionais, tais como solicitação de sondas, fraldas, bolsas de ostomias, glicosímetros, fitas para aferição de glicemia capilar, preenchimento de LME para acesso a medicamentos especiais, entre outras, seguirão o fluxo estabelecido pelas UBS.
- 2) Procedimentos de enfermagem: representam uma grande demanda na UBS e requerem uma escala de trabalho bem estabelecida, para agilizar os atendimentos, evitando esperas longas e desnecessárias. A critério da coordenação e equipe, as UBS podem utilizar planilha única para procedimentos e escuta inicial.
- 3) Escuta Inicial: nessa planilha são incluídos usuários com queixas diversas, em busca de soluções para seus problemas. O servidor deverá realizar uma escuta ativa, para entender o que o usuário busca e/ou necessita, devendo, se necessário, discutir o caso com a equipe. Essa escuta cuidadosa, visa identificar as ofertas de cuidado possíveis para melhor atendê-lo, de acordo com a avaliação de

risco e vulnerabilidade, em tempo oportuno. Caso identifique a necessidade de algum procedimento, o profissional que está atendendo deve realiza-lo ou encaminhar ao profissional escalado nessa atividade, evitando espera desnecessária pelo usuário.

- 4) Pacientes que cheguem à UBS com sinais e sintomas de gravidade, que requeiram atendimento imediato (Ex: PCR, convulsões, dor severa, etc.), devem ser levados imediatamente para sala de atendimento, a equipe deve ser avisada prontamente e prestar atendimento de acordo com protocolos já definidos. Os pacientes deverão ser estabilizados, mantidos em observação até resolução do problema ou transferidos, via regulação/SAMU, para outro local de atendimento, conforme necessidade.
- 5) Outra demanda comum nas UBS, são os usuários que buscam apenas uma informação ou orientação administrativa simples e nesses casos, o trabalhador escalado na recepção, muitas vezes poderá resolver o problema sem necessidade de inserir o nome do usuário na planilha, evitando esperas desnecessárias.

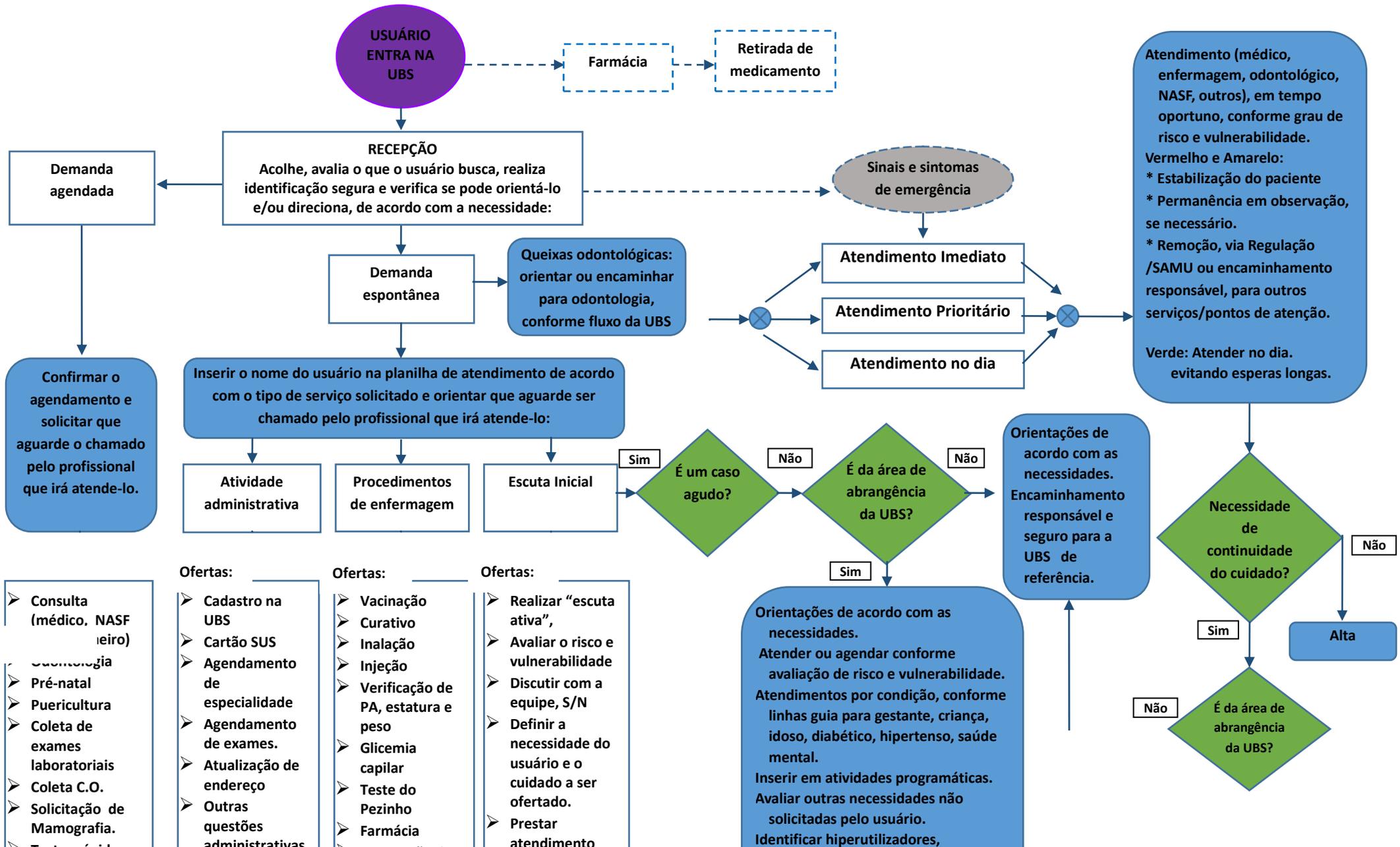
Após a escuta, as ofertas de cuidado, vão depender da demanda ou necessidade de cada usuário e variam desde orientações, atendimento, agendamento, inserção em atividades programáticas, encaminhamento para outros profissionais ou serviços. Os atendimentos devem ser pautados em protocolos clínicos, POP's, fluxos, linhas guia e informações oficiais da Autarquia Municipal de Saúde.

Os usuários hiperutilizadores identificados, devem ser referenciados para a equipe responsável, para que possam ser avaliados em suas necessidades individuais, sendo recomendável estudo de caso e definição da oferta mais adequada de cuidado. Para essas situações, podem ser realizadas visitas domiciliares para conhecimento da realidade do indivíduo, consulta compartilhada, Plano Terapêutico Singular (PTS), estabelecimento de rede familiar ou social, inserção ou encaminhamento para grupos específicos disponíveis, educação em saúde, pactuação de metas e co-responsabilização pelo tratamento. Alguns casos podem demandar atendimento no CAPS, visto a alta incidência de transtorno mental entre os pacientes hiperutilizadores.

Em relação aos usuários que não residem na área de abrangência, após o atendimento de urgência ou após escuta devem ser orientados sobre suas necessidades e cuidados, devendo ser encaminhados de forma responsável, para sua UBS de referência. Se houver necessidade, fornecer-lhe um encaminhamento escrito ou, se a situação exigir maiores cuidados, o profissional poderá realizar contato telefônico com a UBS de referência, para ciência do caso.

Abaixo, o Fluxograma de Acolhimento da Atenção Básica de Londrina.

## Fluxo de Acolhimento nas UBS de Londrina



- Consulta (médico, NASF, enfermeiro)
- Vacinologia
- Pré-natal
- Puericultura
- Coleta de exames laboratoriais
- Coleta C.O.
- Solicitação de Mamografia.
- ...

- Ofertas:
- Cadastro na UBS
  - Cartão SUS
  - Agendamento de especialidade
  - Agendamento de exames.
  - Atualização de endereço
  - Outras questões administrativas

- Ofertas:
- Vacinação
  - Curativo
  - Inalação
  - Injeção
  - Verificação de PA, estatura e peso
  - Glicemia capilar
  - Teste do Pezinho
  - Farmácia

- Ofertas:
- Realizar “escuta ativa”,
  - Avaliar o risco e vulnerabilidade
  - Discutir com a equipe, S/N
  - Definir a necessidade do usuário e o cuidado a ser ofertado.
  - Prestar atendimento



Sim



**Encaminhar o caso  
à equipe responsável,  
para  
acompanhamento.**

## 6. ORGANIZANDO AS AGENDAS

Tomando-se como parâmetro de duração média de uma consulta médica 15 minutos, as agendas podem ser organizadas da seguinte forma:

I. Para um período de trabalho de quatro (4) horas ou uma média de dezesseis (16) consultas:

- Cinquenta por cento (50%) ou oito (8) consultas são reservadas ao atendimento de condições classificadas como Azul Claro, ou seja, usuários que podem aguardar consulta médica eletiva, conforme agenda e que respeitem uma meta máxima de 30 dias de espera;

- Trinta por cento (30%) ou cinco (5) consultas são reservadas ao atendimento de condições classificadas como Azul Escuro, ou seja, situações sem emergência ou urgência que não apresentem sinais de alerta, mas que necessitam de atendimento dentro da semana;

- Vinte por cento (20%) ou três (3) consultas são reservadas ao atendimento às condições classificadas como vermelho, amarelo ou verde, ou seja, quando haja necessidade de atender o usuário imediatamente ou no máximo no mesmo período.

II. Para um período de trabalho de seis (6) horas ou uma média de vinte e quatro (24) consultas:

- Cinquenta por cento (50%) ou doze (12) consultas são reservadas ao atendimento de condições classificadas como Azul Claro, ou seja, usuários que podem aguardar consulta médica eletiva, conforme agenda e que respeitem uma meta máxima de 30 dias de espera;

- Trinta por cento (30%) ou oito (8) consultas são reservadas ao atendimento de condições classificadas como Azul Escuro, ou seja, situações sem emergência ou urgência que não apresentem sinais de alerta, mas que necessitam de atendimento dentro da semana;

- Vinte por cento (20%) ou quatro (4) consultas são reservadas ao atendimento às condições classificadas como vermelho, amarelo ou verde, ou seja, quando haja necessidade de atender o usuário imediatamente ou no máximo no mesmo período.

III. Para um período de trabalho de oito (8) horas ou uma média de trinta e duas (32) consultas:

- Cinquenta por cento (50%) ou dezesseis (16) consultas são reservadas ao atendimento de condições classificadas como Azul Claro, ou seja, usuários que podem aguardar consulta médica eletiva, conforme agenda e que respeitem uma meta máxima de 30 dias de espera;

- Trinta por cento (30%) ou dez (10) consultas são reservadas ao atendimento de condições classificadas como Azul Escuro, ou seja, situações sem emergência ou urgência que não apresentem sinais de alerta, mas que necessitam de atendimento dentro da semana;

- Vinte por cento (20%) ou quatro (6) consultas são reservadas ao atendimento às condições classificadas como vermelho, amarelo ou verde, ou seja, quando haja necessidade de atender o usuário imediatamente ou no máximo no mesmo período.

Obviamente, as agendas e as proporções indicadas em cada classificação de risco devem ser adaptadas a cada realidade local.

Outras demandas, como renovação de receitas, preenchimento de solicitação de medicamentos para especialidades (LME), atestados para o INSS, devem ser objeto de acordo entre os profissionais da equipe de saúde.

Sugere-se também a adoção da agenda coringa, que consiste em reservar a agenda sem marcações por um dia por semana ou por mês (dependendo da demanda da unidade de saúde), que servirá para atender situações inesperadas relativas a ocasional ausência do profissional de saúde, permitindo, assim, que os atendimentos que seriam realizados na data da ausência, sejam remanejados ao dia previamente reservado.

## **7. MONITORAMENTO**

Atualmente implantado em 100% das Unidades Básicas de Saúde, o monitoramento deve ser permanente, através da avaliação mensal das agendas. As coordenadoras das UBS devem enviar mensalmente para a DAPS, informações sobre o tempo de espera do usuário para ser atendido, nas agendas eletivas, prioritárias e nos atendimentos de urgência e emergência. Após avaliação, se necessário, a DAPS deve realizar as intervenções para garantir o bom andamento do processo, por meio da Educação Permanente em Saúde e outras ações que se fizerem necessárias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância de padronização do processo de trabalho nas unidades de saúde com a finalidade de melhor atender o usuário, de aumentar o vínculo entre ele e os profissionais de saúde, o Acolhimento à Demanda Espontânea apresenta-se como instrumento útil no desafio em equilibrar de um lado, a responsabilização e, de outro, a autonomia da equipe de saúde. Possibilita também, regular o acesso aos serviços de saúde por meio da oferta de ações mais adequadas, o que contribui para a satisfação do usuário.

As novas formas de organizar o processo de trabalho consolidam a afirmativa de que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família, ou de aumentar a oferta de serviços como pronto-atendimentos ou mesmo dos serviços especializados. É preciso produzir saúde articulando os elementos já existentes, fortalecendo a responsabilização de toda a equipe e, principalmente capacitando-a permanentemente.

Assim, esse instrumento, baseado na proposta do Ministério da Saúde, visa reorientar a equipe em um modelo de assistência eficaz e participativo, fundamental na busca da melhoria das condições de saúde e de vida de nossa população.

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. **Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia**. SUS-BH, Belo Horizonte, 2009.

BRASIL. **Atenção à Demanda Espontânea na APS/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

FORTALEZA. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria**. Hospitais Municipais de Fortaleza/CE, Fortaleza, 2008.

OLIVEIRA, Leda Maria Leal; TUNIN, Andréa Simoni Manarin; SILVA, Fernanda Cristina. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde**. Revista APS, v.11, n. 4, p. 362-373, out/dez 2008.

SÃO PAULO (Município). **1º Caderno de Apoio ao Acolhimento: Orientações, Rotinas e Fluxos**. São Paulo, 2004.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – AACR GERAL:  
VERMELHO – AMARELO – VERDE**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - Estado do Paraná  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS**

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

**Vermelho**

Usuários em risco que necessitam avaliação médica imediata.

**Situação/Queixa:**

1. Parada Cardio – Respiratória.
2. Desconforto respiratório grave (tiragem intercostal, batimento de asa de nariz, fala monossilábica).
3. Alterações de sinais vitais:  
PAS  $\geq$  220 ou PAD  $\geq$  120 mmHg com sintomas (cefaleia, distúrbio visual, epistaxe).  
PA sistólica  $\leq$  80 mmHg (sintomático).  
FC  $\geq$  140 ou  $\leq$  50 (sintomático).  
FR  $\geq$  34 ou  $\leq$  10 irm.

**Amarelo**

Usuários que não correm risco imediato de vida (sem alterações importantes de sinais vitais), mas necessitam de pronta avaliação médica.

**Situação/Queixa:**

1. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva.
2. HGT  $\geq$  250 com sintomas (desidratação, boca seca, poliúria, polifagia, polidipsia).
3. Dor torácica moderada ( $\geq$  4/10) com aumento da intensidade à inspiração.
4. Dor abdominal intensa ( $\geq$  7/10).
5. Dor lombar intensa ( $\geq$  7/10).
6. Pacientes escoltados e/ou institucionalizados.
7. Alteração do nível de consciência, ECG  $\geq$  13.
8. Estados de pânico, alteração do comportamento (agitação, letargia ou confusão mental).
9. Convulsão nas últimas 24 horas.
10. Desconforto respiratório ou crise asmática moderada, FR entre 28 e 34 mrm.
11. Retenção urinária aguda.

**Verde**

Usuários que necessitam consulta médica no dia.

**Situação/Queixa:**

1. Crise asmática leve sem tratamento prévio.
2. Cefaleia importante.
3. Dor de ouvido moderada.
4. Dor abdominal moderada.
5. Vômito e diarreia persistentes sem sinais de desidratação.
6. Dor ou ardor ao urinar.
7. História de convulsão sem alteração de consciência.
8. Abscessos.
9. Traumas leves (contusões, torções e ferimentos que necessitem de avaliação médica).
10. Dismenorreia.
11. Retornos com menos de 24 horas sem melhora do quadro.
12. Preenchimento de CAT.

<p>Temperatura axilar <math>\leq 35^{\circ}\text{C}</math> ou <math>\geq 39^{\circ}\text{C}</math>.</p> <p>4. Cefaleia com alteração do nível de consciência e/ou parestesia e/ou diminuição de força muscular.</p> <p>5. Diabético com sintomas de hipo ou hiperglicemia, apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia.</p> <p>6. Dor no peito associada à falta de ar e cianose. Dor tipo aperto, facada ou agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos.</p> <p>Dor tipo queimação epigástrica, acompanhada ou não de alteração de consciência e sudorese, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes.</p> <p>Qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso.</p> <p>7. Em crise convulsiva ou crises repetitivas sem recuperação total da consciência entre as mesmas.</p> <p>8. Hemorragias com sinais de choque (hipotensão, taquicardia, sudorese).</p> <p>9. Trabalho de parto com sangramento e/ou</p>	<p>12. Desmaios/Distúrbios de conversão ou somatização.</p> <p>13. PAS <math>\geq 220</math> mmHg ou PAD <math>\geq 120</math> mmHg sem sintomas ou PAS entre 220 e 180 mmHg ou PAD entre 120 e 110 mmHg com sintomas.</p> <p>14. Hemorragia sem sinais de choque.</p> <p>15. Náuseas/Vômitos e diarreia persistente com sinais de desidratação.</p> <p>16. Imunodeprimidos com febre.</p> <p>17. Queimaduras de 2º/3º graus (<math>&lt; 10\%</math> SCQ).</p> <p>18. Politraumatizado/TCE com Glasgow <math>&gt; 13</math> sem alterações de sinais vitais.</p> <p>19. Fraturas sem deformidades.</p> <p>20. Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais e Glasgow <math>&gt; 13</math>.</p> <p>21. Reações alérgicas com prurido generalizado intenso.</p> <p>22. Sangramento vaginal com dor abdominal em gravidez confirmada ou suspeita.</p> <p>23. Trabalho de parto normal.</p> <p>24. Vítimas de abuso sexual.</p> <p>25. Óbitos domiciliares.</p>	<p>13. Suspeita e tratamento de DST.</p> <p>14. Diagnóstico de TB (BAAR +).</p> <p>15. Suspeita de Hanseníase.</p> <p>16. Reações Hansênicas.</p> <p>17. Suspeita de Dengue e H1N1.</p>
--	---	---

<p>risco fetal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Anafilaxia ou reações alérgicas graves associadas à insuficiência respiratória.</li> <li>11. Tentativas de suicídio com sangramento, Glasgow <math>\leq 12</math>.</li> <li>12. Intoxicação exógena com Glasgow <math>\leq 12</math> e/ou com alteração dos sinais vitais.</li> <li>13. Febre com exantema petequial ou púrpura ou com alteração do nível de consciência.</li> <li>14. Politraumatizado grave com lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas e/ou Glasgow <math>\leq 12</math>.</li> <li>15. Queimaduras de 2º/3º graus com comprometimento de mais de 10% da área corporal ou queimaduras em face e períneo.</li> <li>16. Estado mental alterado e/ou em coma com Glasgow <math>\leq 12</math>, com história de uso de drogas (overdose).</li> <li>17. Trauma Cranioencefálico Moderado ou Grave com Glasgow <math>\leq 12</math>.</li> <li>18. Trauma com alteração de nível de consciência, Glasgow <math>\leq 12</math> e/ou sinais de comprometimento da coluna vertebral.</li> <li>19. Perfurações no tórax, abdome e cabeça.</li> <li>20. Trauma de tórax com suspeita de fratura.</li> <li>21. Fraturas com deformidades ou luxações.</li> <li>22. Acidentes por animais peçonhentos.</li> </ol>		
--	--	--

Adaptado por Assessores da DAS – Junho de 2011

## ANEXO 2 – AACR GERAL: AZUL – BRANCO

	<p><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - Estado do Paraná</b> <b>AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS</b> <b>ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE</b></p>		
<p><b><u>Azul Escuro</u></b></p>	<p><b><u>Azul Claro</u></b></p>	<p><b><u>Branco</u></b></p>	
<p>Condições sem emergência ou urgência que não apresentem sinais</p>	<p>Usuários que podem aguardar consulta médica eletiva (conforme agenda).</p>	<p>Usuários que necessitam de atendimento de</p>	<p>Usuários que necessitam de</p>

de alerta.		enfermagem.	atendimento de enfermagem.
<p><b>Conduitas subsequentes conforme protocolos clínicos e consulta médica se necessário.</b></p>	<p><b>Situações:</b></p>	<p><b>Situações:</b></p>	<p><b>Situações:</b></p>
<p><b>Situação/Queixa:</b></p>	<p><b>31.1</b> Usuário acompanhado no Programa Respira Londrina (ASMA), fora da crise.</p>	<p><b>Equipe de Enfermagem:</b></p>	<p><b>Consulta de Enfermagem:</b></p>
<p><b>4.10</b> Crise asmática leve com tratamento prévio.</p>	<p><b>31.2</b> Portador de doença crônica (HA, DM, dislipidemia, epilepsia, hipotireoidismo, asma, etc) sem queixas agudas e com sinais vitais normais.</p>	<p>1. Acolhimento com avaliação e classificação de risco.</p>	<p>1. Tratamento de leucorreias e DST conforme protocolo.</p>
<p><b>4.11</b> Cefaleia leve.</p>	<p><b>31.3</b> Avaliação para renovação de receitas.</p>	<p>2. Agendamento de consultas.</p>	<p>2. Coleta de CO.</p>
<p><b>4.12</b> Dor de ouvido e/ou garganta leve.</p>	<p><b>31.4</b> Atestados para INSS.</p>	<p>3. Visitas Domiciliares.</p>	<p>3. Pré-Natal de Baixo Risco.</p>
<p><b>4.13</b> Dor abdominal leve.</p>	<p><b>31.5</b> Solicitação de check-up</p>	<p>4. Ferimentos leves sem necessidade de sutura.</p>	<p>4. Consulta puerperal.</p>
<p><b>4.14</b> Dor ou desconforto visual.</p>	<p><b>31.6</b> Agendamento de procedimento ambulatorial.</p>	<p>5. Atraso menstrual/Teste de gravidez.</p>	<p>5. Atendimento de DM, HA, asmáticos, TB, MH, etc.</p>
<p><b>4.15</b> Dor lombar leve.</p>	<p><b>31.7</b> Solicitação de consulta de especialidade sem gravidade e com sinais vitais normais.</p>	<p>6. Troca de sonda mediante prescrição médica.</p>	<p>6. Cefaleia leve com diagnóstico anterior de enxaqueca.</p>
<p><b>4.16</b> Diarreia sem vômito e/ou sem desidratação.</p>	<p><b>31.8</b> HGT <math>\geq</math> 126 sem diagnóstico prévio de DM e assintomático.</p>	<p>7. Acompanhamento de hipertensos, diabéticos, asmáticos, etc segundo protocolos clínicos.</p>	<p>7. Avaliação de resultado de exames.</p>
<p><b>4.17</b> Cólica menstrual.</p>	<p><b>31.9</b> Resultados de exames sem alterações mas que necessitem avaliação médica.</p>	<p>8. Solicitação de exames conforme protocolos.</p>	<p>8. Planejamento familiar.</p>
<p><b>4.18</b> Tratamento de DST em mulheres (abordagem sindrômica).</p>		<p>9. Puericultura.</p>	<p>9. Emergência Oftalmológica.</p>
<p><b>4.19</b> Suspeita de TB (sintomático respiratório).</p>		<p>10. Vacinação.</p>	
<p><b>4.20</b> Febre. avaliação médica.</p>		<p>11. Procedimentos de Enfermagem.</p>	
<p><b>4.21</b> Tosse ou coriza.</p>		<p>12. Planejamento</p>	
<p><b>4.22</b> Azia.</p>			
<p><b>4.23</b> Obstipação intestinal.</p>			
<p><b>4.24</b> Queimadura leve.</p>			
<p><b>4.25</b> Queixas comuns na gestação.</p>			
<p><b>4.26</b> Lavagem de ouvido.</p>			
<p><b>4.27</b> Tratamento de micoses com queixa/Lesões de pele frequentes.</p>			
<p><b>4.28</b> PAS <math>\geq</math> 139 ou PAD <math>\geq</math> 89 em assintomático com ou sem diagnóstico prévio de HA.</p>			

<p><b>4.29</b> HGT <math>\geq</math> 250 sem sintomas.</p> <p><b>4.30</b> Irregularidade menstrual.</p> <p><b>4.31</b> Resultado de exames alterados mediante avaliação de enfermagem.</p>		<p>Familiar/Métodos Definitivos.</p> <p>13. Fornecimento de medicação.</p> <p>14. Aconselhamento em DST/AIDS.</p> <p>15. Avaliações e Orientações conforme protocolos de enfermagem.</p> <p>16. Avaliação de resultado de exames.</p> <p>17. Planejamento familiar.</p>	
--	--	---	--

Adaptado por Assesores da DAS – Junho de 2011

## **ANEXO 3 – AACR PEDIATRIA**

## Vermelho

## Amarelo

## Verde

Crianças que correm risco de vida e necessitam

Crianças que não correm risco imediato de vida

avaliação médica imediata:

1. Inconsciente alteração do nível de consciência; agressividade; agitação excessiva; com ECG entre 3 e 8

2. Iminência de parada cardiorrespiratória ou em parada cardiorrespiratória

1. Trauma com lesão grave

2. Trauma craniano com ECG entre 3 e 10

3. Taquipneia com dispneia intensa com ou sem cianose

4. Taquicardia + arritmia

5. Palidez e/ou cianose

6. Dor abdominal aguda intensa  $\geq$  8-10/10

7. Crise convulsiva

8. Desidratação grave: letargia, dificuldade em deglutir, boca muito seca, olhos encovados, fontanela deprimida, turgor cutâneo diminuído, pulso fino, enchimento capilar lento

9. Desidratação moderada com vômitos incoercíveis

10. Hemorragia, hemoptise, epistaxe

11. Hipertensão ou hipotensão arterial

12. Reação anafilática: edema; rush cutâneo; dificuldade respiratória; estridor laríngeo

13. Intoxicação exógena

14. Déficit motor agudo

15. Cefaleia intensa aguda ( $\geq$  8-10/10) e/ou associada a vômitos

16. Crise de dor falcêmica

17. Dor ocular intensa ( $\geq$  8-10/10)

18. Semi-oclusão intestinal

19. Dor óssea + febre + queda do estado geral

20. Sepsis

21. Suspeita de dengue hemorrágica

22. Grande queimado (>25% da superfície corporal) ou com acometimento das vias aéreas

23. Queimaduras de 2º e 3º graus com

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRIINA -**

**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DIRETORIA DE**

**que necessitam de pronta avaliação médica:**

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES**

**BÁSICAS DE SAÚDE - PEDIATRIA**  
1. Trauma moderado com sinais vitais não alterados, dor moderada (4-7/10), sem dor cervical

2. Trauma moderado com sinais vitais não alterados, dor moderada (4-7/10), sem dispneia

3. Queimaduras de 2º e 3º graus em áreas não críticas, SCQ < 10%

4. Queimaduras de 1º grau em área >10% SCQ ou face e perineo

5. Queimaduras em mãos e pés

6. Dispneia moderada a leve (asma após exercício, tosse que impede o sono)

5. Desidratação moderada sem vômitos (irritada, boca seca, muita sede, olhos encovados, choro sem lágrima, fontanela deprimida, turgor da pele diminuído) ==> iniciar TRO imediatamente

6. Dor torácica com sinais vitais normais

7. Dor abdominal com sinais vitais normais

8. História de Diabetes Mellitus com sinais vitais normais

9. Outras dores com sinais vitais normais

10. História de hemorragia digestiva com sinais vitais normais

11. História de convulsão com sinais vitais normais

12. Doença psiquiátrica com sinais vitais normais (consciente, agitado, risco para si ou para outros, agressividade, desorientação, estado de pânico, alucinação, desorientação)

13. Dor intensa em articulações com impotência funcional, calor, edema

14. Ferida corto-contusa

15. Crianças pequenas com irritabilidade e recusa alimentar

16. Criança com < 7 dias de vida deve ser

**Estado do Paraná**

**Crianças com sinais vitais normais, mas que necessitam consulta médica no dia:**

**ACÇÕES EM SAÚDE - DAS**

**ZACÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES**  
1. Trauma de crânio de baixo impacto, há mais de 6 horas, sem perda da consciência, ECG = 15, sem vômito, sem sintomas cervicais

2. Trauma torácico sem dor de costela ou dispneia

3. Distensões, contusões, torções

4. Lacerações que demandem investigação

5. Mordedura não extensa

6. Dor moderada (4-7/10)

7. Febre entre 37,8°C e 38,5°C

8. Queimaduras de 1º grau, em área não crítica e em SCQ <10%

9. Feridas com febre ou necrose

4 Miíase com infestação

5 Dor abdominal aguda moderada (4-7/10)

6 Cefaleia moderada (4-7/10)

7 Rinorreia purulenta

8 Dor torácica moderada (4-7/10) sem sinais de alerta

9 Doença psiquiátrica – comportamental sem agressividade, sem agitação e com acompanhante

10 Sintomas gripais: dor de garganta, de ouvido, tosse produtiva, rinorreia purulenta, TAX entre 37,8°C e 38,5°C, mialgia

11 Vômitos e diarreia sem desidratação

12 Recém-nascido entre 8 e 29 dias com queixas clínicas

13 Deficientes físicos

14 Gestante adolescente com queixas clínicas e sem sinais de alerta

15 Impossibilidade de deambulação

16 Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica

17 Troca de sonda vesical ou nasoentérica

<b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - Estado do Paraná</b>	
<b>AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS</b>	
<b>ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - PEDIATRIA</b>	
<b><u>Azul</u></b>	<b><u>BRANCO</u></b>
<b>Crianças que apresentem condições sem emergência ou urgência, sem sinais de alerta e sem alterações de sinais vitais:</b>	<b>Usuários que necessitam de atendimento de enfermagem.</b>
01.Puericultura	1. Acolhimento com avaliação e classificação de risco
02.Obstipação intestinal	2. Agendamento de consultas
03.Avaliação de curativos e cirurgia	3. Visitas Domiciliares
04.Icterícia a esclarecer	4. Ferimentos leves sem necessidade de sutura
05.Desnutrição sem comprometimento do estado geral	6. Troca de sonda mediante prescrição médica
06.Adenopatia a esclarecer sem comprometimento do estado geral	7. Solicitação de exames conforme protocolos
07.Anemia a esclarecer	8. Puericultura
08.Escabiose	9. Vacinação
09.Troca, requisição ou renovação de receitas	10. Procedimentos de Enfermagem
10.Avaliação de exames solicitados em caráter eletivo	11. Fornecimento de medicação
11.Exames preventivos	12. Aconselhamento em DST/AIDS
12.Solicitação de atestado médico	13. Avaliações e orientações conforme protocolos de enfermagem
	14. Avaliação de resultado de exames

13. Suspeita de intolerância ou alergia ao leite de vaca encaminhada de outro serviço (azul escuro)

15. Encaminhar para serviço de odontologia da unidade

Adaptado por Assesores da DAS – Junho de 2011

## **ANEXO 4 – AACR GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - Estado do Paraná  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS**

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

**Vermelho**

**Amarelo**

**Verde**

**Mulheres que correm risco de vida e necessitam avaliação médica imediata.**

**Mulheres com ou sem gravidez confirmada que apresentem:**

1. Convulsão em atividade.
2. Hipotensão (PAS  $\leq$  80 mmHg)
3. Taquicardia ( $\geq$  120 bpm)
4. Bradicardia ( $\leq$  45 pm)
5. Pele fria, palidez acentuada, perfusão limítrofe (choque), sudorese, pulso fino e síncope postural
6. Incapacidade de falar, fala entrecortada
7. Cianose
8. FR  $\leq$  10 ipm ou FR  $\geq$  32 ipm
9. Respiração agônica, dispneia extrema, fadiga muscular
10. Uso de musculatura acessória
11. Não gestante com dor abdominal aguda de forte intensidade (8 a 10/10) associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez

**Gestantes que apresentem:**

**Mulheres que não correm risco imediato de vida (sem alterações importantes de sinais vitais), mas necessitam de avaliação médica.**

1. Gestante ou puérpera com Hipertensão Arterial
2. Gestante ou puérpera com PA  $\geq$  140 x 90 mmHg e  $<$  160 x 100 mmHg
3. Gestante com sangramento genital e/ou dor de moderada intensidade (entre 4 e 8/10) e sem repercussões hemodinâmicas
4. Gestante com êmese ou hiperemese com sinais de desidratação (letargia, mucosas secas, turgor pastoso)
5. Mulher com suspeita de gravidez ou não e febre com TAX  $\geq$  38,5°C e, com e  $<$  40°C
6. Queixa ligada a amamentação: hiperemia, dor e febre com sinais de abscesso
7. Referenciadas de outras unidades com diagnóstico de urgência
8. Vítimas de violência
9. Não grávidas apresentando corrimento vaginal associado a dor e febre

**Gestantes que necessitam consulta médica no dia.**

**Situação/Queixa:**

1. Gestantes com febre, TAX  $<$  38,5°C
2. Êmese ou hiperemese sem sinais de desidratação
3. Dor abdominal aguda de leve a moderada intensidade ( $<$  4/10), sem contrações (avaliar dinâmica uterina)
4. Queixas urinárias: oligúria, disúria e febre
5. Sintomas gripais sem dispneia
6. Avaliação de ferida operatória com suspeita de infecção superficial
7. Sinais de Bartholinite
8. Gestante de alto-risco mesmo sem queixas
9. Queixas ligadas a amamentação: ingurgitamento mamário, qualquer dificuldade ligada à amamentação
10. Gestante com queixa de perda de líquido
11. Suspeita de depressão pós-parto
12. Gestantes escoltadas
13. Puérpera referindo secreção vaginal com odor fétido

<p>12. Alteração do estado mental</p> <p>13. Não responsiva, déficit cognitivo, confusão mental</p> <p>14. Letargia, agitação, paralisia</p> <p>15. Intoxicação exógena</p> <p>16. Hipoglicemia (confirmada por glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispneia</p> <p>17. Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem</p> <p>18. Período expulsivo do trabalho de parto</p> <p>19. Hemorragia genital e/ou dor aguda intensa (<math>\geq 8/10</math>)</p> <p>20. Prolapso de cordão</p> <p>21. Exteriorização de partes fetais pelos genitais</p> <p>22. Pós parto imediato, parto no trajeto ou domiciliar</p> <p><b><u>Gestantes com 20 semanas ou mais:</u></b></p> <p>23. Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos)</p> <p>24. Ausência de movimentos fetais</p> <p><b><u>Gestante ou puérpera:</u></b></p> <p>25. Com PA <math>\geq 160 \times 100</math> mmHg</p> <p>26. Com Pa <math>\geq 140 \times 100</math> mmHg que apresentem cefaléia, epigastralgia e alterações visuais</p> <p>27. Febre com TAX <math>\geq 40^\circ\text{C}</math></p> <p>28. Toxemia</p> <p>29. Alteração mental</p> <p>30. Doença psiquiátrica com rigidez de membros</p> <p>31. Relato de convulsão em pós comicial</p>		
--	--	--

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - Estado do Paraná  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS**

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

**Azul**

**Branco**

**Condições sem emergência ou urgência que não apresentem sinais de alerta.**

**Situação/Queixa:**

1. Consultas de pré-natal de baixo risco
2. Consultas de pré-natal sem procura prévia na UBS
3. Avaliação de curativos
4. Troca, requisição ou renovação de receitas
5. Dor pélvica crônica ou recorrente
6. Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez)
7. Irregularidades menstruais, hipermenorrea/menorragia sem alteração de dados vitais, sangramento vaginal sem urgência
8. Problemas com contracepção oral/injetável
9. Colocação e retirada de DIU
10. Avaliação cirúrgica
11. Avaliação de exames solicitados em caráter eletivo
12. Exame preventivo
13. Solicitação de atestado médico
14. Investigação de infertilidade conjugal

**Usuários que necessitam de atendimento de enfermagem.**

**Situações: Equipe de Enfermagem:**

1. Acolhimento com avaliação e classificação de risco
2. Agendamento de consultas
3. Visitas Domiciliares
4. Ferimentos leves sem necessidade de sutura
5. Atraso menstrual/Teste de gravidez
6. Troca de sonda mediante prescrição médica
7. Acompanhamento de hipertensos, diabéticos, asmáticos, etc segundo protocolos clínicos
8. Solicitação de exames conforme protocolos
9. Puericultura
10. Vacinação
11. Procedimentos de Enfermagem
12. Planejamento Familiar/Métodos Definitivos

**Usuários que necessitam de atendimento de enfermagem.**

**Situações: Consulta de Enfermagem:**

1. Retirada de pontos
2. Tratamento de leucorreias e DST conforme protocolo
3. Coleta de CO
4. Pré-Natal de Baixo Risco
5. Consulta puerperal
6. Atendimento de DM, HA, asmáticos, TB, MH, etc
7. Cefaleia leve com diagnóstico anterior de enxaqueca
8. Avaliação de resultado de exames
9. Planejamento familiar
10. Emergência Oftalmológica
11. Questões sociais sem comprometimento clínico
12. Queixas ligadas à amamentação

	<ul style="list-style-type: none"><li>13. Fornecimento de medicação</li><li>14. Aconselhamento em DST/AIDS</li><li>15. Avaliações e Orientações conforme protocolos de enfermagem</li><li>16. Avaliação de resultado de exames</li><li>17. Planejamento familiar</li></ul>	
--	--	--

Adaptado por Assessores da DAS – Junho de 2011

## **ANEXO 5 – AACR DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E COMPORTAMENTAIS**

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - Estado do Paraná  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE – DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE – DAS**

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS E COMPORTAMENTAIS**

<b><u>Vermelho</u></b>	<b><u>Amarelo</u></b>	<b><u>Verde</u></b>	<b><u>Azul</u></b>
<p>Usuários em risco que necessitam avaliação médica imediata.</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obnubilação, torpor</li> <li>2. Paciente inconsciente</li> <li>3. Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência ou agressão</li> <li>4. Risco imediato de violência para si ou para outrem</li> <li>5. Qualquer tentativa de suicídio</li> <li>6. Agitação extrema</li> <li>7. Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, <i>intoxicação</i></li> </ol>	<p>Usuários que não correm risco imediato de vida (sem alterações importantes de sinais vitais), mas necessitam de pronta avaliação médica.</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agitação</li> <li>2. Pensamentos suicidas</li> <li>3. Risco de violência para si ou para outrem</li> <li>4. Estados de pânico</li> <li>5. Alucinação, delírio</li> <li>6. Desorientação, pensamento desorganizado</li> <li>7. Intoxicação por álcool e outras drogas</li> <li>8. Síndrome de abstinência</li> <li>9. Alterações do apetite e do peso com sinais de alerta (desidratação, hipotensão, taquicardia, palidez, emagrecimento)</li> </ol>	<p>Usuários que necessitam consulta médica no dia.</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gesticulando (manifestação corporal incoerente)</li> <li>2. Alteração de comportamento com acompanhante</li> <li>3. Alteração de humor (tristeza, choro, labilidade emocional, irritação, alegria excessiva)</li> <li>4. Ansiedade</li> <li>5. Alterações do apetite e do peso sem sinais de alerta</li> <li>6. Efeitos colaterais de medicação</li> <li>7. Insônia com prejuízo na vida cotidiana</li> </ol>	<p>Condições sem emergência ou urgência que não apresentem sinais de alerta.</p> <p><u>Situação/Queixa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depressão crônica ou recorrente</li> <li>2. Impulsividade</li> <li>3. Insônia sem prejuízo na vida cotidiana</li> <li>4. Consultas de acompanhamento</li> <li>5. Renovação de receitas</li> <li>6. Atestados</li> <li>7. Laudos, declarações</li> </ol> <p align="center"><b><u>BRANCO</u></b></p> <p>Atendimento por profissional de nível superior/NASF (enfermagem, psicologia, assistente social, terapeuta comunitário):</p> <p>Crise social: luto, desemprego, conflito conjugal, etc.</p>

## ANEXO 6 - ESCALA DE COMA DE GLASGOW (2018)

Parâmetro	Critério	Variáveis	Escore
<b>Abertura ocular</b>	Olhos abertos previamente à estimulação	<b>Espontânea</b>	<b>4</b>
	Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	<b>Ao som</b>	<b>3</b>
	Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	<b>À pressão</b>	<b>2</b>
	Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	<b>Ausente</b>	<b>1</b>
	Olhos fechados devido a fator local	<b>Não testável</b>	<b>NT</b>
<b>Resposta Verbal</b>	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	<b>Orientada</b>	<b>5</b>
	Resposta não orientada, mas comunicação coerente	<b>Confusa</b>	<b>4</b>
	Palavras isoladas inteligíveis	<b>Palavras</b>	<b>3</b>
	Apenas gemidos	<b>Sons</b>	<b>2</b>
	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	<b>Ausente</b>	<b>1</b>
	Fator que interfere com a comunicação	<b>Não testável</b>	<b>NT</b>
<b>Resposta Motora</b>	Cumprimento de ordens com 2 ações	<b>A ordens</b>	<b>6</b>
	Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	<b>Localizadora</b>	<b>5</b>
	Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	<b>Flexão normal</b>	<b>4</b>
	Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	<b>Flexão anormal</b>	<b>3</b>
	Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	<b>Extensão</b>	<b>2</b>
	Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	<b>Ausente</b>	<b>1</b>
	Fator que limita resposta motora	<b>Não testável</b>	<b>NT</b>
<b>Total Máximo</b>		<b>Total Mínimo</b>	<b>Intubação</b>
<b>15</b>		<b>3</b>	<b>8</b>

# ANEXO 7 – ESCALA DE DOR

O usuário deve ser informado da necessidade de classificar sua dor em notas que variam de zero (0) a dez (10), de acordo com a intensidade da dor.



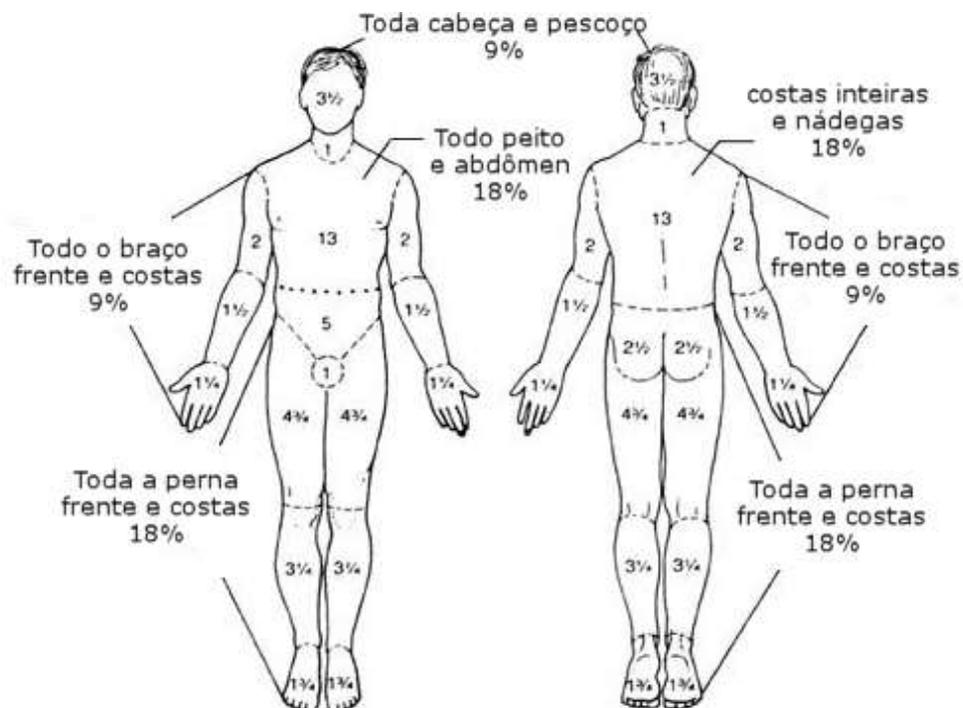
**Dor leve = 1 a 3/10**

1. **Dor moderada = 4 a 7/10**

**Dor intensa = 8 a 10/10**

## ANEXO 8 – SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA Regra de Wallace

Região	%
<b>Cabeça e Pescoço</b>	<b>9</b>
<b>Extremidades Superiores</b>	<b>9</b>
<b>Região Anterior do Tronco</b>	<b>18</b>
<b>Região Posterior do Tronco</b>	<b>18</b>
<b>Extremidades Inferiores</b>	<b>18</b>
<b>Períneo</b>	<b>1</b>



## ANEXO 9 – TABELAS DE DADOS VITAIS

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>PULSO em bpm</b>	<b>FREQUENCIA RESPIRATÓRIA</b>	<b>RESPIRAÇÃO RÁPIDA</b>
Crianças até 02 meses	70 a 170	30 a 40 mrm	≥ 60 mrm
02 meses a 01 ano	80 a 160	25 a 30 mrm	≥ 50 mrm
01 a 07 anos	75 a 115	20 a 25 mrm	≥ 40 mrm
Mais de 07 anos	70 a 110	20 mrm	≥ 30 mrm
Adultos	60 a 100	12 a 18 mrm	≥ 24 mrm

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>01 a 07 anos</b>	<b>Mais de 07 anos</b>	<b>Adultos</b>
<b>PA em mmHg</b>	S: 95 a 112 D: 53 a 71	S: 102 a 128 D: 66 a 80	S < 120 a 130 D < 80 a 85

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Crianças até 2 meses</b>	<b>Crianças acima de 2 meses e adultos</b>
<b>Temperatura Axilar Normal</b>	<b>35,5°C a 37,2°C</b>	<b>36°C a 37,2°C</b>

**Considera-se febre a temperatura ≥ 37,5°C na criança de 0 a 05 anos**