



OFICINA

# A PROGRAMAÇÃO DO CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

GUIA DO PARTICIPANTE

MAIO | 2025





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO CEARÁ – SESA

### Secretária de Estado da Saúde (SESA):

Tânia Mara Silva Coelho

### Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS):

Maria Vaudelice Mota

### Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG):

Antônio Silva Lima Neto

### Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE):

Lauro Vieira Perdigão Neto

### Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI):

Carla Cristina Fonteles Barroso

### Secretário Executivo Administrativo-financeiro (SEAFI):

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

### Superintendente da Região de Saúde do Litoral Leste (SRLES):

Mere Benedita do Nascimento

### Superintendente da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR):

Ícaro Tavares Borges

### Superintendente da Região de Saúde do Sertão Central (SRCEN):

Antonio Weliton Xavier Queiroz

### Superintendente da Região de Saúde do Cariri (SRSUL):

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

### Superintendente da Região de Saúde de Sobral (SRNOR):

Mônica Souza Lima

## CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

### Presidente:

Fábio Baccheretti

### Secretário Executivo:

Jurandi Frutuoso

### Assessora Técnica:

Maria José de Oliveira Evangelista

### Consultor:

Eugênio Vilaça Mendes

## ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS

### Representante da OPAS no Brasil:

Cristian Morales Fuhrmann

### Coordenador de Sistemas e Serviços de Saúde e Capacidades Humanas para a Saúde:

Julio Pedroza

### Consultora Nacional de Capacidades Humanas para a Saúde:

Cristiane Gosch

## **UMANE**

### **Superintendente Geral:**

Thais Junqueira

### **Coordenadora de Projetos:**

Fabiana Mussato

## **ORGANIZADORES DO GUIA**

### **Consultores:**

Eliane Chomatas, Marco Antônio Bragança de Matos,  
Priscila Rabelo; Rubia Barra e Sandra Sperotto

### **Revisão do Guia: Consultores Regionais**

Sandra Denise de Moura Sperotto, Ana Perez Pimenta de  
Menezes Lyra, Maria Aparecida de Souza, Alzira Neri e Silvana  
Monteiro

\*Imagem da capa: Acervo Ministério da Saúde

## OFICINA TUTORIAL 4.3 E 4.4:

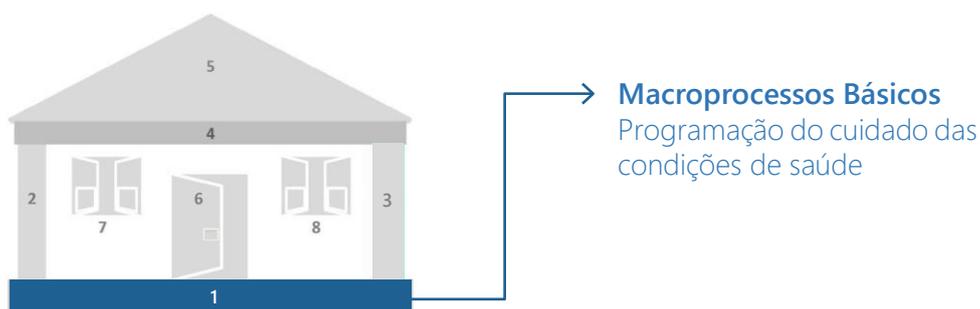
- **Programação do cuidado das condições crônicas**
- **A atenção aos eventos agudos**

Vamos relembrar: a Etapa 4 Gestão do Cuidado foi dividida nas seguintes oficinas tutoriais:

- 4.1 Estratificação de risco das condições crônicas;
- 4.2 Organização das linhas de cuidado;
- 4.3 Programação do cuidado das condições crônicas;
- 4.4 A atenção aos eventos agudos.

Nesta etapa estaremos realizando duas oficinas relacionadas a Gestão do Cuidado, a oficina 4.3 – Programação dos cuidados das condições crônicas e a oficina 4.4 – A atenção aos eventos agudos.

Na construção social da APS, dentre os macroprocessos de atenção básica, um deles é a programação das condições de saúde, que se encontra no alicerce da casa da APS, representado pela cor azul (Figura 1).



**Figura 1** – Representação da programação do cuidado das condições de saúde na metáfora da construção social da APS

Dada a função coordenadora que a atenção primária tem nas RAS, a programação desse nível de atenção merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, é programada no nível dos cuidados primários. A programação local é realizada para cada eSF.

A programação está relacionada a gestão de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada eSF. A programação de base populacional não utiliza os parâmetros de oferta, como consultas por habitante por exemplo, mas parâmetros epidemiológicos que são baseados em

evidências científicas e que são parte das diretrizes clínicas na forma de uma planilha de programação. Além disso, os parâmetros, para se adequarem ao MACC, são definidos por estratos de riscos.

A eSF é o lugar privilegiado de programação das intervenções em todos os pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio das RAS. Não se programam somente as intervenções da APS, mas as intervenções de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e hospitalares, e dos sistemas de apoio como a patologia clínica e a assistência farmacêutica. Por exemplo, sabe-se quem são as gestantes de alto risco vinculadas a uma equipe da eSF e, de acordo com os parâmetros de necessidades, programam-se as consultas especializadas necessárias no centro de referência (atenção secundária) e o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco (atenção terciária). Portanto, toda a programação das RAS, em todos os seus níveis de atenção, é realizada na eSF, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe. É assim que se vai construindo uma atenção primária à saúde com capacidade de ser efetivamente uma estratégia de organização do SUS e de coordenação de toda a RAS.

A programação deve ser feita por estratos de riscos, segundo o MACC, considerando o Modelo de Pirâmide de Risco MPR) e de acordo com as planilhas de programação que fazem parte das linhas guias. Ou seja, não faz sentido programar intervenções únicas para as pessoas gestantes, mas para cada estrato separado, as de baixo, médio/intermediário e alto riscos. A razão é que as abordagens clínicas diferenciam-se por estratos e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam, também, segundo esses estratos. Assim, as consultas médicas são menos frequentes nos estratos de baixo e médio/intermediário riscos e mais frequentes nos estratos de alto risco, o que difere, substancialmente, de um parâmetro médio aplicado a todas as pessoas gestantes.

A programação local deve ser feita para o período da gestação, pela própria equipe que a irá executar. O instrumento de programação é a Planilha de Programação Assistencial para a APS.

A partir da programação é importante organizar a agenda de atendimentos da eSF, por meio de uma parametrização das atividades para cada pessoa usuária com condição crônica de acordo com a sua estratificação de risco, de forma que suas consultas e outros tipos de atendimentos, estejam garantidas durante todo o ano.

A seguir apresentamos a matriz de gerenciamento da oficina tutoria da Etapa 4.3

**MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE TUTORIA – ETAPA 4.3 – APS  
GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE  
A PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

<b>Objetivo</b>	Realizar a programação assistencial para as condições crônicas
<b>Resultado esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de acesso a assistência das pessoas com condições crônicas de acordo com a estratificação de risco</li> <li>• Organização da agenda de atividades da equipe de saúde</li> </ul>
<b>Metas a serem alcançadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas com suas consultas programadas de acordo com sua estratificação de risco</li> <li>• Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas com suas consultas garantidas na agenda da equipe de saúde</li> </ul>

Outro propósito desta oficina tutorial é a organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos. Na metáfora da construção da casa da APS, os macroprocessos de atenção aos eventos agudos correspondem a construção de uma das paredes da casa, representadas pela cor vermelha (Figura 1).



**Figura 1** – Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos  
Fonte: Mendes et al, 2019

Vai ser discutida a organização dos processos de acolhimento, de forma que sejam eficazes e humanizados, da classificação de risco para atenção aos eventos agudos, bem como o atendimento aos eventos agudos de menor gravidade, o primeiro atendimento das pessoas com eventos agudos de maior gravidade e o encaminhamento, se necessário para o pronto atendimento ou ponto socorro. Requer a capacitação das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores, com encaminhamento aos serviços de referência.

A seguir apresentamos a matriz de gerenciamento da oficina tutorial da Etapa 4.4

## MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE TUTORIA – ETAPA 4.4 – APS ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

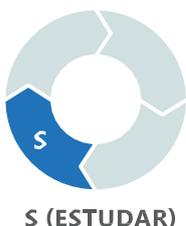
<b>Objetivo</b>	Organizar os macroprocessos de atenção aos eventos agudos
<b>Resultado esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento eficaz e humanizado com classificação de risco</li> <li>• Atendimento das urgências menores e o primeiro atendimento as urgências maiores, com encaminhamento aos serviços de urgência</li> </ul>
<b>Metas a serem alcançadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100% dos usuários com Eventos Agudos classificados por risco</li> </ul>

### ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NA OFICINA TUTORIAL DA UBS

#### ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS NA UNIDADE – MANHÃ

##### ATIVIDADE 1 – GIRO NA UNIDADE

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar a simulação do ciclo de Atenção Contínua e pactuação de um plano de autocuidado apoiado de uma pessoa gestante.</li> <li>• Observar a organização dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos (como se dá o acolhimento? O atendimento aos eventos agudos? Existe classificação de risco? A equipe está preparada para o primeiro atendimento das urgências maiores? Possui caixa de emergência?</li> <li>• Realizar discussão sobre os achados durante o Giro na Unidade.</li> </ul> <p>Essas observações são subsídios na discussão de monitoramento do Plano de Ação na oficina tutorial com a participação da equipe</p>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SES e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Tutor Municipal</p> <p>Gerente da UBS</p>	<p>Roteiro para o Giro da Etapa 4.3 e Etapa 4.4 na unidade de APS</p>



**S (ESTUDAR)**

## ATIVIDADE 2 - AVALIAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA APS

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p><b>S (ESTUDAR)</b></p> <p>Monitorar o instrumento para avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o percentual de cumprimento dos itens de verificação relacionados as Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3, Etapa 4.1, 4.2 e 5, relacionados a construção da “casa da APS”</li> <li>Discutir de maneira geral os itens com não conformidade, para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS</li> <li>Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas</li> <li>Rever os itens relacionados as Etapas 4.3 e 4.4</li> </ul> <p>Obs.: As ações corretivas para os itens não conformes da Etapa 1, 2, 3, 4.1, 4.2 e 5 serão discutidas e revisada sendo mantidas no plano de ação</p>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SES e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Tutor Municipal</p> <p>Gerente da UBS</p>	<p>Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS</p> <p>Texto de Apoio - Itens de verificação dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos para a etapa 4.4</p>

## OFICINA TUTORIAL - PERÍODO TARDE

### ATIVIDADE 1 – MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÃO DAS ETAPAS 1, 2, 3, 4.1, 4.2 e 5

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, verificando cada item da etapa anterior que ainda não foram concluídos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A realização da atividade planejada</li> <li>• O cumprimento do prazo</li> <li>• A conformidade com o planejado</li> <li>• A avaliação do resultado ou produto elaborado</li> </ul> <p>As ações propostas no plano de ação para a Etapa 5 deverão ser apresentadas e discutidas com ênfase nos resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização da pactuação do plano de autocuidado apoiado iniciando pelas pessoas idosas</li> <li>• Número e percentual de pessoas com condições crônicas estratificadas por risco iniciando pelas pessoas idosas</li> <li>• Monitoramento dos macroprocesso da construção da casa da APS</li> </ul>			
 <p><b>S (ESTUDAR)</b></p> <p><b>Questões a serem discutidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As pessoas com condições crônicas foram estratificadas por risco, iniciando pelos idosos</li> <li>• A equipe está apropriada para realizar a pactuação do plano de autocuidado apoiado</li> <li>• A equipe se sente capacitada para a aplicação do instrumento dos 5A</li> <li>• A equipe se sente capacitada para as abordagens para mudança de comportamento dentre elas a entrevista motivacional</li> <li>• Foi elaborado e pactuado o Plano de Autocuidado Apoiado de uma pessoa usuária que passou pela Atenção Contínua</li> <li>• Como está a construção dos macroprocessos da APS</li> </ul>	Tutor Municipal	<p>Tutores da SES e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Tutor Municipal</p> <p>Gerente da UBS</p> <p>Equipe de Saúde</p>	Plano de Ação

## ATIVIDADE 2 - A PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Realizar alinhamento conceitual e explicar todos os passos da programação das condições crônicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Relacionar a programação com a Construção Social da APS (Programação é um Macroprocesso Básico, localizado no alicerce da casa)</li> <li>Retomar o acesso na APS, relacionado ao equilíbrio da demanda espontânea e demanda programada</li> <li>O acesso da pessoa usuária com condições crônicas aos serviços da unidade, de maneira ágil e não burocrática</li> <li>Sua relação com a atenção das pessoas com condições crônicas</li> </ul> <p>Apresentar a planilha de programação assistencial para a APS, discutindo as seguintes questões:</p>			
 <p><b>PLANEJAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Refletir sobre a importância da programação para as condições crônicas.</li> <li>Apresentar o instrumento da programação, que é organizada por ciclo de vida, patologia ou condição e estratificação por grau de risco</li> <li>Chamar a atenção para os parâmetros epidemiológicos que são aplicados para dimensionar uma subpopulação com condição de risco de maneira geral e por estratos de riscos e para os parâmetros assistenciais aplicados para dimensionar a resposta a essas necessidades</li> </ul>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SES e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Gerente da UBS</p> <p>Equipe de saúde</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: A agenda de atividades para condições crônicas na APS</p> <p>Planilha de programação assistencial para a APS</p>
<p><b>Questões a serem discutidas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura das subpopulações alvo</li> <li>Definição da meta de cobertura para o período</li> <li>Balanco do atendimento semanal</li> <li>Número de atendimentos para a construção da agenda semanal da equipe</li> <li>Demanda para a atenção especializada</li> <li>O dimensionamento dos exames laboratoriais e de imagem</li> <li>Como a programação pode ajudar na gestão do cuidado das pessoas com condições crônicas</li> <li>Como organizar a agenda de atividades para pessoas com condições crônicas a partir da programação da atenção?</li> </ul>			

### ATIVIDADE 3 - ALINHAMENTO SOBRE OS MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>Realizar alinhamento conceitual sobre o modelo de atenção ao evento agudo e sua operacionalização como acolhimento, classificação de risco e atendimento resolutivo, considerando a segurança do paciente.</p> <p>Discutir como está organizado o processo de acolhimento com classificação de risco, relacionando aos achados identificados no giro na unidade no período da manhã.</p> <p>Planejar implantação ou necessidade de revisar o processo de acolhimento, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação;</li> <li>• Estrutura física, materiais, equipamentos e insumos;</li> <li>• Comunicação com a comunidade (controle social);</li> </ul> <p>Apresentar o checklist para implantação dos macroprocessos de atenção ao evento agudo.</p> <p>Apresentar a matriz de gerenciamento de processos de atenção aos eventos agudos.</p>	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Cadernos de Atenção Básica, número 28: Volume I <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf</a></p> <p>Volume II <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf</a></p>
<p><b>Questões a serem discutidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso ao atendimento aos eventos agudos: contínuo, durante todo o horário de funcionamento, ou apenas em horários específicos;</li> <li>• Vinculação com a equipe: o usuário com evento agudo é atendido pela própria equipe sempre que estiver na unidade ou por equipe de referência por turno ou dia;</li> <li>• Fluxo de atendimento à demanda espontânea elaborado: análise para identificação de gargalos, comparando com o fluxograma de referência do MS/CAB 28;</li> <li>• Medição do ciclo de atendimento: análise do volume de atendimentos para demanda espontânea por evento agudo e dos tempos medidos para a espera e atendimento</li> <li>• Protocolos de classificação de risco: verificar a disponibilidade na unidade, apropriação pela equipe e utilização na rotina;</li> <li>• Protocolos para atendimento em urgência e emergência: verificar disponibilidade na unidade, apropriação pela equipe e utilização na rotina.</li> </ul>	Coordenador Municipal da APS	Gerente da UBS  Equipe de saúde	<p>Texto de Apoio: Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos</p> <p>Checklist para implantação dos macroprocessos de atenção ao evento agudo</p> <p>Matriz de gerenciamento de processos de atenção aos eventos agudos</p> <p>Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica (para impressão)</p> <p>Ficha de classificação de risco</p>

#### ATIVIDADE 4 - ATENDIMENTO AO EVENTO AGUDO

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p><b>PLANEJAR</b></p> <p>Atendimento das urgências menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisitar o atendimento da urgência menor, em casos clínicos ou do trauma, de acordo com a capacidade resolutive da unidade, incluindo a saúde bucal e saúde mental.</li> </ul> <p>Atendimento das urgências maiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisitar o atendimento da urgência maior, em casos clínicos e do trauma e saúde mental.</li> </ul> <p>Apresentar o Checklist de material e medicamentos da caixa de urgência; Escalas de avaliação de dor e os POPS (ressuscitação cardiovascular e caixa de emergência) e Planilha de solicitação de transporte sanitário de urgência.</p>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SESA</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Gerente da UBS</p> <p>Colegiado Gestor</p> <p>Equipe de saúde da UBS</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: Materiais e procedimentos para a assistência as urgências e emergências na APS</p> <p>Checklist de material e medicamentos da caixa de urgência</p> <p>Escalas de avaliação de dor, nível de consciência, temperatura e termos na área da saúde</p> <p>POP Ressuscitação cardiovascular</p> <p>POP Caixa de emergência</p> <p>Planilha de solicitação de transporte sanitário de urgência</p>

#### ATIVIDADE 5 - COMO TRABALHAR AS ARBOVIROSES NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p><b>PLANEJAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar discussão sobre o modelo de atenção as condições agudas e as arboviroses</li> <li>Realizar discussão sobre os processos de trabalho a serem organizados segundo os macroprocessos da construção social da APS</li> </ul>		<p>Tutores SESA</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Gerente da UBS</p> <p>Colegiado Gestor</p> <p>Equipe de saúde da UBS</p>	<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p>

**ATIVIDADE 6 -  
O ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA DA APS E AS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p><b>PLANEJAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisitar as metas de segurança do paciente:</li> <li>Verificar os processos relacionados a Meta 1 da Segurança do Paciente – Identificação Segura</li> <li>Verificar os processos relacionados a Meta 2 da Segurança do Paciente – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, que foi adaptada para a APS.</li> <li>Verificar os processos relacionados a Meta 6 da Segurança do Paciente - Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão.</li> <li>Identificar as metas de segurança do paciente no fluxo de atendimento da demanda espontânea da APS.</li> </ul>	Tutor da UBS	Tutores SESA Coordenador Municipal da APS Gerente da UBS Colegiado Gestor Equipe da UBS	Apresentação PowerPoint® Padrão

**ATIVIDADE 7 - ELABORAR O PLANO DE AÇÃO**

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p><b>PLANEJAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir ações sobre a programação da atenção as condições crônicas</li> <li>Incluir ações sobre a construção da agenda de atividade para pessoas com condições crônicas</li> <li>Incluir ações sobre diagnóstico, planejamento, capacitação da equipe e atendimento aos eventos agudos</li> </ul>	Tutor da UBS	Tutores SESA Coordenador Municipal da APS Gerente da UBS Colegiado Gestor Equipe da UBS	Plano de ação

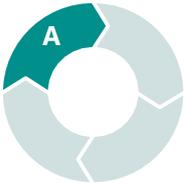
## ATIVIDADE 8 - AÇÕES MÍNIMAS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Programação do cuidado das condições crônicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Em reunião de equipe inserir as informações na planilha de programação assistencial para a APS nas abas CADASTRO E POP. ALVO</li> <li>A partir da programação, construir uma agenda de atividades para o cuidado das pessoas com condição crônica</li> <li>Apresentar na próxima oficina Tutorial</li> </ul> <p>Atenção aos eventos agudos</p> <p>Aplicar o checklist para implantação dos macroprocessos de atenção ao evento agudo.</p> <p>Apropriar da Matriz de gerenciamento de processos de atenção aos eventos agudos.</p> <p><b>Urgências menores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar os procedimentos terapêuticos (terapia inalatória, anti-hipertensivos, suturas e outros) disponíveis, para alcançar a maior resolutividade em casos de urgência menor, na própria unidade de saúde.</li> <li>Organizar o atendimento à demanda espontânea em saúde bucal, em todos os dias e turnos de atendimento, com reserva de vagas na agenda.</li> <li>Organizar o atendimento à urgência em saúde mental, pactuando o apoio de profissionais da equipe de saúde mental e dos fluxos específicos para o CAPS ou hospital de referência.</li> </ul>	<p>Gerente da Unidade</p> <p>Tutor da UBS</p>	<p>Equipe de Saúde</p>	



<p><b>Urgências maiores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar maleta/caixa/carrinho de emergencia contendo materiais, equipamentos e medicamentos para o primeiro atendimento.</li> <li>• Organizar equipamentos, insumos e medicamentos e POP para atendimento.</li> <li>• Identificar adequadamente os medicamentos e insumos dentro das datas de validade e equipamentos com funcionamento adequado.</li> <li>• Formar “Time Resposta Rápida” ao evento de urgência maior: time de profissionais, local, recursos necessários e tempo de resposta.</li> <li>• Organizar capacitação específica dos profissionais.</li> <li>• Realizar pactuação para acionamento do transporte e fluxos de encaminhamento para o hospital de referência, com registro do monitoramento da utilização do transporte em planilha específica.</li> <li>• Implantar o evento sentinela para condições crônicas agudizadas, identificando os usuários ainda não acompanhados pela equipe.</li> </ul>	<p>Gerente da Unidade Tutor da UBS</p>	<p>Equipe de Saúde</p>	
---	--	------------------------	--

### ATIVIDADE 9 - ENTREGAR O RESULTADO ESPERADO

	Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p><b>AGIR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar não conformidades</li> <li>• Reavaliar as estratégias para melhoria dos indicadores</li> <li>• Inserir novas estratégias quando necessário</li> </ul>	<p>Gerente da Unidade Tutor da UBS</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>Indicadores das etapas da Planificação</p>

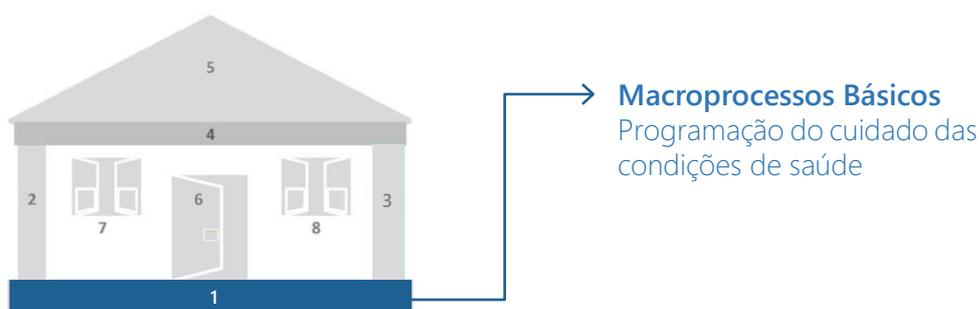
## MATERIAIS DE APOIO

Para apoiar os tutores durante a oficina tutorial, sempre que é necessário é elaborado o material de apoio. Para a etapa 4.3 foram desenvolvidos os seguintes materiais de apoio:

### TEXTO DE APOIO

#### A PROGRAMAÇÃO DO CUIDADO PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Na construção social da APS, dentre os macroprocessos de atenção básica, um deles é a programação das condições de saúde, que se encontra no alicerce da casa da APS, representado pela cor azul (Figura 1).



**Figura 1** – Representação da programação do cuidado das condições de saúde na metáfora da construção social da APS

A programação merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, deve ser programada na atenção primária à saúde. É uma programação de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada eSF. A programação de base populacional não utiliza os parâmetros de oferta, como consultas por habitante por exemplo, mas parâmetros epidemiológicos que são baseados em evidências científicas e que são parte das diretrizes clínicas na forma de uma planilha de programação. Além disso, os parâmetros, para se adequarem ao MACC, são definidos por estratos de riscos.

A eSF é o lugar privilegiado de programação das intervenções em todos os pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio das RAS. Ali não se programam somente as intervenções da APS, mas as intervenções de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e hospitalares, e dos sistemas de apoio como a patologia clínica e a assistência farmacêutica. Por exemplo, sabe-se quem são as gestantes de alto risco vinculadas a uma eSF e, de acordo com os parâmetros de necessidades, programam-se as consultas especializadas necessárias no ambulatório de atenção especializada e o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco. Portanto, toda a programação das RASs, em todos os seus níveis de atenção, é realizada na APS, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe. É assim que se vai construindo uma APS com capacidade de ser efetivamente uma estratégia de organização do SUS e de coordenação de toda a RAS.

A programação deve ser feita por estratos de riscos, segundo o MACC, considerando o Modelo de Pirâmide de Risco (MPR) e de acordo com as planilhas de programação que fazem parte das linhas guias. Ou seja, não faz sentido programar intervenções únicas para as pessoas com hipertensão arterial, mas para cada estrato separado, os de baixo, médio, alto e muito alto riscos. A razão é que as abordagens clínicas diferenciam-se por estratos e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam, também, segundo esses estratos. Assim, as consultas médicas são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos e mais frequentes nos estratos de alto e muito alto riscos, o que difere, substancialmente, de um parâmetro médio aplicado a todas as gestantes.

Não é possível realizar a programação das atividades para as pessoas com condições crônicas em uma eSF, se não partirmos do conhecimento da população do território da UBS, onde o cadastramento das pessoas e famílias esteja atualizado e estratificado por risco familiar. Além disto, as subpopulações com condições de saúde necessitam estar identificadas e estratificadas por risco, identificando as com condições simples, complexas e muito complexas (Figura 2).



**Figura 2** – Programação das condições crônicas e o conhecimento da população

A programação vai auxiliar no balanceamento entre a demanda e oferta, a medida que as atividades programadas vão de encontro a parametrização de acordo com a estratificação de risco. Desta forma pessoas com condições simples terão menos atividades programadas que as de condições complexas.

A programação tem como objetivo principal a melhoria da qualidade da saúde da população de um determinado território, focando a pessoa do usuário, a sua família e a sua comunidade.

### **São objetivos da programação:**

- Dimensionar as subpopulações com condições de saúde prioritárias;
- Analisar a cobertura de atendimento dessas subpopulações;
- Definir metas de acompanhamento dos usuários;
- Calcular a carga horária da equipe necessária para o atendimento programado;
- Analisar a distribuição da carga horária semanal dos profissionais para as várias atividades de atendimento programado ou espontâneo e de educação permanente e gestão;

### **A programação proporciona também:**

- Estimar o atendimento médio e de enfermagem semanal por condição de saúde;
- Dimensionar o número de usuários de alto e muito alto risco a serem encaminhados para a AAE;
- Dimensionar o quantitativo de exames laboratoriais, gráficos e de imagem necessários para o acompanhamento dos usuários programados;
- Monitorar o atendimento programado.

É um instrumento de trabalho da equipe de saúde, devendo ser elaborada conjuntamente por todos os profissionais. Pode ser consolidada por eSF, unidade de saúde, regional / distrito ou município, possibilitando o planejamento ascendente.

A programação é definida com o prazo de um ano, sendo elaborada pela própria equipe que a irá executar, devendo ser revisada após 6 meses e monitorada mensalmente.

### **A operacionalização da programação se dá da seguinte forma:**

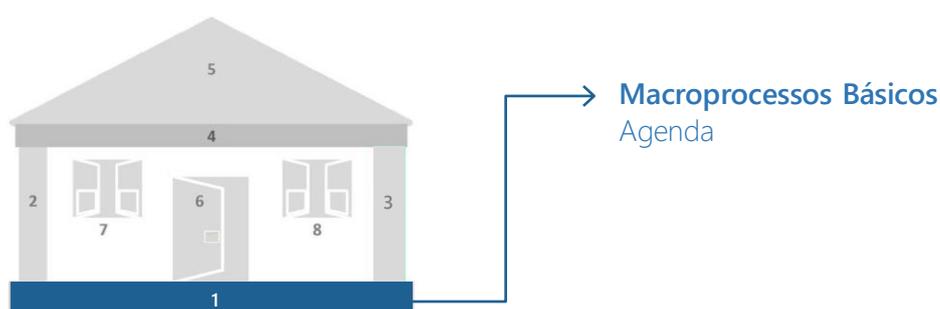
- Fazer discussão com toda a equipe sobre o diagnóstico da área de responsabilidade;
- Realizar encontros de toda a equipe para apropriação e organização dos passos para programação local.

O instrumento de programação é a Planilha de Programação Assistencial para a APS.

## TEXTO DE APOIO

### A AGENDA DE ATIVIDADES PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS

A agenda é um macroprocesso básico, situado no alicerce da casa da construção social da APS, representado pela cor azul (Figura 1).



**Figura 1** – Representação da programação do cuidado das condições de saúde na metáfora da construção social da APS

A agenda deve favorecer o acesso da pessoa usuária aos serviços da unidade de saúde, de maneira ágil e não burocrática. Deve evitar a cultura da fila; a “cultura do não” (não tem consulta, não atendemos sem cartão...); a “cultura do dia do programa” (o dia do hipertenso, o dia da gestante); o fechamento em horários de almoço ou treinamento e um tempo de espera muito prolongado.

O número médio de atendimentos as pessoas usuárias com condições crônicas são estimadas na planilha de programação, facilitando a construção da agenda da unidade de saúde e as adequações necessárias para garantir as consultas para todas as pessoas do território com condições crônicas.

A agenda está relacionada a organização de processos referente a entrada das pessoas com condições crônicas na unidade de saúde.

Uma agenda bem elaborada reflete o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada. Os agendamentos devem ser realizados de acordo com o estudo dos tipos de demandas das pessoas usuárias; com distribuição equilibrada dos atendimentos, considerando a programação da equipe (planilha de programação); estudo de demanda quanto aos horários de maior ou menor procura espontânea; inclusão das várias formas

de atendimento, de acordo com a demanda: consultas individuais, atendimento compartilhado, atenção contínua, grupos operativos e outro; agendamento único para atendimento integral de usuários com comorbidades (Ex: quando do atendimento de uma mulher maior de 60 anos com diabetes, já verifica o IVCF-20, já realiza o exame do pé diabético, o exame preventivo, evitando marcar outros atendimentos em dias diferentes) e por blocos de horas.

Para otimizar a agenda é importante que os agendamentos de retornos sejam realizados pelos próprios profissionais no final do atendimento e as renovações de receita e resultados de exames coincidindo com os atendimentos subsequentes programados para as pessoas usuárias.

Devem estar protegidos na agenda horários para a educação permanente, supervisão de enfermagem, reunião de equipe e possuir um plano de contingência para ausência dos profissionais (faltas, licenças, férias).

Evitar a agenda restritiva com “dias de programas”, com exceção para atendimentos que necessitem de espaços ou equipamentos específicos. Unidades que aboliram esta prática constataram uma redução no absenteísmo.

A agenda deve estar aberta para o período de um ano e todos os atendimentos programados devem ser, preferencialmente, aprezados logo no início do período e confirmados nos dias anteriores ao atendimento. Isso propicia ao paciente segurança na continuidade do acompanhamento.

Os atendimentos subsequentes deverão ser agendados, de acordo com a periodicidade definida nas diretrizes clínicas para cada estrato de risco.

A agenda semanal deve conter espaço para as seguintes atividades:

- Demanda espontânea;
- Demanda programada;
- Educação permanente;
- Reunião de equipe (discussões de processos de trabalho, planejamento local, monitoramento e avaliação e outros),
- Atividades administrativas.

Para o cálculo da capacidade potencial de atendimento anual, consideram-se 11 meses de trabalho, deixando 1 mês para férias. Quando as atividades são distribuídas com equilíbrio, de uma maneira organizada, o tempo será mais produtivo.

Uma vez implantada, a agenda deve ser monitorada continuamente. Diariamente, os usuários faltosos devem ser identificados e buscados para um novo agendamento. É importante monitorar o percentual de absenteísmo, fazendo uma investigação de suas causas no caso de uma alta taxa e elaborar estratégias para a sua diminuição.

O acesso para Download da Planilha de Programação Assistencial para a APS, pode ser realizado no link:

<https://planificasus.com.br/biblioteca.php?idBibliotecaCategoria=198>

---

## MATERIAIS DE APOIO DA ETAPA 4.4 DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### TEXTO DE APOIO

#### ITENS DE VERIFICAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS PARA A ETAPA 4.4

A matriz de avaliação dos macroprocessos da APS tem como objetivo avaliar o percentual de cumprimento de cada etapa e o percentual total, relacionando-os à construção da “Casa da APS”.

Os itens de verificação são listados de acordo com os macroprocessos da construção social da APS. Na Etapa 4.1 da Planificação o instrumento de verificação é aplicado em sua totalidade em reunião de equipe, para que seja utilizado como linha de base. Ele é revisitado e monitorado em cada nova etapa, na qual serão discutidos os itens com não conformidade para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS e discutido os itens com conformidades, para compreensão das melhorias alcançadas. Os itens avaliados na Etapa 4.4 estão apresentados no Quadro 1.

Macroprocesso	Verificação
Atenção aos eventos agudos	A equipe utiliza protocolo para classificação de risco
	A UBS possui sala de observação para realização de procedimentos terapêuticos com equipamentos, medicamentos e insumos necessários.
	Os equipamentos e medicamentos de emergência estão prontamente disponíveis e em condições adequadas na UBS.
	A equipe está capacitada para o atendimento de resposta rápida para emergências, de acordo com os protocolos de suporte básico e avançado de vida.
	Os fluxos de encaminhamento, de usuários com maior gravidade ou de usuários com evento agudo na ausência do médico e/ou enfermeiro na UBS, estão pactuados com os outros pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.
Existe pactuação com o transporte sanitário para os outros pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.	

**Quadro 1** – Itens de verificação dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos para a etapa 4.4

## TEXTO DE APOIO

### OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Na metáfora da casa esse momento corresponde à construção da parede vermelha.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes o padrão da resposta social é único e informado por um **modelo de atenção aos eventos agudos** propostos por Mendes, (2014). A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos implica implantar os **processos de acolhimento e de classificação de risco**, ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado.

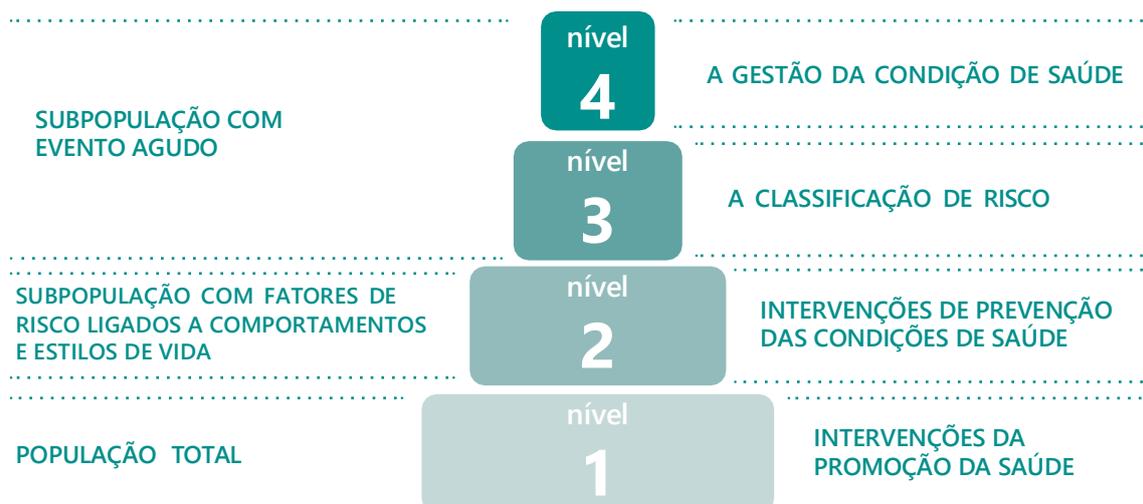
Há resistências à utilização de sistemas de classificação de riscos na APS. Contudo, na teoria de redes, aplicada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), é central a utilização de uma linguagem comum por todos os pontos de atenção das redes. Na atenção aos eventos agudos essa linguagem comum é um sistema de classificação de risco que deve ser o mesmo em todos os pontos de atenção das RAS.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores, com encaminhamento aos serviços de urgência.

### Os modelos de atenção aos eventos agudos

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

O modelo de atenção aos eventos agudos, desenvolvido por Mendes (2014) tem como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados (Figura 1).



**Figura 1** – O modelo de atenção aos eventos agudos

Fonte: Mendes, 2014

Estrutura-se em quatro níveis e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gravidade (risco), o tempo resposta e os recursos necessários.

○ **nível 1 do modelo de atenção aos eventos agudos** - Incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, segundo a proposta de Dahlgren e Whitehead (1991). Nesse nível as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais. Um caso exitoso de promoção da saúde em relação aos traumas é o da Suécia por meio de um programa denominado Visão Zero que articula políticas de diferentes setores com o objetivo alcançar a meta de trauma zero naquele país em 2017 (WILES, 2007).

○ **nível 2 do modelo de atenção aos eventos agudos** - incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (uso excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, estresse e outros). As ações nesse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos muito frequentes como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

○ **nível 3 do modelo de atenção aos eventos agudos** - faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para isso utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo. A organização do sistema de atenção à saúde,

para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos implica, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem comum que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação e num tempo predeterminado. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem se estrutura em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

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

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

### Os processos de acolhimento

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

Se o acolhimento pudesse ser expresso em uma fórmula, seria (Shimazak1, E. 2008. Mimeo):

$$Ac = (Acs + At)H$$

Onde **Ac** = Acolhimento; **Acs** = Acessibilidade; **At** = Atendimento e **H** = Humanização.

A acessibilidade (**Acs**) é o elemento estrutural do acolhimento e diz respeito à disponibilidade, comodidade, ao custo e à aceitabilidade do serviço pelo usuário/comunidade. Exemplificando: o serviço está disponível no horário em que o usuário precisa de atendimento? Existe alguma barreira geográfica ou física que dificulte/impossibilite o acesso ao serviço? O custo do transporte coletivo é um impeditivo para acessar o serviço? O serviço é aceito pela comunidade? A estrutura física e os ambientes são adequados ao atendimento?

O atendimento (**At**) é o elemento processual do acolhimento (**Ac**) e implica responsabilidade, reconhecimento do problema pelos profissionais, identificação e proteção ao cidadão/família em risco,

comunicação entre profissional/equipe e usuário, continuidade pessoal, qualidade da atenção clínica e registros adequados do atendimento (prontuário). Portanto, ao discutir a humanização nos serviços de saúde, há que se analisar os aspectos relacionados à acessibilidade aos serviços e ao atendimento realizado pelos profissionais e pelas equipes de saúde.

A humanização **(H)** deve resultar na quebra ou na minimização das barreiras geográficas, físicas e organizacionais, transformando os ambientes em locais mais acolhedores, racionalizando e otimizando os processos de trabalho e melhorando a comunicação com escuta qualificada, com vistas à efetivação do vínculo entre profissional, equipe, usuário e comunidade.

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

Torna-se necessário, portanto, refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de APS e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, como: número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento, entre outros. Em alguns serviços ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde.

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/ acionar intervenções.

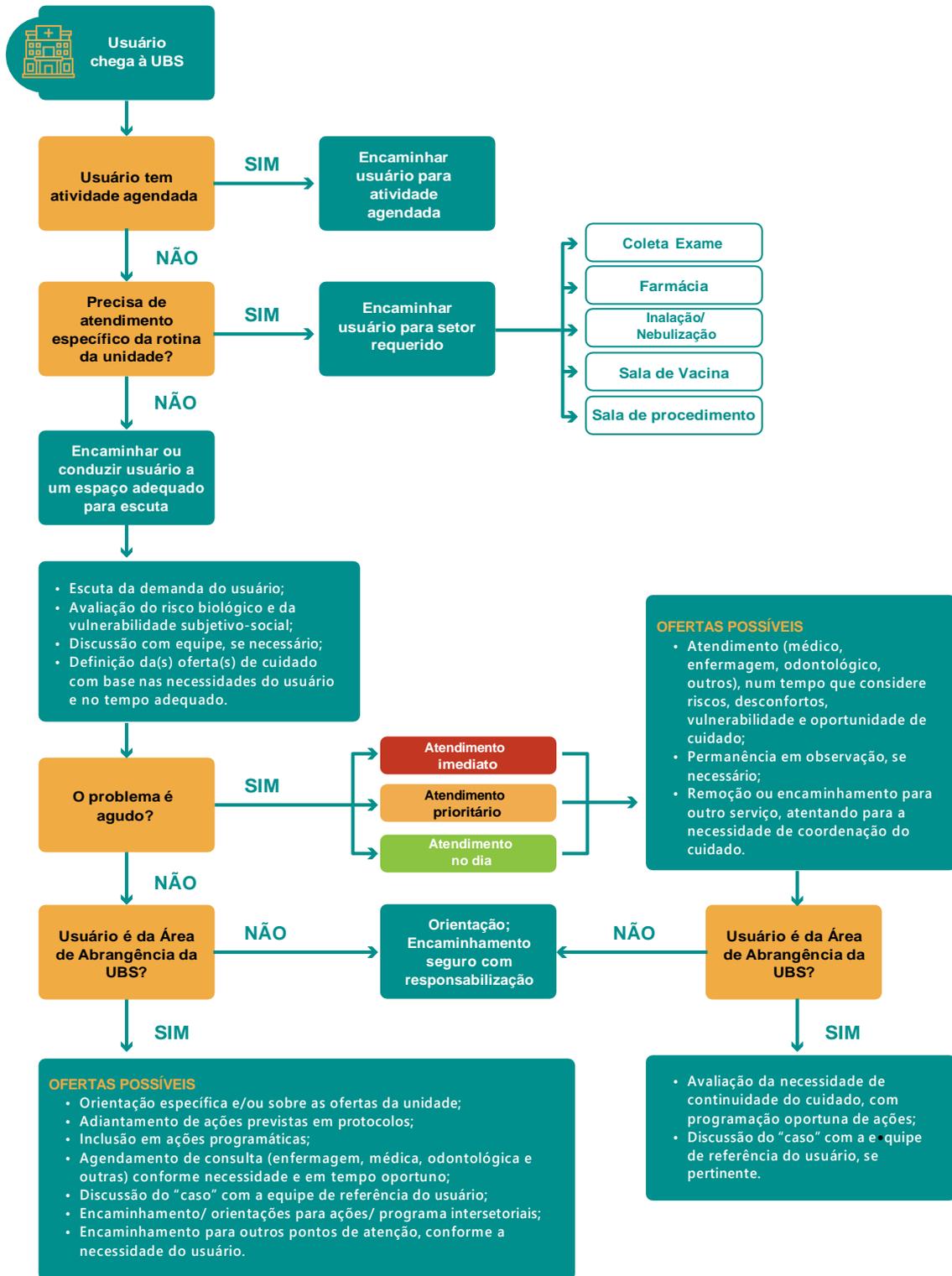
É equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. A escuta da demanda espontânea não pode se restringir apenas no início dos turnos de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção primária. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

Os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na APS, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Para isto, os fluxos de atendimento para atenção aos eventos agudos, as condições crônicas não agudizadas e enfermidades, pessoas hiperutilizadoras, demandas administrativas, atenção preventiva, atenção domiciliar e apoio ao autocuidado, já discutidos anteriormente no acesso à APS, precisam estar desenhados e em uso pela equipe de saúde.

Não devemos esquecer que os usuários acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar agudização em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

O Caderno de Atenção Básica No 28, apresenta fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de APS para o atendimento da demanda espontânea. Este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

## Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde para o atendimento da demanda espontânea



## Os processos de classificação de risco e vulnerabilidade

Os atendimentos às urgências em uma UBS diferenciam-se do atendimento em uma unidade de pronto-atendimento ou pronto-socorro, pois a APS trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

A classificação de risco vai orientar, não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessária, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na APS, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco de vida, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a classificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido, conforme apresentado no quadro abaixo.

### CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

#### SITUAÇÃO NÃO AGUDA

#### Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

**SITUAÇÃO  
AGUDA OU  
CRÔNICAS  
AGUDIZADA**

**Condutas possíveis:**

- **Atendimento imediato** (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário** (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influência na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia** (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade.

No primeiro contato e na primeira avaliação, os usuários devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades.

Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
- Organizar a disposição dos usuários no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (eSB) devem ser envolvidos no processo de primeira escuta não somente no que diz respeito ao núcleo da odontologia. Os demais profissionais da APS, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda para necessidades odontológicas. A partir daí, a eSB faz a escuta mais específica do usuário, discute seu plano terapêutico, faz os encaminhamentos, se necessário, para os serviços especializados e garante o acesso para a continuidade de seu cuidado na UBS. Enquanto parte essencial da APS, a eSB compartilha ações de seu núcleo nas reuniões, avaliações e educação permanente da equipe.

A equipe multidisciplinar deverá dar apoio matricial às equipes de APS a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo dos casos específicos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da RAS relacionada aquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Outras estratégias de apoio e educação permanente são fundamentais no aperfeiçoamento do acolhimento de uma UBS. Transformar as situações do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes, ajuda a aumentar a resolutividade e é bastante mobilizador. Dentro da própria rede é possível encontrar pessoas dispostas a dividir seus conhecimentos, sejam para a abordagem clínica dos casos ou nos fluxos da rede.

O Caderno de Atenção Básica No 28 V. II apresenta fluxogramas de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade.

### **CHECKLIST PARA IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO AO EVENTO AGUDO**

Para acolher a demanda espontânea e aquelas pessoas que apresentam eventos agudos, é importante que as unidades de atenção básica tenham estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos), sala de acolhimento ou consultório multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento). É necessário também, verificar se a unidade possui os equipamentos, insumos e medicamentos necessários.

#### **Orientações:**

- Realizar o preenchimento do Checklist seguindo o roteiro proposto;
- Assinalar na coluna "C" se o item estiver conforme e na coluna "NC" se o item não estiver conforme;
- Caso existam itens "NC", elaborar plano de ação para providenciar os ajustes necessários.

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:****DATA:****ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO****SITUAÇÃO****ESTRUTURA E AMBIÊNCIA****Conforme****Não conforme**

1. Existe recepção para a escuta inicial e direcionamento do usuário
2. Existe fluxo definido para as pessoas usuárias com eventos agudos
3. Existe sala de espera, com condições de ambiência e conforto para os usuários
4. Existe sala de acolhimento ou consultório multiprofissional para realização do acolhimento individual da demanda espontânea
5. Existe consultório para atendimento que garanta a qualidade da escuta e a privacidade do usuário
6. Existe sinalização dos ambientes, clara e suficiente para o direcionamento do usuário
7. Existe sala de observação para pequenos procedimentos terapêuticos, estabilização de urgências maiores e observação dos usuários

**PREPARAÇÃO DA EQUIPE****Conforme****Não conforme**

8. Existe atendente da recepção, com conhecimento sobre a carteira de serviços da unidade e capacitado para a escuta inicial, identificação de sinais de alerta/ gravidade e direcionamento correto do usuário para o atendimento
9. Os atendentes da recepção conhecem os fluxos do atendimento ao evento agudo
10. Os médicos e enfermeiros estão capacitados para a avaliação e classificação de risco, de acordo com os protocolos utilizados e do manejo do usuário de acordo com a gravidade
11. Os técnicos de enfermagem conhecem o protocolo de avaliação e classificação de risco e participam, junto com médico e enfermeiro, da rotina de atendimento
12. A equipe de saúde bucal conhece os fluxos e procedimentos para atendimento do evento agudo odontológico
13. Todos os profissionais estão capacitados para o atendimento de urgência em saúde mental
14. Todos os profissionais estão capacitados para o atendimento à grande urgência e apropriados quanto ao conjunto de procedimentos coordenados para o primeiro atendimento e transferência do usuário

**AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO****Conforme****Não conforme**

15. O atendimento ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso e não por ordem de chegada
16. Existe um protocolo de classificação de risco disponibilizado e acessível
17. Existe glicosímetro disponibilizado e acessível
18. Existe oxímetro disponibilizado e acessível
19. Existe termômetro auricular ou digital disponibilizado e acessível
20. Existe estetoscópio disponibilizado e acessível
21. Existe esfigmomanômetro disponibilizado e acessível
22. Existe formulário para preenchimento da classificação de risco

ATENDIMENTO À ROTINA DA DEMANDA ESPONTÂNEA POR EVENTO AGUDO	Conforme	Não conforme
---	----------	--------------

23.O atendimento acontece de maneira contínua, com disponibilidade maior de vagas nos horários de pico e vagas intercaladas nos outros períodos

24.O atendimento é vinculado à equipe do usuário durante todos os períodos de presença na unidade, sendo organizadas equipes de referência para os períodos de ausência

25.O médico, enfermeiro e técnico de enfermagem organizam juntos o atendimento à demanda espontânea do dia, dividindo as tarefas, mas atuando de maneira coordenada e integrada

26.A carteira de serviços da unidade inclui a realização de pequenos procedimentos terapêuticos como terapia inalatória, tratamento de crises hipertensivas, curativos para trauma e outros, de maneira a aumentar a resolutividade do atendimento

27.São aplicados critérios de evento sentinela para identificação de usuários com agudização de condição crônica e ainda sem acompanhamento longitudinal pela equipe

ATENDIMENTO À URGÊNCIA MAIOR OU EMERGÊNCIA	Conforme	Não conforme
--	----------	--------------

28.Existe procedimento de “resposta rápida” pactuado junto às equipes, com definição dos profissionais responsáveis para cada tarefa, local e fluxos de atendimento e tempos de atendimento padrão

29.O local de atendimento da emergência dispõe de espaço adequado, mobiliário apropriado para manobras de ressuscitação, equipamentos necessários ao atendimento como:

Caixa de emergência	01 unidade
Glicosímetro	01 unidade
Oxímetro de pulso	01 unidade
Cilindro para oxigênio medicinal 1m3 (7 litros)	01 unidade
Umidificador com extensão de látex	01 unidade
Fluxômetro	01 unidade
Sistema bolsa-máscara auto-inflável adulto com máscara transparente (AMBU)	01 unidade
Sistema bolsa-máscara auto-inflável pediátrico com máscara transparente (AMBU)	01 unidade
Tube de silicone para oxigênio medicinal, 2 metros	01 unidade
Umidificador de 250 ml para oxigênio medicinal	01 unidade
Válvula reguladora com fluxômetro para cilindro de oxigênio medicinal	01 unidade
Aparelho para nebulização	01 unidade

30.Dispõe de caixa de emergência, organizada com todos os equipamentos, insumos e medicamentos necessário para as situações de urgência, em local de fácil acesso, com profissional responsável pela sua manutenção e disponibilização no momento do atendimento

31.A caixa de emergência dispõe dos equipamentos/dispositivos de manejo de vias aéreas:	
Cânula de Guedel nº 0	01 unidade
Cânula de Guedel nº 1	01 unidade
Cânula de Guedel nº 2	01 unidade
Cânula de Guedel nº 3	01 unidade
Cânula de Guedel nº 4	01 unidade
Cânula de Guedel nº 5	01 unidade
Cateter nasal tipo óculos para oxigênio medicinal	01 unidade
32.A caixa de emergência dispõe dos equipamentos/dispositivos – acesso venoso	
Agulha descartável 13x4,5	05 unidades
Agulha descartável 25x7	05 unidades
Agulha descartável 40x12	05 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14G	02 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20G	02 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22G	02 unidades
Equipo macrogotas para soro	02 unidades
Equipo multivias com 02 vias (PolifixR)	02 unidades
Scalp de infusão intravenosa 21G	02 unidades
Scalp de infusão intravenosa 25G	02 unidades
Seringa descartável de 1 ml sem agulha	01 unidade
Seringa descartável de 10 ml sem agulha	03 unidades
Seringa descartável de 20 ml sem agulha	01 unidades
Seringa descartável de 5 ml sem agulha	03 unidades
33.A caixa de emergência dispõe dos materiais médico-hospitalares	
Garrote para punção venosa periférica	01 unidade
Gaze estéril (pacote com 05 folhas)	03 unidades
Luva cirúrgica NO. 7,0	01 unidade
Luva cirúrgica NO. 7,5	01 unidade
Luva cirúrgica NO. 8,0	01 unidade
Luvras de procedimentos tamanho M	20 unidades
Máscara cirúrgica	02 unidades
Rolo de esparadrapo comum	01 unidade
Sonda nasogástrica adulto 16F	01 unidade
Tesoura estéril	01 unidade
34.A caixa de emergência dispõe dos medicamentos com dosagem, apresentação e quantidades para o atendimento:	
Ácido acetilsalicílico 100mg, comprimido	04 comprimidos
Água destilada injetável, ampola 10 mL	10 ampolas

Atropina sulfato injetável 0,25mg/mL, ampola 1mL	04 ampolas
Captopril 25mg, comprimido	04 comprimidos
Carvão vegetal ativado 250mg, comprimido	04 comprimidos
Clonidina 0,150mg, comprimido	04 comprimidos
Clorpromazina injetável 5mg/mL, ampola 5mL	05 ampolas
Dexametasona injetável 10mg/2,5mL, ampola 2,5mL	02 ampolas
Diazepam injetável 5mg/mL, ampola 2mL	02 ampolas
Dinitrato de isossorbida 5 mg, comprimido sublingual	04 comprimidos
Epinefrina injetável 1:1000, ampola 1mL	05 ampolas
Fenitoína injetável 50mg/mL, ampola 5mL	04 ampolas
Fenoterol bromidato (gotas) 5mg/ml, frasco 20ml	01 frasco
Furosemida injetável 10mg/mL, ampola 2mL	03 ampolas
Glicose hipertônica injetável 50%, ampola 10mL	05 ampolas
Haloperidol injetável 5mg/mL, ampola 1mL	05 ampolas
Hidrocortisona injetável (pó) 100 mg, frasco	01 frasco
Hidrocortisona injetável (pó) 500mg, frasco	01 frasco
Ipratrópio brometo (gotas) 0,25mg/mL, frasco 20mL	01 frasco
Prometazina injetável 25mg/mL, ampola 2mL	03 ampolas
Soro Fisiológico injetável 0,9%, frasco 500mL	01 frasco
Soro Glicosado injetável 5%, frasco 500mL	01 frasco
Terbutalina injetável 0,5mg/mL, ampola 2mL	01 ampola
35.Existe pactuação na rede de urgência para a transferência de usuários críticos, com protocolos comuns e serviços de referência no território e essa informação é de conhecimento de toda a equipe	
36.Os procedimentos para contato com a central de regulação e acionamento do transporte de urgência são conhecidos por todos e facilmente disponíveis na unidade	
37.Existem formulários e procedimentos padronizados para o encaminhamento do usuário e contato com o serviço de urgência	
38.Possui formulário e POP para encaminhamento responsável com confirmação telefônica.	
39.A equipe realiza monitoramento do atendimento no serviço de urgência/ internação, até o momento da alta, de maneira a prover a continuidade do cuidado	

## MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE PROCESSO DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

GERENCIAMENTO DE PROCESSO							
Título: Atenção aos eventos agudos				Revisão: 01		Data:	
O QUE	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO DO PROCESSO	PONTO DE ATENÇÃO APLICÁVEL		SISTEMA GERENCIAL		INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA
			ONDE	QUANDO	QUEM		
Acolhimento	Receber bem o cidadão, identificar o problema que o levou a procurar a unidade e encaminhar corretamente	Atendimento de acordo com critérios clínicos estabelecidos em protocolo de classificação de risco, no ponto certo, no tempo certo de forma segura, ética, e com qualidade.	UBS	Recepção	Assim que a pessoa usuária chegar a UBS	Administrativo	
Classificar o risco	Diminuir o risco de mortes evitáveis e priorizar o atendimento de acordo com critérios clínicos no tempo adequado e não por ordem de chegada. Obrigatoriedade de encaminhamento responsável com garantia de acesso à rede de atenção.		UBS	Consultório da Enfermeira	Assim que for encaminhado pela recepção	Enfermeiro	Caderno de Atenção Básica No 28/MS
Realizar assistência	Prestar a assistência com priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos no local		UBS	Consultório Médico	Assim que for encaminhado pela enfermeira	Médico	
Realizar observação	Realizar supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 8 horas.		UBS	Sala de Observação	Nas horas seguintes ao atendimento	Médico Enfermeiro	
Realizar transferência	Transferência de um paciente de uma unidade de saúde para outro ponto de atenção de acordo com a classificação de risco, podendo ser interna ou externa de forma segura.		UPA Hospital			Enfermeiro	
Realizar alta na condição de demanda espontânea	Organizar o processo da alta responsável do cidadão fornecida pelos profissionais de saúde de forma orientada e integrada, priorizando sempre o conceito de redes de atenção à saúde.		UPA Hospital		Após resolvida a demanda do cidadão	Médico	

## CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

<b>SITUAÇÃO NÃO AGUDA</b>	<p><b>Condutas possíveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.</li><li>• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).</li><li>• Agendamento/programação de intervenções.</li><li>• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.</li></ul>
<b>SITUAÇÃO AGUDA OU CRÔNICAS AGUDIZADA</b>	<p><b>Condutas possíveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Atendimento imediato</b> (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.</li><li>• <b>Atendimento prioritário</b> (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influência na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.</li><li>• <b>Atendimento no dia</b> (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.</li></ul>

## FICHA DE ATENDIMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO\*

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Sexo: ( ) F ( ) M Idade:

Data: Hora de Chegada:

Queixa Principal:

Fluxograma:

Glicemia: Pulso: Ritmo: Sat O2:

Temperatura: PA: Escala da Dor:

Escala de Glasgow:

Classificação  
final:

( ) Vermelho

( ) Amarelo

( ) Verde

(Azul)

Registro de Informações do atendimento e condutas do classificador:

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

## TEXTO DE APOIO

### MATERIAIS E PROCEDIMENTOS PARA ASSISTÊNCIA À URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>1</sup>

A organização do sistema de saúde brasileiro coloca a Atenção Primária à Saúde (APS) no centro da rede assistencial, sendo esta responsável por realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças, e ainda reabilitação dos usuários para a manutenção da saúde. A APS deve ser compreendida entre os usuários como o contato primeiro e preferencial para o acolhimento de suas necessidades, visto que a Atenção Primária é a porta de entrada para a rede assistencial de saúde, desempenhando suas funções com base nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), eixo principal da APS, é responsável pelo acolhimento de todos os usuários e suas necessidades, inclusive as urgências. É desse elemento da rede de assistência que deverão partir todos os outros componentes, como a atenção especializada e as internações, entre outros, assegurando a integralidade da atenção. A situação de emergência no âmbito da atenção à saúde pode ser compreendida como a ocorrência imprevista, que proporciona agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte; o usuário necessita de assistência à saúde imediata, e o tempo em que deve ser realizado o atendimento pode ser denominado “hora de ouro”, em virtude da sua importância para a cura, reabilitação ou morte do paciente.

Mas, como apenas a realização do atendimento é incapaz de contribuir para a melhora do paciente durante a “hora de ouro”, essa assistência precisa ser bem-sucedida, a fim de garantir a melhor evolução possível do paciente (DEBORAH et al, 2015).

Instituições hospitalares ou prontos atendimentos de urgência e emergência são equipados com carrinhos de emergência, que são armários que contêm medicamentos e equipamentos que serão usados quando ocorre uma parada cardiopulmonar (PCR). Que significa parada das atividades da respiração e circulação. A reanimação dessas atividades é crucial para devolver a oxigenação tissular a fim de evitar anoxia e possíveis danos irreversíveis ao ser humano.

O Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, tem desenvolvido ações para melhorar o atendimento das urgências e emergências no país. Essas melhorias têm ocorrido

1. Texto elaborado por André Augusto Jardim Júnior, médico cardiologista e Coordenador da Saúde do Idoso/SMS Uberlândia MG

através da criação de mecanismos, tentando adequar às redes nas capacitações de recursos humanos e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

Na APS, devem desenvolver o acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade em todos os municípios brasileiros. É importante que a atenção, ofereça acolhimento dos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição (ELENICE, 2014. Portaria 2048/GM de 2002).

É preconizado que o atendimento de urgência seja realizado em qualquer nível de atenção à saúde, inclusive na APS, embora os profissionais desse nível de atenção não se reconheçam como responsáveis por esse tipo de assistência e, ao se depararem com situações de urgência, utilizem apenas o encaminhamento do usuário. Acerca desse aspecto, a Política Nacional de Atendimento à Urgência considera que o atendimento às urgências deve ser iniciado em qualquer nível de complexidade ou gravidade, visando desconcentrar a atenção a este tipo de atendimento exclusivamente nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Ademais, a APS deve ser efetivada como o contato preferencial dos usuários, constituindo a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde. As Unidades Básicas de Saúde são classificadas na modalidade pré-hospitalar fixa, devendo ser capacitadas para promover uma assistência qualificada e especializada para atendimento e encaminhamento às unidades adequadas (DEBORAH, 2015).

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

### Caixa de Emergência

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

## Medicamentos, dispositivos e materiais da caixa de emergência

Medicamentos, Dosagem, Apresentação	Quantidade	Indicação
Ácido acetilsalicílico 100mg, comprimido	04 comprimidos	SCA
Água destilada injetável, ampola 10 mL	10 ampolas	
Atropina sulfato injetável 0,25mg/mL, ampola 1mL	04 ampolas	IA; CQ
Captopril 25mg, comprimido	04 comprimidos	CH
Carvão vegetal ativado 250mg, comprimido	04 comprimidos	IA
Clonidina 0,150mg, comprimido	04 comprimidos	CH
Clorpromazina injetável 5mg/mL, ampola 5mL	05 ampolas	AP
Dexametasona injetável 10mg/2,5mL, ampola 2,5mL	02 ampolas	RA
Diazepam injetável 5mg/mL, ampola 2mL	02 ampolas	CE
Dinitrato de isossorbida 5 mg, comprimido sublingual	04 comprimidos	SCA, CH
Epinefrina injetável 1:1000, ampola 1mL	05 ampolas	AG; IRA; CQ; PCR; RA
Fenitoína injetável 50mg/mL, ampola 5mL	04 ampolas	CE
Fenoterol bromidato (gotas) 5mg/ml, frasco 20ml	01 frasco	AG
Furosemida injetável 10mg/mL, ampola 2mL	03 ampolas	CH
Glicose hipertônica injetável 50%, ampola 10mL	05 ampolas	HG
Haloperidol injetável 5mg/mL, ampola 1mL	05 ampolas	AP
Hidrocortisona injetável (pó) 100 mg, frasco	01 frasco	AG; RA
Hidrocortisona injetável (pó) 500mg, frasco	01 frasco	AG; RA
Ipratrópio brometo (gotas) 0,25mg/mL, frasco 20mL	01 frasco	AG
Prometazina injetável 25mg/mL, ampola 2mL	03 ampolas	AP; RA
Soro Fisiológico injetável 0,9%, frasco 500mL	01 frasco	DG; CQ; PCR
Soro Glicosado injetável 5%, frasco 500mL	01 frasco	DG; CQ; PCR
Terbutalina injetável 0,5mg/mL, ampola 2mL	01 ampola	AG

AG: Asma Grave (exacerbação); AP: Agitação Psicomotora; CE: Crise Epiléptica; CH: Crise Hipertensiva Adulto (urgência/emergência); CQ: Choque Circulatório; DG: Desidratação Grave Plano C (fase de expansão rápida); HG: Hipoglicemia Grave; IA: Intoxicação Aguda; IRA: Insuficiência Respiratória aguda; PCR: Parada Cardiorrespiratória; RA: Reação Anafilática; SCA: Síndrome Coronariana Aguda (Adaptado de MS, 2013).

Equipamentos/Dispositivos		
Manejo de vias aéreas	Quantidade	Indicação
Cânula de Guedel nº 0	01 unidade	AG; CQ; IRA; RA
Cânula de Guedel nº 1	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Cânula de Guedel nº 2	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Cânula de Guedel nº 3	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Cânula de Guedel nº 4	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Cânula de Guedel nº 5	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Cateter nasal tipo óculos para oxigênio medicinal	01 unidade	AG; CQ; IRA; RA
Cilindro para oxigênio medicinal 1m3 (7litros)	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Sistema bolsa-máscara auto-inflável adulto com máscara transparente (AMBU);	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Sistema bolsa-máscara auto-inflável pediátrico com máscara transparente (AMBU);	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Tubo de silicone para oxigênio medicinal, 2 metros	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Umidificador de 250 ml para oxigênio medicinal	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA
Válvula reguladora com fluxômetro para cilindro de oxigênio medicinal	01 unidade	AG; CQ; PCR; RA

AG: Asma Grave (exacerbação); CQ: Choque Circulatório; IRA: Insuficiência Respiratória aguda; PCR: Parada Cardiorrespiratória; RA: Reação Anafilática (Adaptado de MS, 2013).

Equipamentos/Dispositivos	
Acesso venoso	Quantidade
Agulha descartável 13x4,5	05 unidades
Agulha descartável 25x7	05 unidades
Agulha descartável 40x12	05 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14G	02 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20G	02 unidades
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22G	02 unidades
Equipo macrogotas para soro	02 unidades
Equipo multivias com 02 vias (PolifixR)	0 2unidades
Scalp de infusão intravenosa 21G	02 unidades
Scalp de infusão intravenosa 25G	02 unidades
Seringa descartável de 1 ml sem agulha	01 unidade
Seringa descartável de 10 ml sem agulha	03 unidades
Seringa descartável de 20 ml sem agulha	01 unidades
Seringa descartável de 5 ml sem agulha	03 unidades

<b>Material Procedimentos</b>	<b>Quantidade</b>
Garrote para punção venosa periférica	01 unidade
Gaze estéril (pacote com 05 folhas)	03 unidades
Luva cirúrgica N0. 7,0	01 unidade
Luva cirúrgica N0. 7,5	01 unidade
Luva cirúrgica N0. 8,0	01 unidade
Luvas de procedimentos tamanho M	20 unidades
Maleta tipo ferramentas de 16" com alça para carregar	01 unidade
Máscara cirúrgica	02 unidades
Rolo de esparadrapo comum	01 unidade
Sonda nasogástrica adulto 16F*	01 unidade
Tesoura estéril	01 unidade

\*Indicação Intoxicação Aguda - IA

### **Equipamentos que devem ser mantidos próximos a caixa de emergência**

<b>Equipamentos</b>	<b>Quantidade</b>
Ambú adulto com máscara	01 unidade
Ambú infantil com máscara	01 unidade

### **Equipamentos necessários ao atendimento**

Glicosímetro	01 unidade
Oxímetro de pulso	01 unidade
Aparelho para nebulização	01 unidade
Cilindro de O2	01 unidade
Umidificador com extensão de látex	01 unidade
Fluxômetro	01 unidade

## Procedimentos Padronizados para Gestão da Medicação da Caixa de Emergência (Medicação de Alto Vigilância)

- Garantir que a maleta esteja sempre completa, em local único, com todos os materiais necessários, ao atendimento de urgência ou emergência e de fácil acesso a todos os profissionais em local seguro e protegido da luz solar;
- Manter a Caixa de Emergência junto aos Ambús;
- Identificar a Caixa de Emergência;
- No interior da Caixa de Emergência: Identificar com etiquetas nome da medicação, lote e validade;
- Identificar as medicações de alto alerta com adesivo na cor laranja, conforme listagem previamente definida;
- Identificar as medicações psicotrópicas com adesivo na cor verde, conforme listagem previamente definida;
- Manter junto à Caixa o Formulário "Check List de Materiais e Medicamentos de Urgência e Emergência nas Unidades" que possui controle de estoque das medicações registrando toda saída de medicação e número do lacre;
- Conferir data de validade toda 1º quinta-feira de cada mês;
- Limpar a caixa com álcool 70% e pano limpo toda 1º quinta-feira de cada mês;
- Sinalizar as medicações com 90 dias de antecedência ao vencimento, identificando com adesivos na cor vermelha;
- Encaminhar a medicação não utilizada 60 dias antes do vencimento para a Assistência Farmacêutica;
- Solicitar reposição de medicação, sempre que necessário ou próximo do vencimento, para Assistência Farmacêutica (CAF);
- A cada abertura da caixa registrar o número do lacre;
- Todos os materiais e medicamentos deverão ser conferidos e repostos logo após a utilização;
- Medicamentos: observar validade, lote e quantidade;
- O enfermeiro responsável deverá comunicar (via e-mail, memorando, etc.) ao farmacêutico de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, validade e quantidades a vencer nos próximos 3 meses. Aguardar avaliação para efetuar a reposição.

O controle, da maleta de emergência, e outros materiais, assim como a permanência dos mesmos em local único e de fácil acesso aos profissionais de enfermagem e médicos, é uma atividade essencial para o sucesso no atendimento de possíveis situações de urgência e possivelmente uma emergência na UBS.

Embora as equipes de saúde da família, estejam sempre trabalhando em números reduzidos de profissionais, esta é uma atividade de extrema necessidade e que pode garantir uma maior agilidade e eficiência no atendimento ao usuário. O registro do controle do material deve ser realizado na própria ficha, contendo os materiais e medicamentos da maleta e entregue para a coordenação da UBS (ELENICE, 2014).

## REFERÊNCIAS

Deborah Curvelo de Farias et al. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. Revista brasileira de educação médica 39 (1): 79-87; 2015

Elenice Loch de Oliveira. Recomendações para o controle e reposição dos medicamentos e materiais de emergência para um centro de saúde do sul do Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

Cadernos de Atenção Básica, Acolhimento a Demanda Espontânea, Volume I e Volume II, Ministério da Saúde, 2013.

---

## CHECKLIST MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS E MATERIAIS PARA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

O controle, da maleta de emergência, e outros materiais, assim como a permanência dos mesmos em local único e de fácil acesso aos profissionais de enfermagem e médicos, é uma atividade essencial para o sucesso no atendimento de possíveis situações de urgência e possivelmente uma emergência na UBS.

### Orientações:

- Todos os materiais e medicamentos deverão ser conferidos e repostos logo após a utilização. Caso não sejam utilizados, deverão ser conferidos mensalmente.
- Medicamentos: observar validade, lote e quantidade.
- O enfermeiro responsável deverá comunicar (via e-mail, memorando, etc.) ao farmacêutico de referência da unidade a relação de medicamentos com o lote, validade e quantidades a vencer nos próximos 3 meses. Aguardar avaliação para efetuar a reposição.
- Q.E. = quantidade existente do material/medicamento.

MEDICAMENTOS CAIXA DE EMERGÊNCIA	Q.E.	Data: Lacre nº:		Data: Lacre nº:		Data: Lacre nº		Data: Lacre nº		Data: Lacre nº:	
		Q.E	Validade	Q.E	Validade	Q.E	Validade	Q.E	Validade	Q.E	Validade
Ácido acetilsalicílico 100mg, comprimido	04 comp.										
Água destilada injetável, ampola 10 mL	10 ampolas										
Atropina sulfato injetável 0,25mg/mL, ampola 1mL	04 ampolas										
Captopril 25mg, comprimido	04 comp.										
Carvão vegetal ativado 250mg, comprimido	04 comp.										
Clonidina 0,150mg, comprimido	04 comp.										
Clorpromazina injetável 5mg/mL, ampola 5mL	05 ampolas										
Dexametasona injetável 10mg/2,5mL, ampola 2,5mL	02 ampolas										
Diazepam injetável 5mg/mL, ampola 2mL	02 ampolas										
Dinitrato de isossorbida 5 mg, comprimido sublingual	04 comp.										
Epinefrina injetável 1:1000, ampola 1mL	05 ampolas										
Fenitoína injetável 50mg/mL, ampola 5mL	04 ampolas										
Fenoterol bromidato (gotas) 5mg/ml, frasco 20ml	01 frasco										
Furosemida injetável 10mg/mL, ampola 2mL	03 ampolas										
Glicose hipertônica injetável 50%, ampola 10mL	05 ampolas										
Haloperidol injetável 5mg/mL, ampola 1mL	05 ampolas										
Hidrocortisona injetável (pó) 100 mg, frasco	01 frasco										
Hidrocortisona injetável (pó) 500mg, frasco	01 frasco										
Ipratrópio brometo (gotas) 0,25mg/mL, frasco 20mL	01 frasco										
Prometazina injetável 25mg/mL, ampola 2mL	03 ampolas										
Soro Fisiológico injetável 0,9%, frasco 500mL	01 frasco										
Soro Glicosado injetável 5%, frasco 500mL	01 frasco										
Terbutalina injetável 0,5mg/mL, ampola 2mL	01 ampola										

DISPOSITIVOS/MATERIAI MÉDICOS HOSPITALARES CAIXA DE EMERGÊNCIA	Q.E.	Data: Lacre nº:									
		Q.E	Validade								
Cânula de Guedel nº 0	01 unidade										
Cânula de Guedel nº 1	01 unidade										
Cânula de Guedel nº 2	01 unidade										
Cânula de Guedel nº 3	01 unidade										
Cânula de Guedel nº 4	01 unidade										
Cânula de Guedel nº 5	01 unidade										
Cateter nasal tipo óculos para oxigênio medicinal	01 unidade										
Agulha descartável 13x4,5	05 unidades										
Agulha descartável 25x7	05 unidades										
Agulha descartável 40x12	05 unidades										
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 14G	02 unidades										
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20G	02 unidades										
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 22G	02 unidades										
Equipo macrogotas para soro	02 unidades										
Equipo multivias com 02 vias (PolifixR)	02 unidades										
Scalp de infusão intravenosa 21G	02 unidades										
Scalp de infusão intravenosa 25G	02 unidades										
Seringa descartável de 1 ml sem agulha	01 unidade										
Seringa descartável de 10 ml sem agulha	03 unidades										
Seringa descartável de 20 ml sem agulha	01 unidades										
Seringa descartável de 5 ml sem agulha	03 unidades										
Garrote para punção venosa periférica	01 unidade										
Gaze estéril (pacote com 05 folhas)	03 unidades										

Luva cirúrgica N0. 7,0	01 unidade										
Luva cirúrgica N0. 7,5	01 unidade										
Luva cirúrgica N0. 8,0	01 unidade										
Luvas de procedimentos tamanho M	20 unidades										
Máscara cirúrgica	02 unidades										
Rolo de esparadrapo comum	01 unidade										
Sonda nasogástrica adulto 16F	01 unidade										
Tesoura estéril	01 unidade										

EQUIPAMENTOS PRÓXIMOS A CAIXA DE EMERGÊNCIA	Q.E.	Data: Lacre nº:									
		Q.E	Validade								
Glicosímetro	01 unidade										
Oxímetro de pulso	01 unidade										
Cilindro para oxigênio medicinal 1m3 (7litros)	01 unidade										
Umificador com extensão de látex	01 unidade										
Fluxômetro	01 unidade										
Sistema bolsa-máscara auto-inflável adulto com máscara transparente (AMBU);	01 unidade										
Sistema bolsa-máscara auto-inflável pediátrico com máscara transparente (AMBU);	01 unidade										
Tubo de silicone para oxigênio medicinal, 2 metros	01 unidade										
Umificador de 250 ml para oxigênio medicinal	01 unidade										
Válvula reguladora com fluxômetro para cilindro de oxigênio medicinal	01 unidade										
Aparelho para nebulização	01 unidade										

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR, NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, TEMPERATURA E TERMOS NA ÁREA DA SAÚDE

Existem situações que para classificarmos os riscos de pessoas usuárias que buscam os serviços de saúde com queixas agudas, é necessário conhecer a intensidade da dor, verificação do nível de consciência e a temperatura. Descreveremos algumas escalas de avaliação de dor, nível de consciência e tabela de temperatura.

### ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A pessoa usuária tem que determinar a intensidade da dor no momento da avaliação inicial. Como não existem métodos práticos objetivos de medição da dor, essa informação tem de ser obtida através de escalas. A determinação da intensidade da dor é sempre subjetiva. Contudo, as escalas permitem que o profissional fique com uma ideia mais aproximada da percepção da pessoa. Existem várias escalas para a avaliação da dor:

- **Escala numérica (DGCG, 2003):** consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, significando zero ausência de dor e 10, dor máxima.



- **Escala qualitativa (DGCG, 2003):** solicita-se a pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: "Sem Dor"; "Dor Ligeira"; "Dor Moderada"; "Dor Intensa"; "Dor Máxima".

SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR INTENSA
---------	-------------	--------------	-------------	-------------

- **Escala de expressão facial (BRASIL 2013):** usada principalmente para crianças, pessoas com baixo nível de escolaridade ou com baixa capacidade cognitiva. Por meio de uma escala de expressões faciais. A pessoa escolhe a que mais a representa naquele momento, à expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima".



## ESCALA DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

A Escala de Glasgow foi criada para medir o nível de consciência após uma lesão cerebral.

A soma dos pontos da escala vai de 3 (mínimo) a 15 (máximo). Quanto menor a pontuação ao fim da avaliação, mais grave é a lesão. Esta escala é um método bastante confiável para detectar o nível de consciência de uma pessoa após acidentes.

ESCALA DE COMA GLASGOW		
Variáveis		Escore
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo	Total mínimo	Intubação
15	3	8

## TABELA DE TEMPERATURA CORPORAL

Um dos sinais vitais é a temperatura que é mantida através da produção e perda de calor pelo organismo. É sempre controlada pelo hipotálamo já que o homem é um ser homeotérmico, isto é, tem a capacidade de manter a temperatura corporal dentro de certo intervalo que já está determinado, mesmo com as variações térmicas causadas pelo meio ambiente.

DESCRIMINADOR	ADULTO	CRIANÇA
Muito quente	$\geq 41^{\circ}$	$\geq 39^{\circ}$
Quente	$39,5^{\circ} - 40,9^{\circ}$	$38,5^{\circ} - 38,9^{\circ}$
Febril (pouco quente)	$37,5^{\circ} - 38,4^{\circ}$	$37,5^{\circ} - 38,4^{\circ}$
Paciente com pele fria seriam clinicamente hipotérmico $< 35^{\circ}\text{C}$		

## DEFINIÇÃO DE TERMOS NA ÁREA DA SAÚDE PRESENTES NOS FLUXOGRAMAS DO CAB 28 V. II\*

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

<b>Hematêmese</b>	Vômito de sangue proveniente de hemorragia da mucosa gástrica, duodenal ou esofágica
<b>Hiperglicemia</b>	Glicemia > 300mg/dL
<b>Hipoglicemia</b>	Glicemia < 55mg/Dl
<b>Hipotensão</b>	É uma pressão arterial sistólica com valor inferior a 120 mmHg.
<b>Hipotermia</b>	Se a pele se apresentar fria, Temperatura < 35oC
<b>História de cefaleia</b>	Cefaleia a mais de 7 dias.
<b>História de epilepsias/Convulsão</b>	Qualquer convulsão observada ou relatada que ocorreu durante um período de doença ou após trauma. Para gravidez se convulsão 6 horas previas, pode significar eclampsia.
<b>História de Febre</b>	Febre a mais de 7 dias.
<b>Melena, Hematoquésias ou retorragias</b>	Evacuação pelo ânus de sangue negro digerido, misturado ou não com as fezes
<b>Melena, Hematoquésias ou retorragias</b>	Sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e diminuição do nível de consciência.
<b>Sinais de desidratação</b>	Língua seca, olhos fundos, turgor pastoso e, em bebês pequenos fontanela baixa. Geralmente há diminuição da diurese.
<b>Sinais de dor moderada</b>	Jovens, crianças e bebês com dor moderada não sabem se queixar. Habitualmente, choram contínua e intermitentemente e são ocasionalmente consoláveis.
<b>Sinais de dor severa</b>	Jovens, crianças e bebês com dores severas não sabem queixar. Habitualmente, choram contínua ou inconsolavelmente podendo apresentar taquicardia. Poderão exibir sinais como palidez e sudorese.
<b>Sinais neurológicos focais</b>	Perda de função limitada a uma parte específica do corpo (membro, lado, olho, etc.) ou perda de função que piora com o decorrer das horas.
<b>Sinal de abstinência</b>	Insônia, tremores, ansiedade, disforia, náusea ou vômitos, inquietação, agitação, aumento da sudorese, aumento da frequência cardíaca e outros sinais de hiperatividade do sistema nervoso autônomo.
<b>Sinal de meningismo</b>	Classificamente rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia.
<b>Taquipneia</b>	Ciclo respiratório anormalmente rápido (superior a 15 movimentos respiratórios por minuto).
<b>Tempo de preenchimento capilar</b>	O tempo de preenchimento capilar é o tempo que leva para os capilares do leito ungueal voltarem a encher após ter sido aplicada uma pressão de cinco segundos. O tempo normal é de dois segundo. Este sinal não é tão útil se o doente estiver frio.
<b>Trismo</b>	Contratura dolorosa da musculatura da mandíbula (masseteres) que dificulta a abertura da boca, que está em oclusão forçada.
<b>Vômitos</b>	É a expulsão do conteúdo gástrico pela boca. Qualquer vômito preenche este critério.
<b>Vômitos persistentes</b>	Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios.

\* Elaborado pela Facilitadora do Conass Mylena Maria Tomaz Caracas  
 FONTE: Dicionário de termos médicos e de enfermagem, 2002

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II) disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns\\_cab28v2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf) Acesso em: 11 abr 2020

Direção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registro sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG. 14/06/2003. Disponível em: <https://www.dor.com.pt/static-page/avaliacao> Acesso em: 11 abr 2020

Significado da Escala de Glasgow. Disponível em: <https://www.significados.com.br/escala-de-glasgow/>. Acesso em: 11 abr 2020

Dicionário de termos médicos e de enfermagem / organização Deocleciano Torrieri Guimarães. – 1. ed. – São Paulo: Rideel, 2002. Disponível em: [https://souenfermagem.com.br/biblioteca/termos\\_tecnicos/Dicionario\\_de\\_termos\\_medicos\\_e\\_de\\_enfermagem.pdf](https://souenfermagem.com.br/biblioteca/termos_tecnicos/Dicionario_de_termos_medicos_e_de_enfermagem.pdf) Acesso em 12 abr 2020

## POP CAIXA DE EMERGÊNCIA

Código	Data Emissão	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão
				01

**ASSUNTO:** Estabelecer procedimentos padronizados que permitam fazer a gestão dos medicamentos e materiais hospitalares da caixa de emergência (medicamentos de alta vigilância).

**OBJETIVO:** Assegurar o controle de dispensação e administração de medicamentos de alta vigilância e materiais hospitalares.

**APLICAÇÃO:** Este POP aplica-se a todos os pontos de Atenção Primária

**EXECUTANTES:** Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem

### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

1. Manter a caixa Emergencial (contém os medicamentos padronizados para o uso emergencial) junto à Caixa Organizadora de Materiais Hospitalares (contém os materiais hospitalares de uso emergencial);
2. Manter as caixas lacradas com o lacre de segurança numérico e mantê-las identificadas (Caixa Emergencial e Caixa Organizadora de Materiais Hospitalares);
3. Guardar as caixas em local seguro e protegido da luz;
4. Limpar as caixas com álcool 70% e pano limpo toda 1ª quinta-feira de cada mês de acordo com "Check List Técnicos de enfermagem";
5. No interior da Caixa Emergencial identificar com etiquetas o nome dos medicamentos e suas concentrações;
6. Identificar as medicações de alto alerta com adesivo na cor laranja conforme listagem previamente definida;
7. Identificar as medicações psicotrópicas com adesivo na cor verde conforme listagem previamente definida;
8. Manter junto à Caixa Emergencial o Formulário "Checklist medicamentos, dispositivos e materiais para urgência/emergência" que contempla o controle de estoque das medicações e dos materiais hospitalares por meio do registro e suas saídas, além do registro do número do lacre;
9. Ao final de cada mês, conferir a data de validade dos medicamentos por meio do Relatório de Vencimento, gerado pelos auxiliares de farmácia;
10. Solicitar via e-mail a troca de medicamentos com 90 dias de antecedência ao vencimento conforme descrito no Fluxograma "Troca de medicamentos próximos a vencer contidos na maleta de emergência";
11. Após abertura da maleta de emergência e da caixa organizadora de materiais hospitalares a reposição dos medicamentos e dos materiais hospitalares utilizados deverão ser realizadas;
12. O "Check List medicamentos dispositivos e materiais para urgência e emergência" deverá ser preenchido e arquivado juntamente com a receita médica contendo os medicamentos que foram utilizados da maleta de emergência e um novo lacre de segurança deverá ser colocado na maleta de emergência e na caixa organizadora de materiais hospitalares.

Elaborado por:

Revisado por:

Aprovado por:

## POP RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR<sup>2</sup>

Código	Data Emissão	Data de Vigência	Próxima Revisão	Versão
				01

**ASSUNTO:** Ressuscitação Cardiopulmonar

**OBJETIVO:** Reconhecer imediatamente a Parada Cardiorrespiratória (PCR), contatar imediatamente o Sistema de Emergência, Realizar de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade.

**APLICAÇÃO:** Este POP aplica-se a todos os pontos de Atenção Primária

**EXECUTANTES:** Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem

### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

1. Avalie a responsividade da vítima: chame a vítima e toque-a pelo ombro. Se a vítima não responder o profissional 1 aciona imediatamente o Serviço Móvel de Urgência e o profissional 2 checa o pulso carotídeo e a respiração;
2. Chame ajuda: acione o Serviço Móvel de Urgência (COBOM, SAMU outros).
3. Cheque respiração e pulso: cheque o pulso carotídeo e a respiração, observando se há elevação do tórax e se há pulso.
  - Se a vítima não respira, ou apresenta gasping com pulso carotídeo AUSENTE: inicie RCP (iniciar a RCP se houver dúvida quanto a presença de pulso);
  - Se a vítima não respira ou apresenta gasping com pulso carotídeo PRESENTE: aplique ventilação com dispositivo Bolsa-Valva-Máscara com reserva de oxigênio adicional (Ambú®) numa frequência de 10 a 12 vezes por minuto com checagem do pulso a cada dois minutos ou quando necessário. Se não houver pulso ou houver dúvidas, providencie RCP;
  - Inicie a sequência de Suporte Básico de Vida do Adulto através do método mnemônico simplificado: "C-A-B", onde "C" corresponde a compressões (30 compressões), "A" corresponde a abertura das vias aéreas e "B" corresponde à boa ventilação (duas ventilações a cada 30 compressões);

### Para realização das compressões torácicas (Figura 01):

Posicionar a vítima em decúbito dorsal em superfície rígida. Mãos entrelaçadas, deprimir o tórax em pelo menos 5 cm (sem exceder 6 cm) e permitir o completo retorno entre as compressões, manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min, alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos e minimizar as interrupções das compressões.



Figura 01 – Posicionamento adequado das mãos para realização das compressões torácicas.  
Fonte: Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019

<sup>2</sup> Elaborado por André Augusto Jardim Júnior, médico cardiologista e Coordenador da Saúde do Idoso/SMS Uberlândia MG

### Para realização das ventilações (Figuras 02, 03 e 04):

- Verifique a permeabilidade das vias aéreas;
- Realize manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo ou manobra de elevação do ângulo da mandíbula;
- Inserção de cânula orofaríngea se necessário (Guedel®);
- Verificar e retirar prótese dentária;
- Realize duas ventilações a cada 30 compressões fornecendo ar suficiente para promover a elevação do tórax utilizando o dispositivo de Bolsa-Valva-Máscara (Ambú®) conectado à fonte complementar de oxigênio (cilindro de oxigênio medicinal).



Figura 02 – Manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo.

Fonte: Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019



Figura 03 – Manobra de elevação do ângulo da mandíbula.  
Fonte: Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019



Figura 04 – Ventilação com utilização de dispositivo de bolsa-válvula-máscara.  
Fonte: Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019

- **Manter a RCP e avaliação do pulso a cada 2 minutos:** a chegada do socorro móvel ou a vítima apresentar sinais de recuperação da circulação espontânea (movimentos respiratórios, tosse, movimentos).
- **Cuidados pós-RCP:** Otimizar a ventilação e oxigenação, manter a permeabilidade da via aérea, manter SpO<sub>2</sub> > 94%, manter ventilação 10 a 12 insuflações/minuto se apnéia ou gasping, avaliar sinais vitais, avaliar e controlar glicemia, monitorar e providenciar RCP se nova PCR, preparar o paciente para remoção pelo Serviço Móvel de Urgência.
- **Registrar:** Registre em prontuário da vítima procedimentos realizados, hipótese diagnóstica para o evento e evolução/encaminhamento da vítima.

### Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 1. Emergências Clínicas. 2. Emergências Traumáticas. 3. Emergências Pediátricas. 4. Emergências Obstétricas. 5. Procedimentos. 6. Protocolos Especiais

Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Piscopo A et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663

Elaborado por:  
André Augusto Jardim  
Júnior

Revisado por:

Aprovado por:





## ANOTAÇÕES

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



