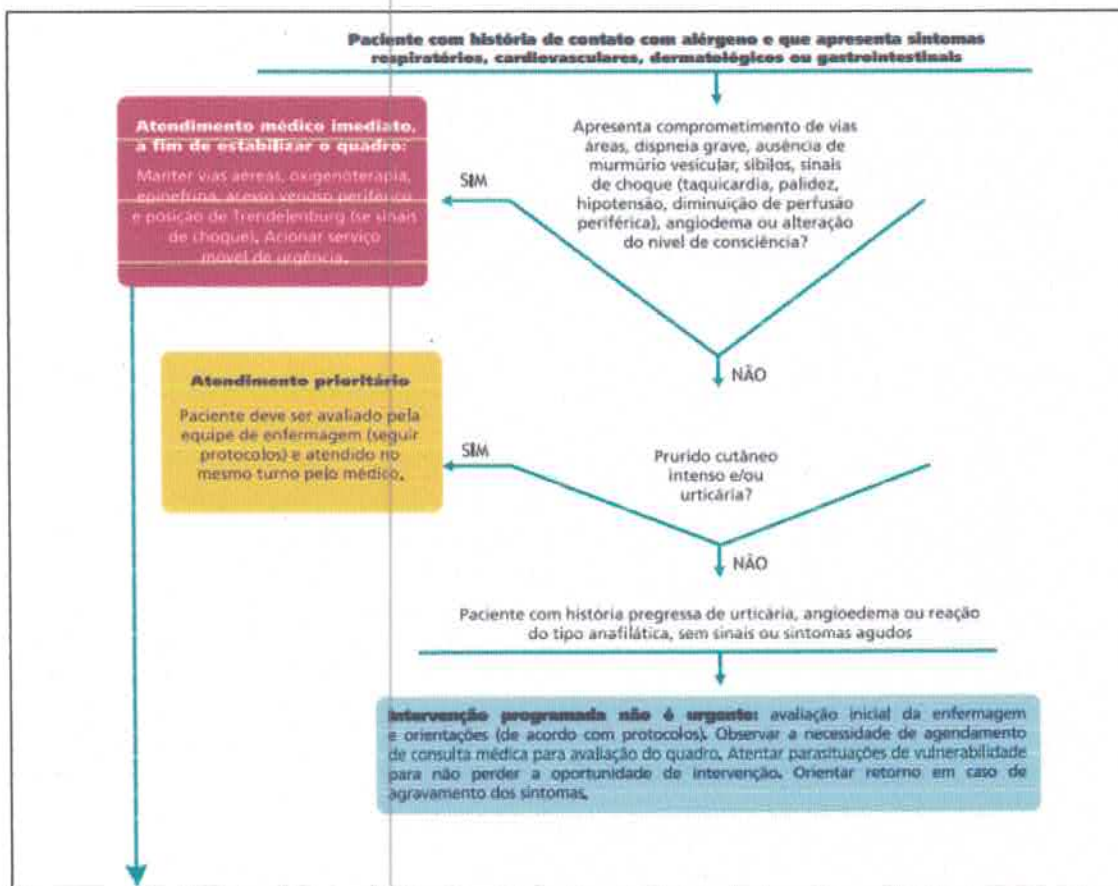


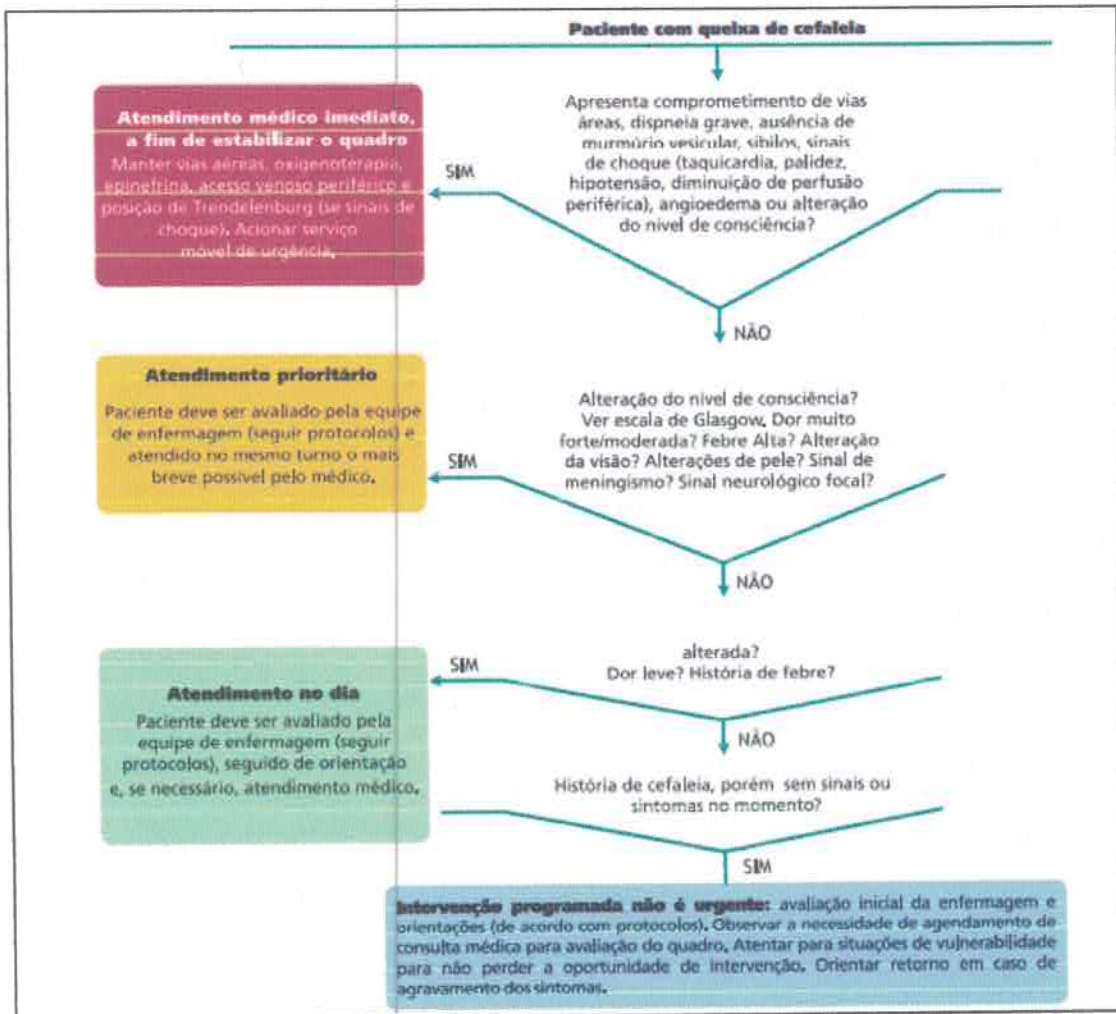
1.3.4. QUEIXAS COMUNS NO ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E URGÊNCIAS/EMERGÊNCIA

Fluxograma de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade aos casos de reação anafilática



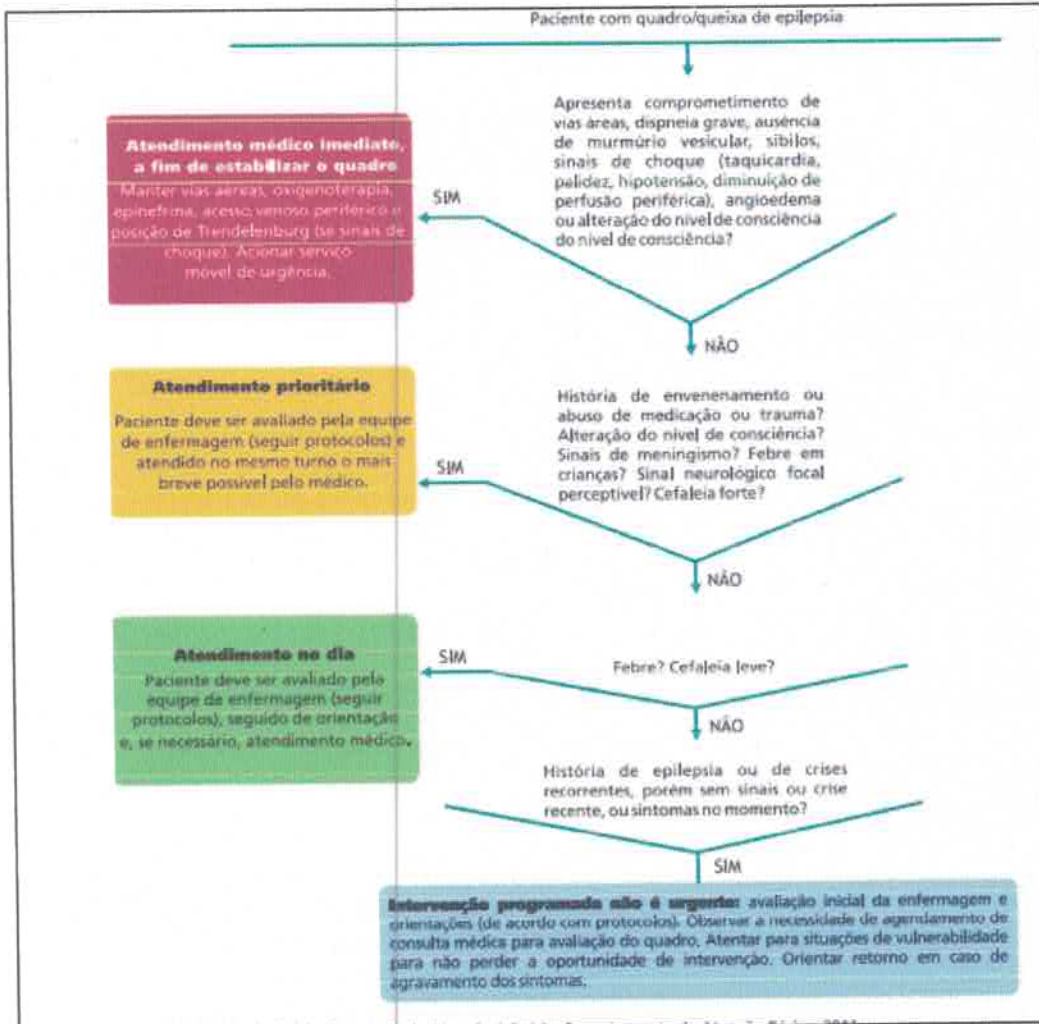
CEFALEIA

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram o atendimento devido a quadro de cefaleia



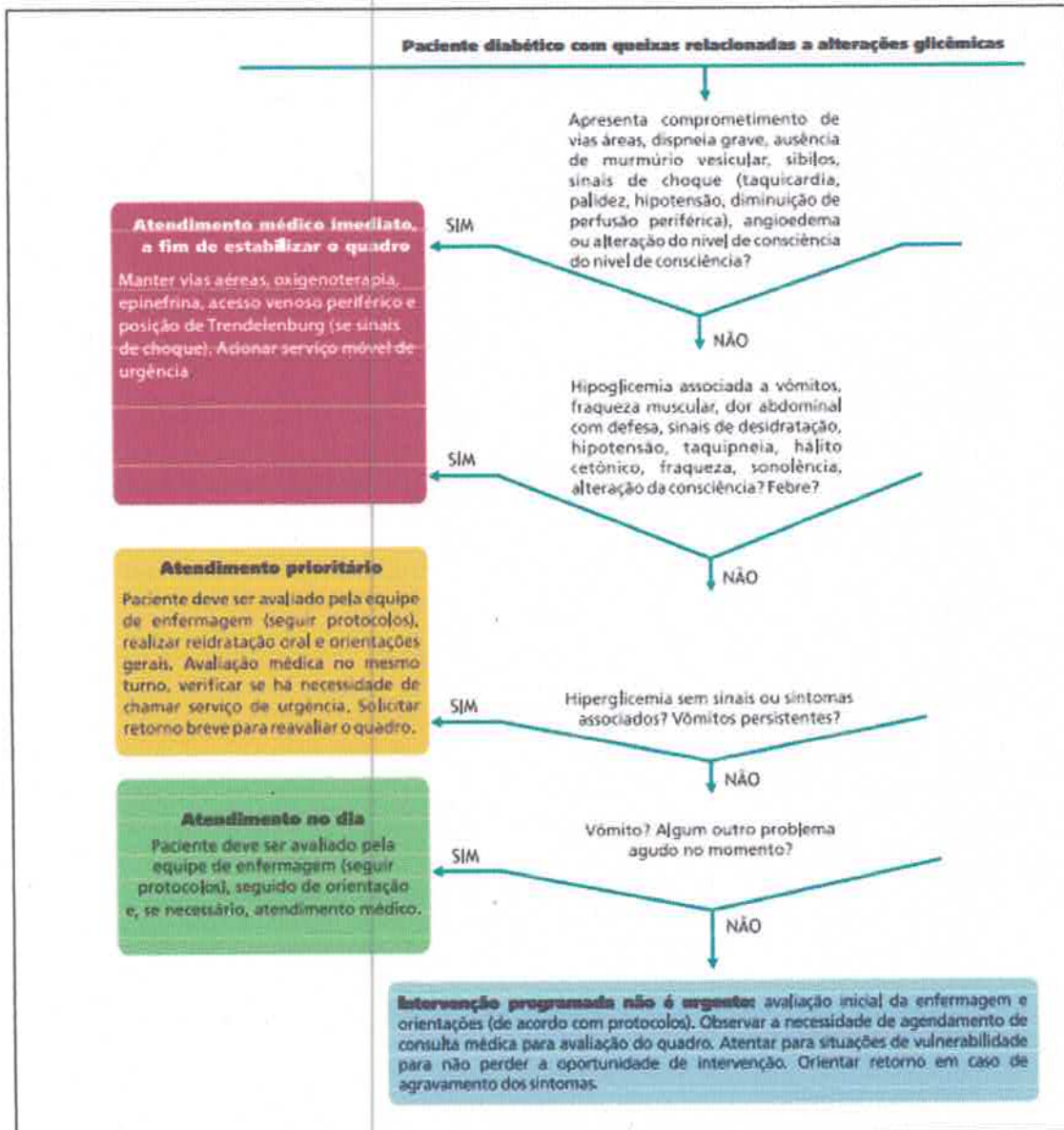
CRISE EPILÉPTICA E EPILEPSIA

Fluxograma e algoritmo que abordam o atendimento com classificação de risco/ vulnerabilidade do paciente com epilepsia ou em crise



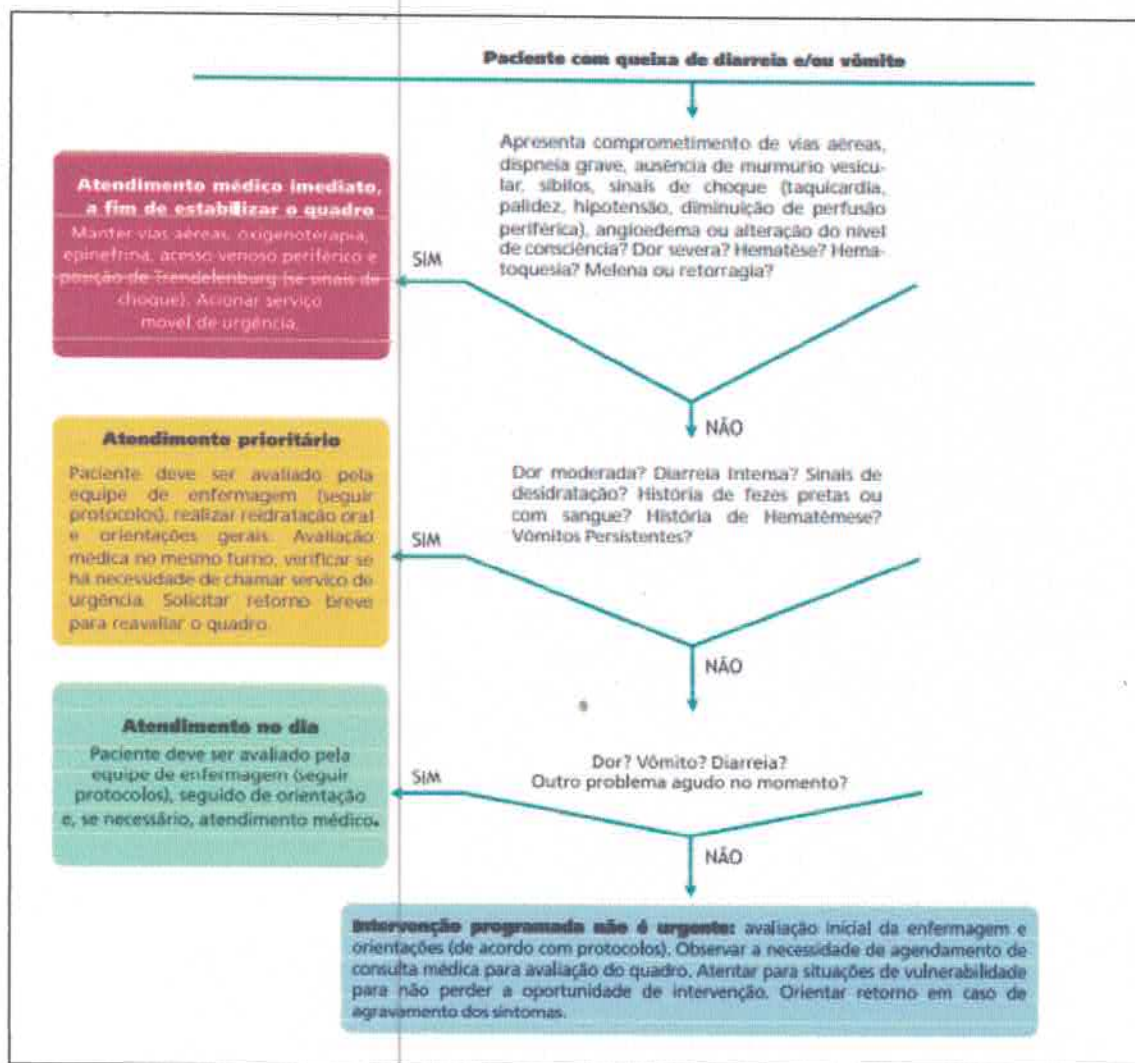
HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea



DIARREIA E VÔMITO

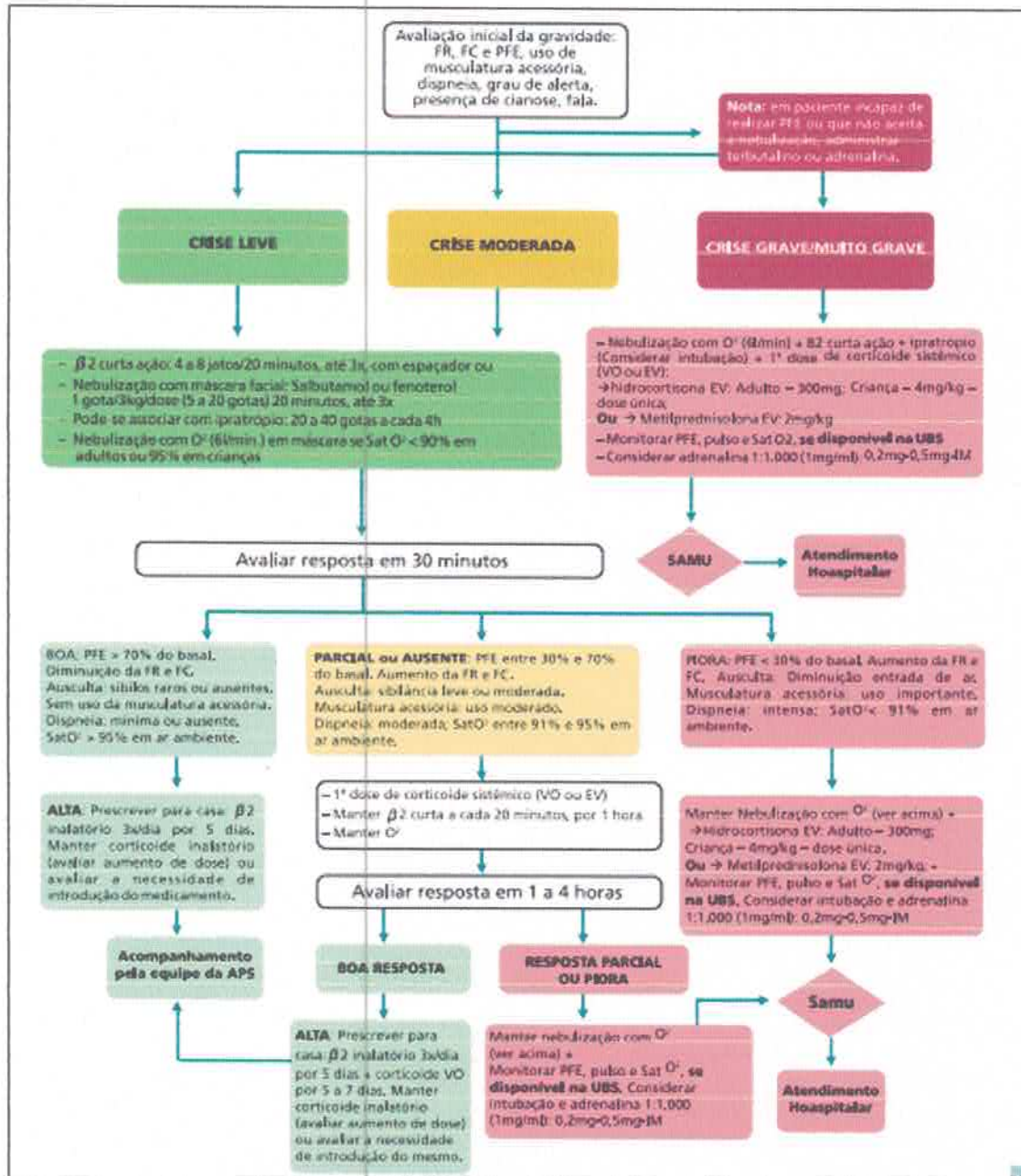
Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento por queixa de diarreia e/ou vômito



[Handwritten signatures and initials]

DISPNEIA

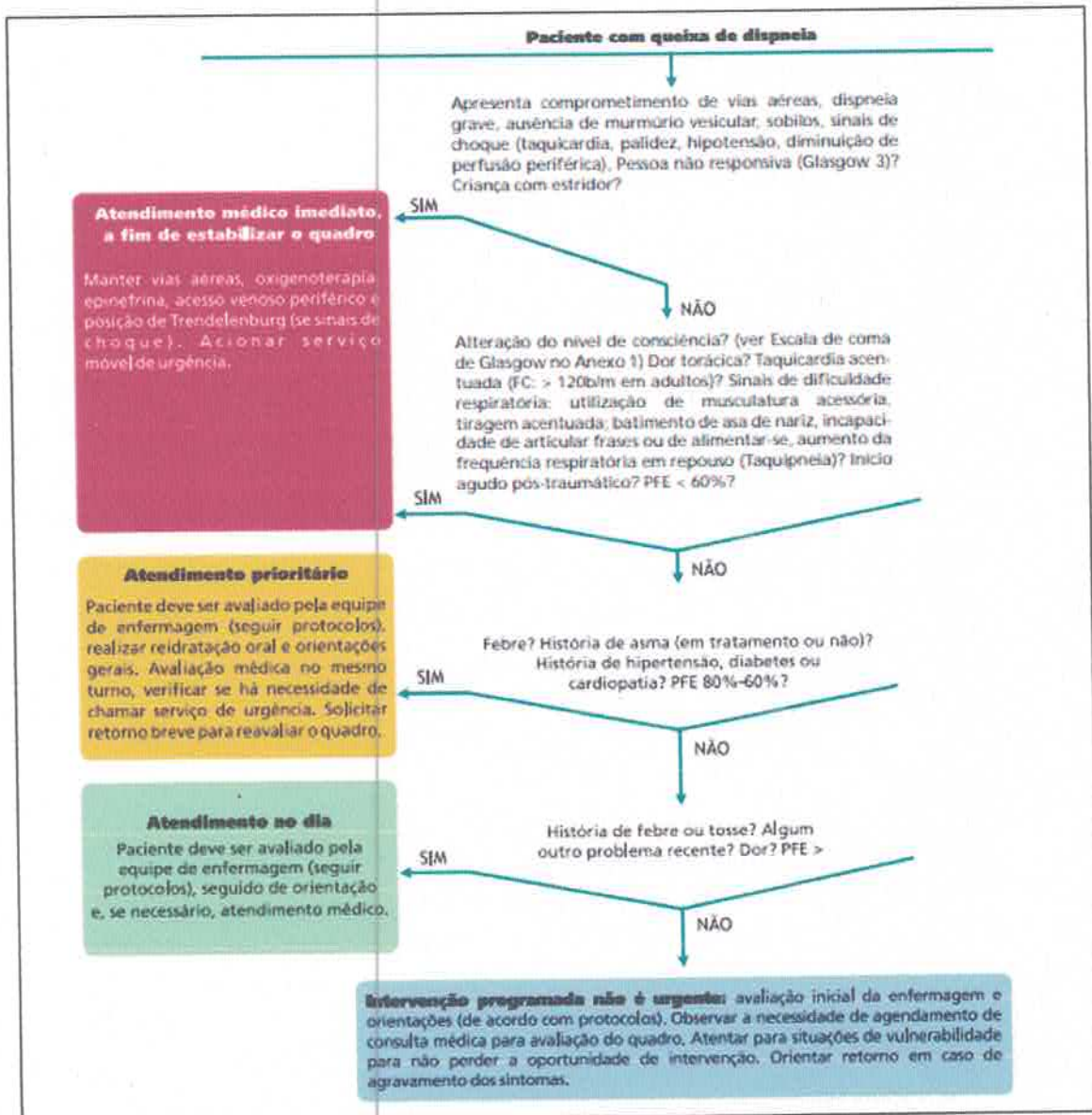
Algoritmo 1: Manejo da exacerbação da asma



Handwritten signatures and initials in blue ink.

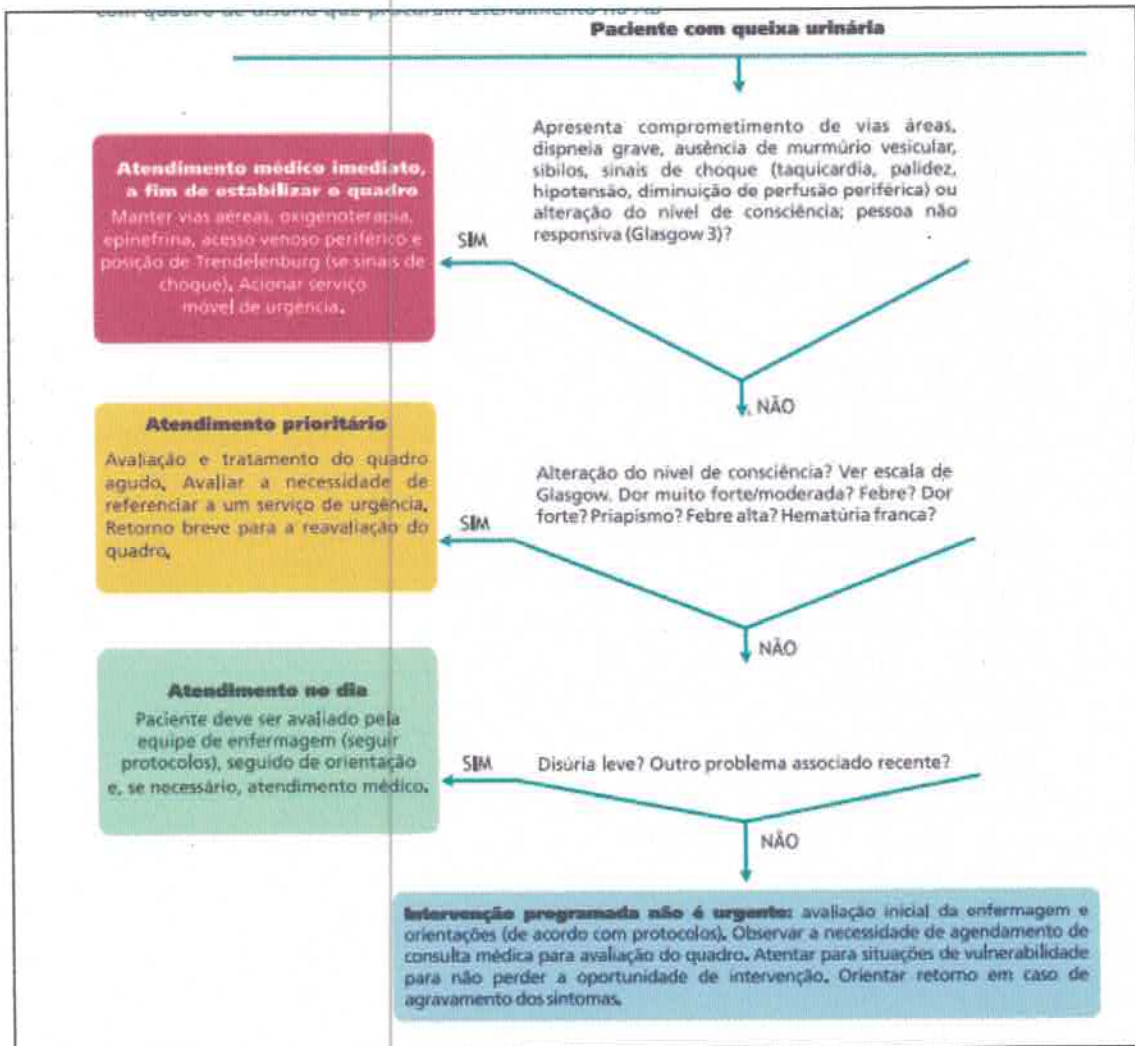
DISPNEIA

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido à queixa de dispneia



DISÚRIA

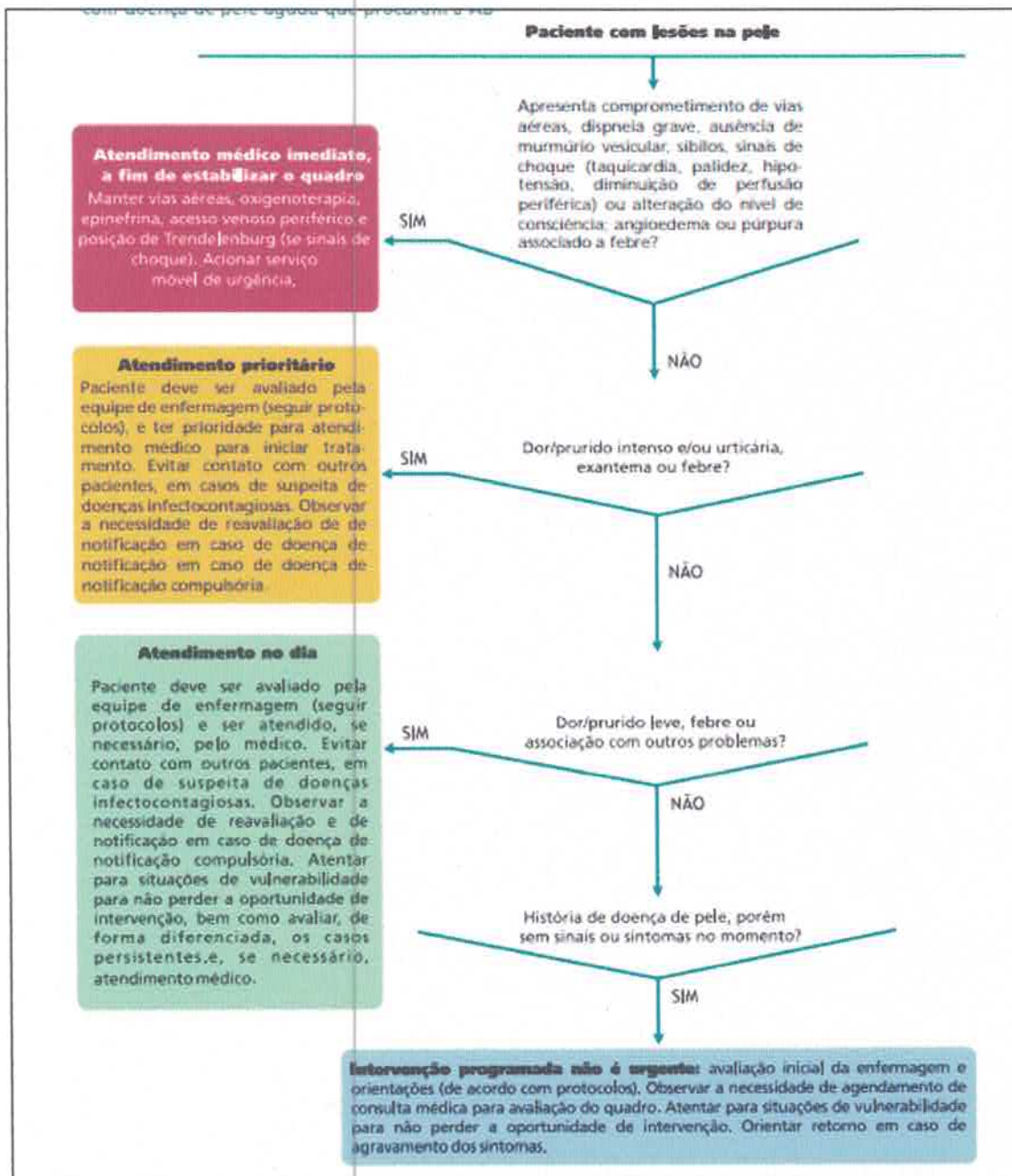
Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na AB



[Handwritten signatures and initials]

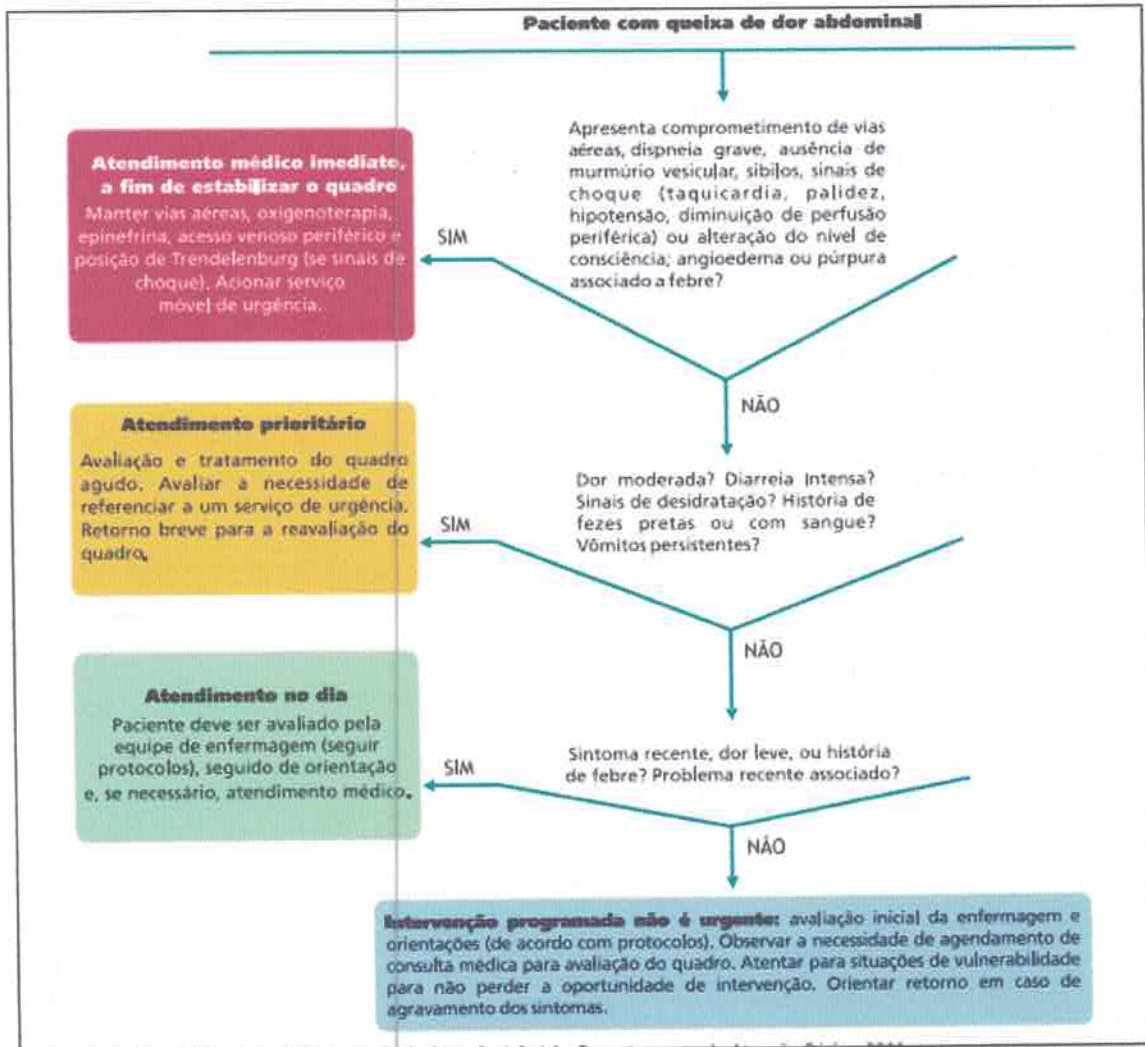
DOENÇAS DE PELE

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com doença de pele aguda que procuram a AB



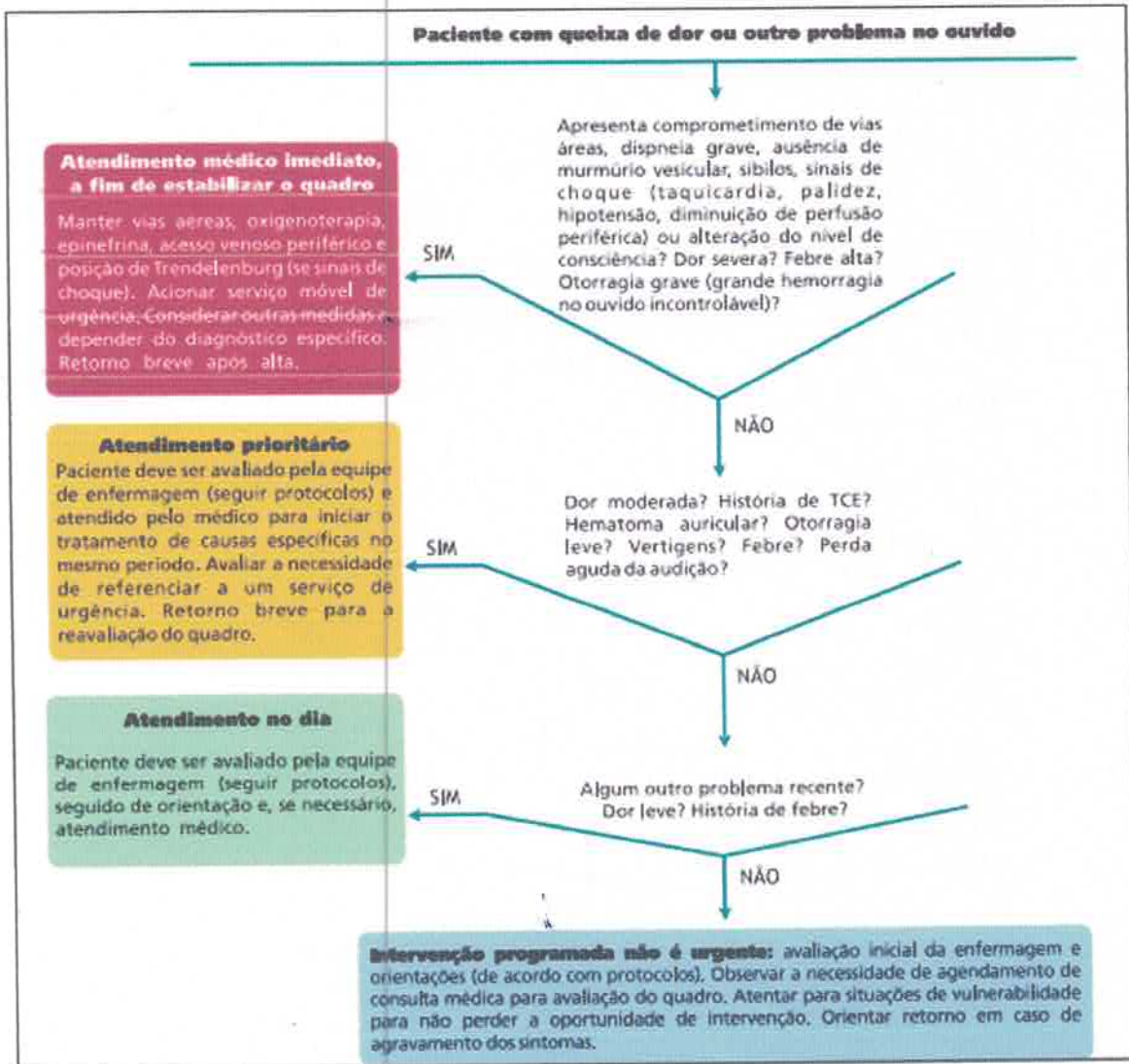
DOR ABDOMINAL

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



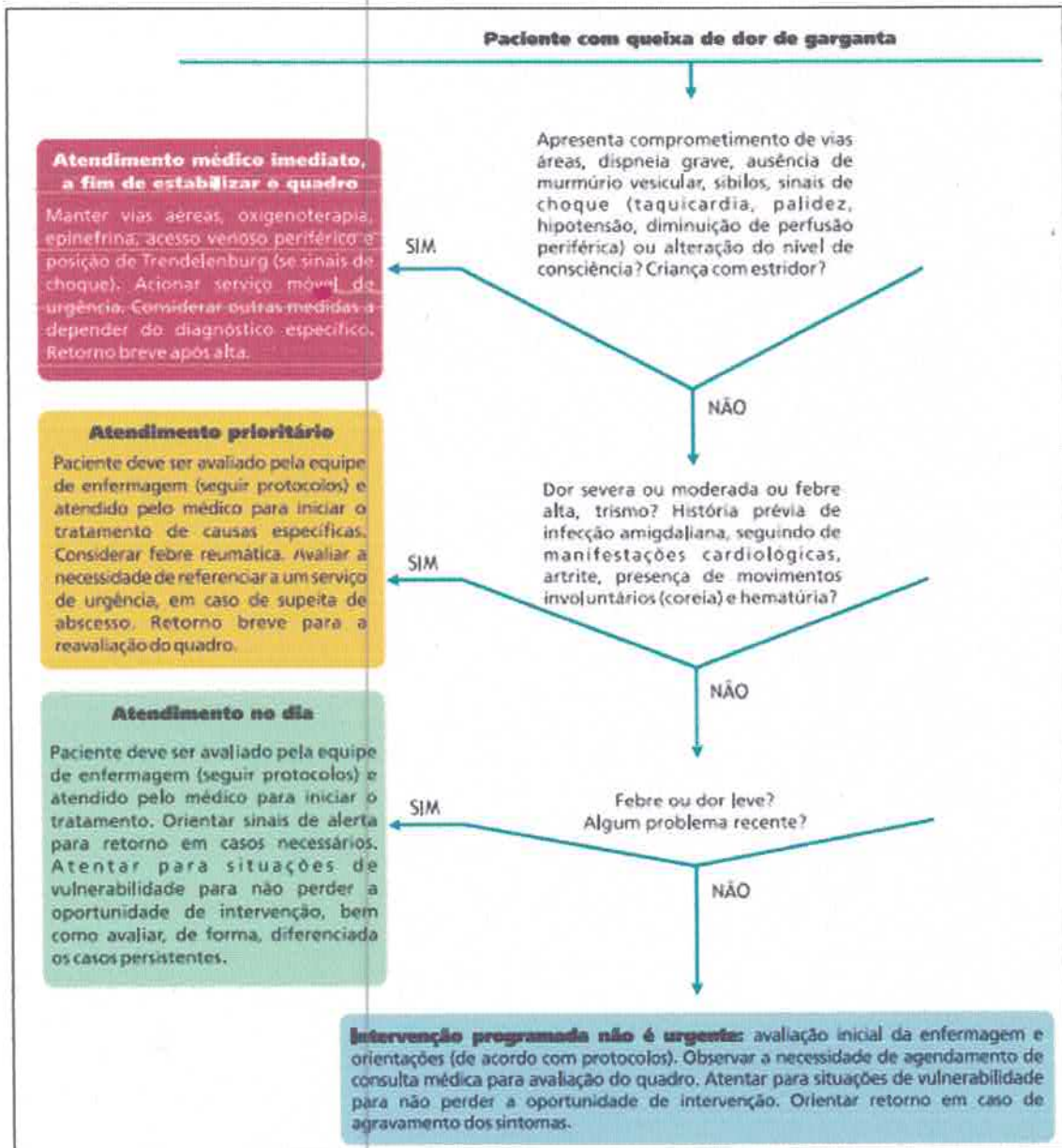
DOR DE OUVIDO

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor ou outros problemas no ouvido que procuram atendimento na AB



DOR DE GARGANTA

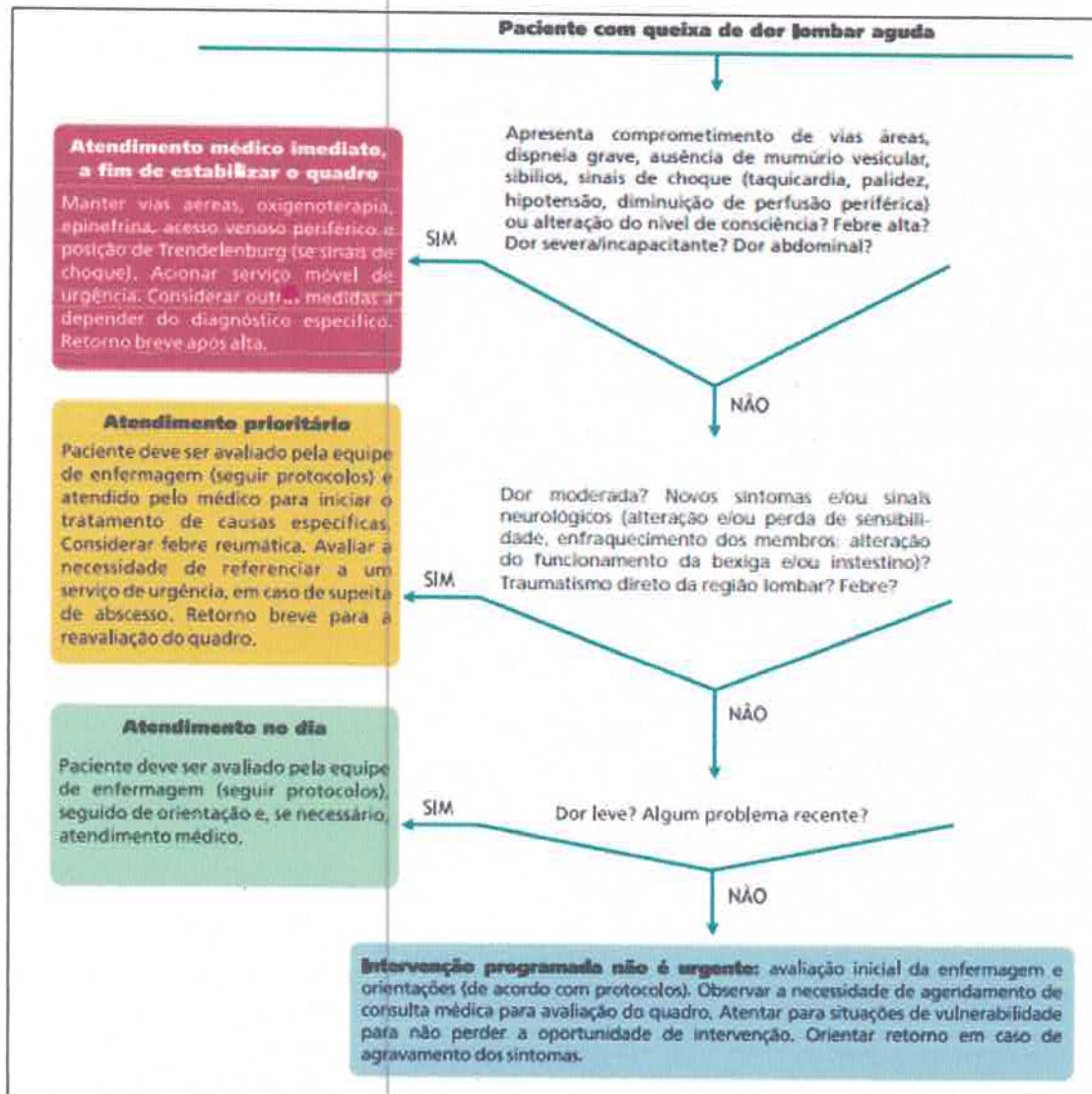
Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor de garganta que procuram atendimento na AB



[Handwritten signatures and initials]

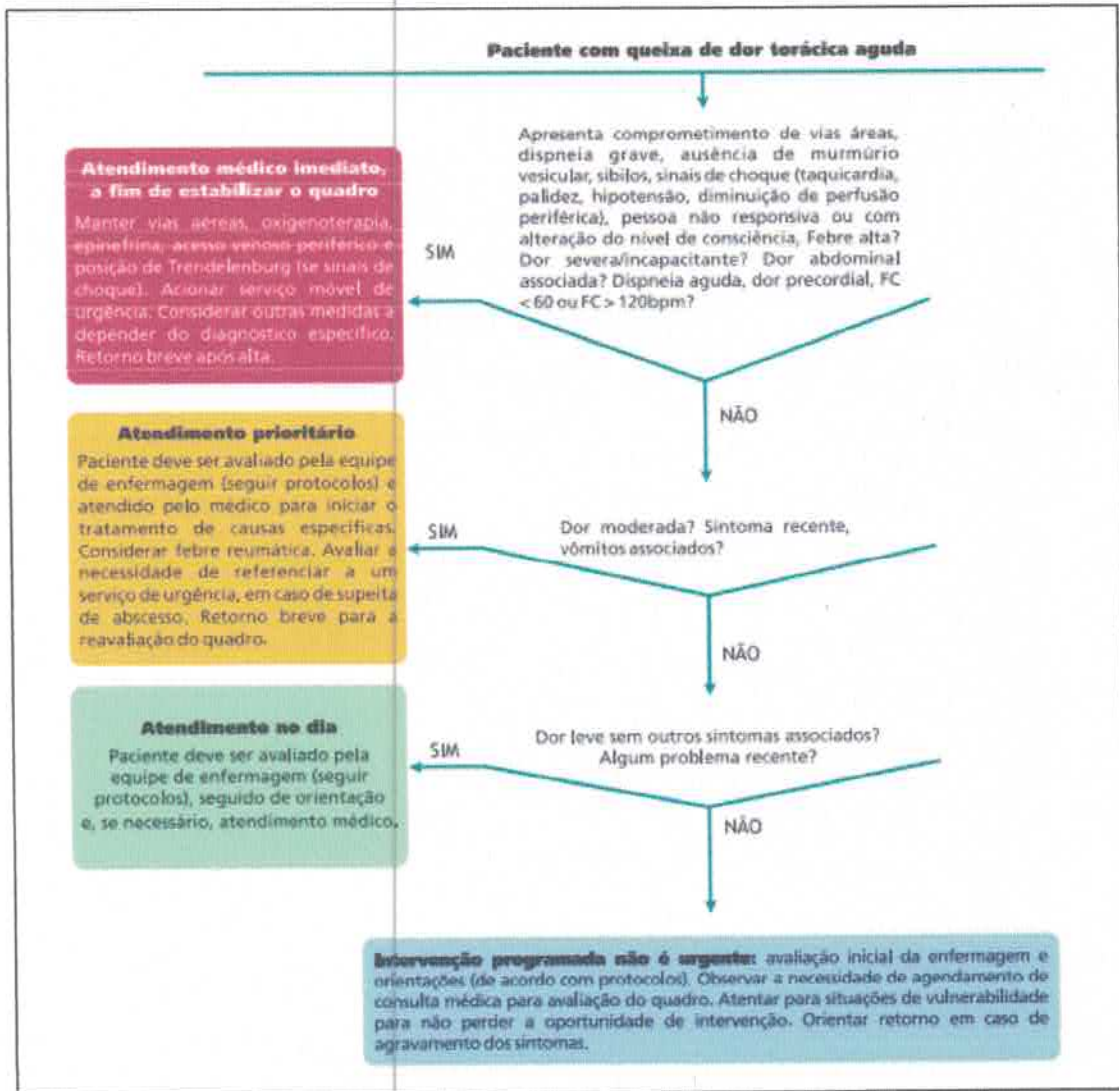
DOR LOMBAR

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



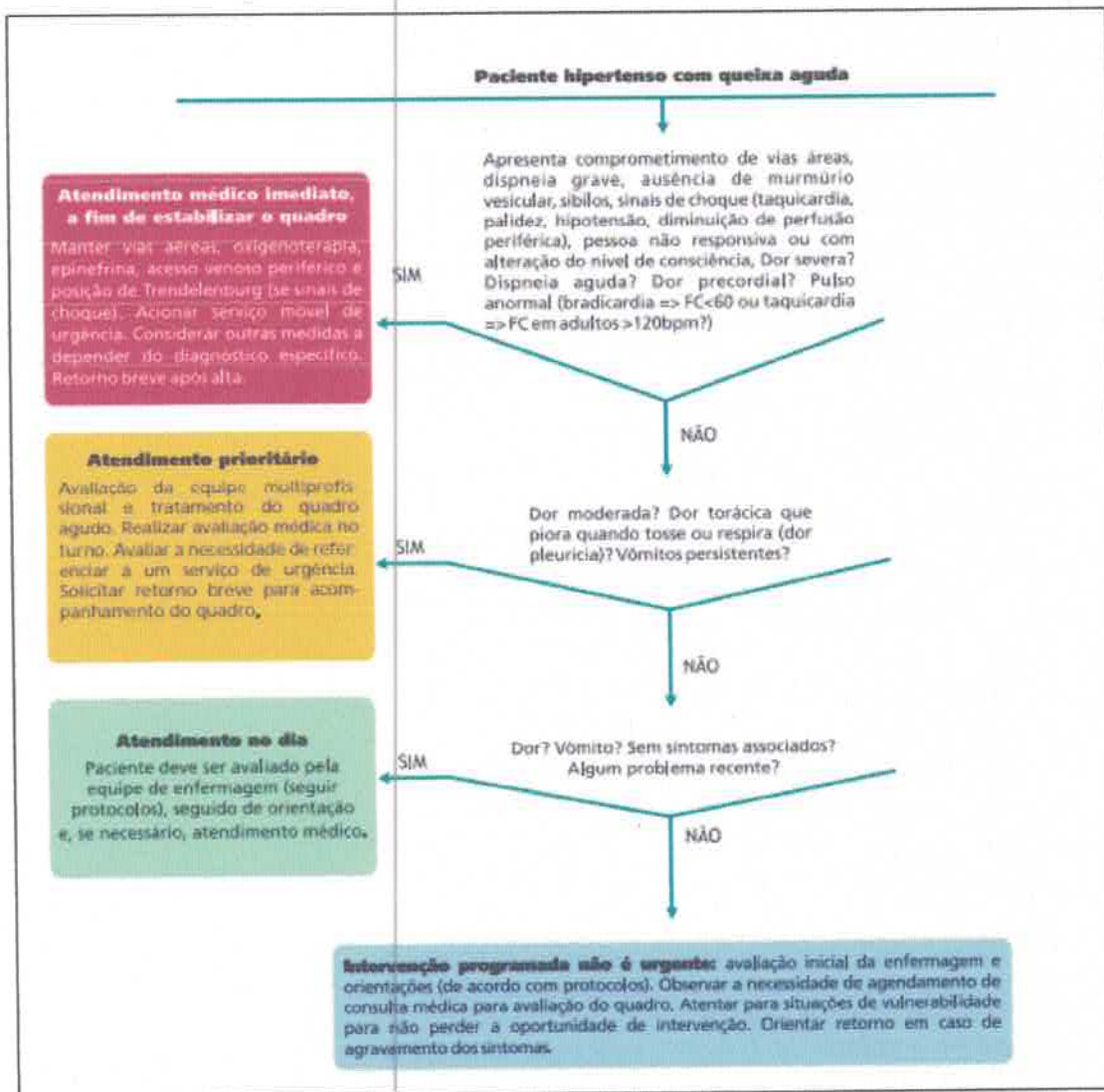
DOR TORÁCICA

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



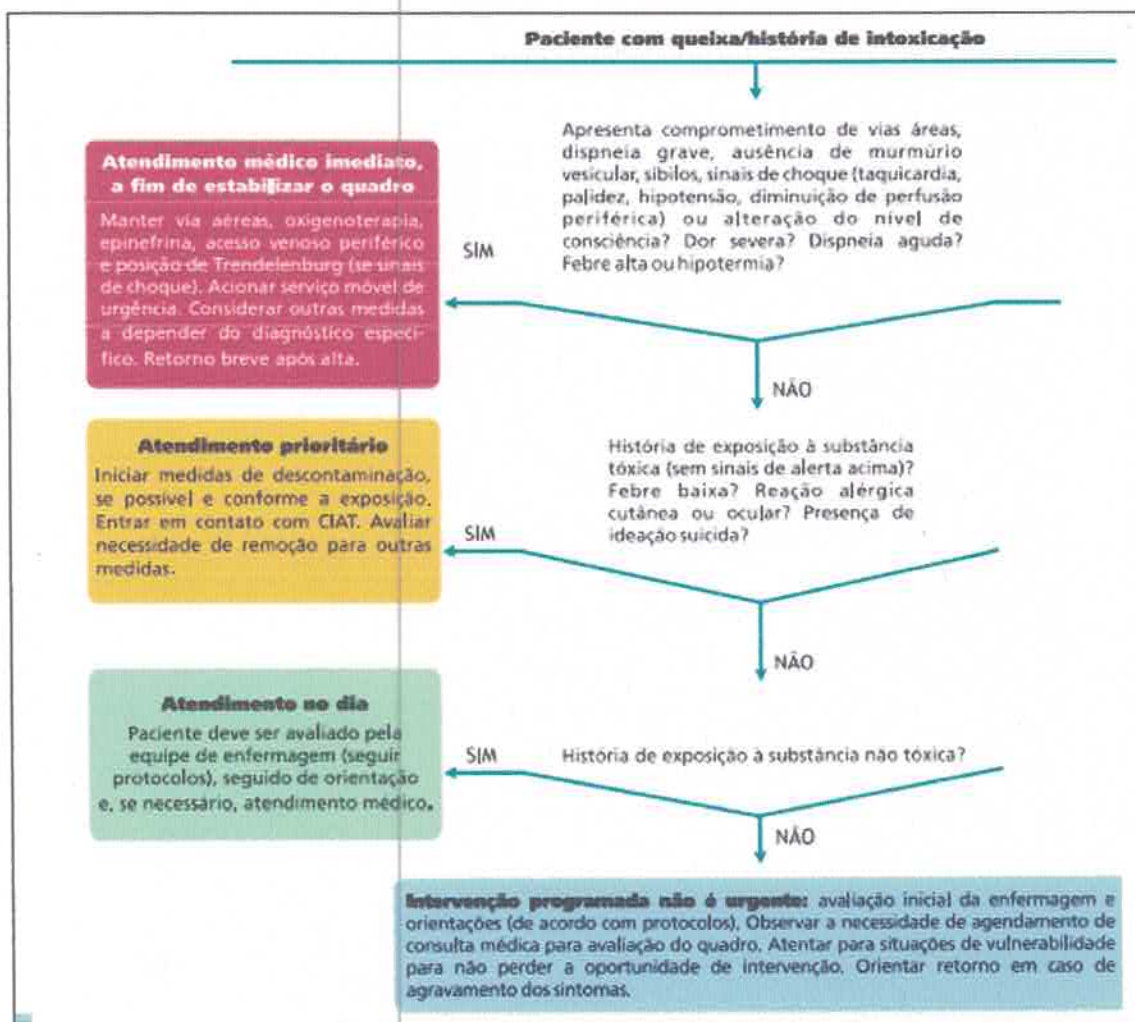
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes hipertensos



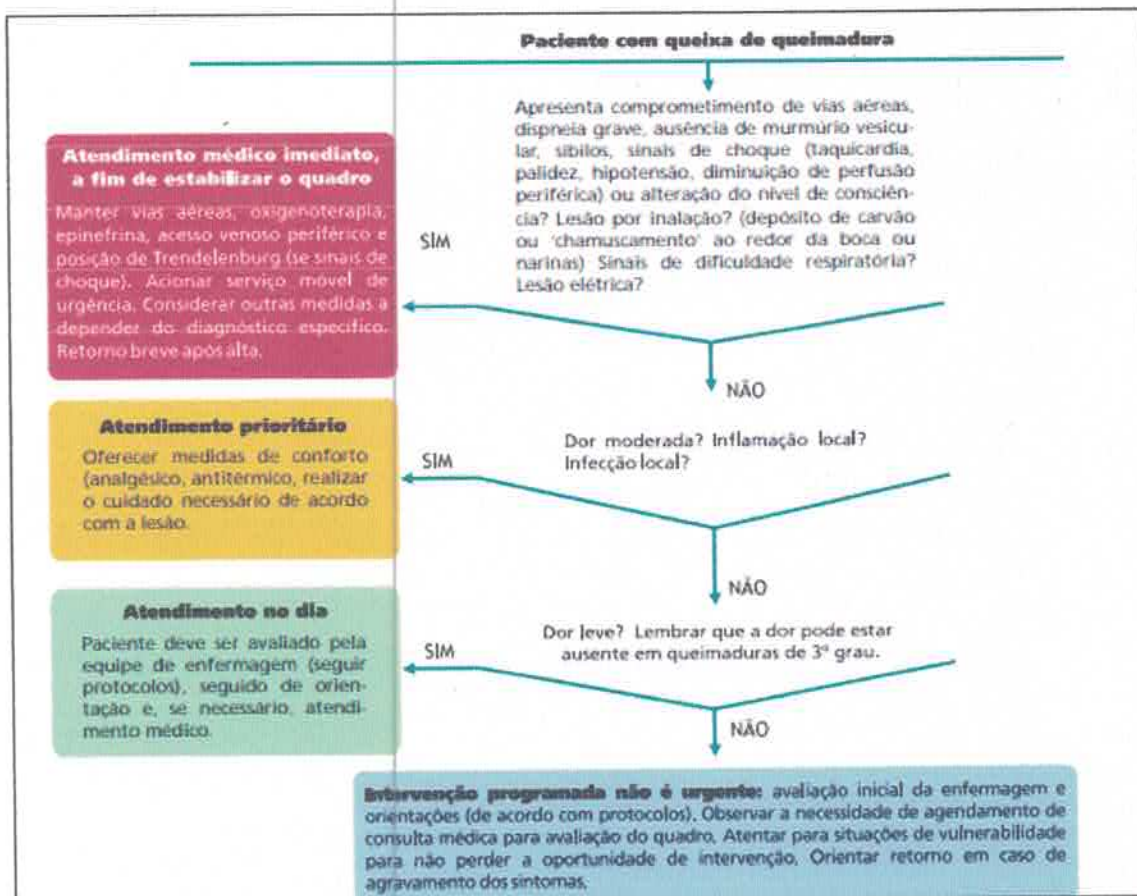
INTOXICAÇÃO AGUDAS POR PLANTAS TÓXICAS E MEDICAMENTOS

Fluxograma de classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com história de exposição à substância tóxica



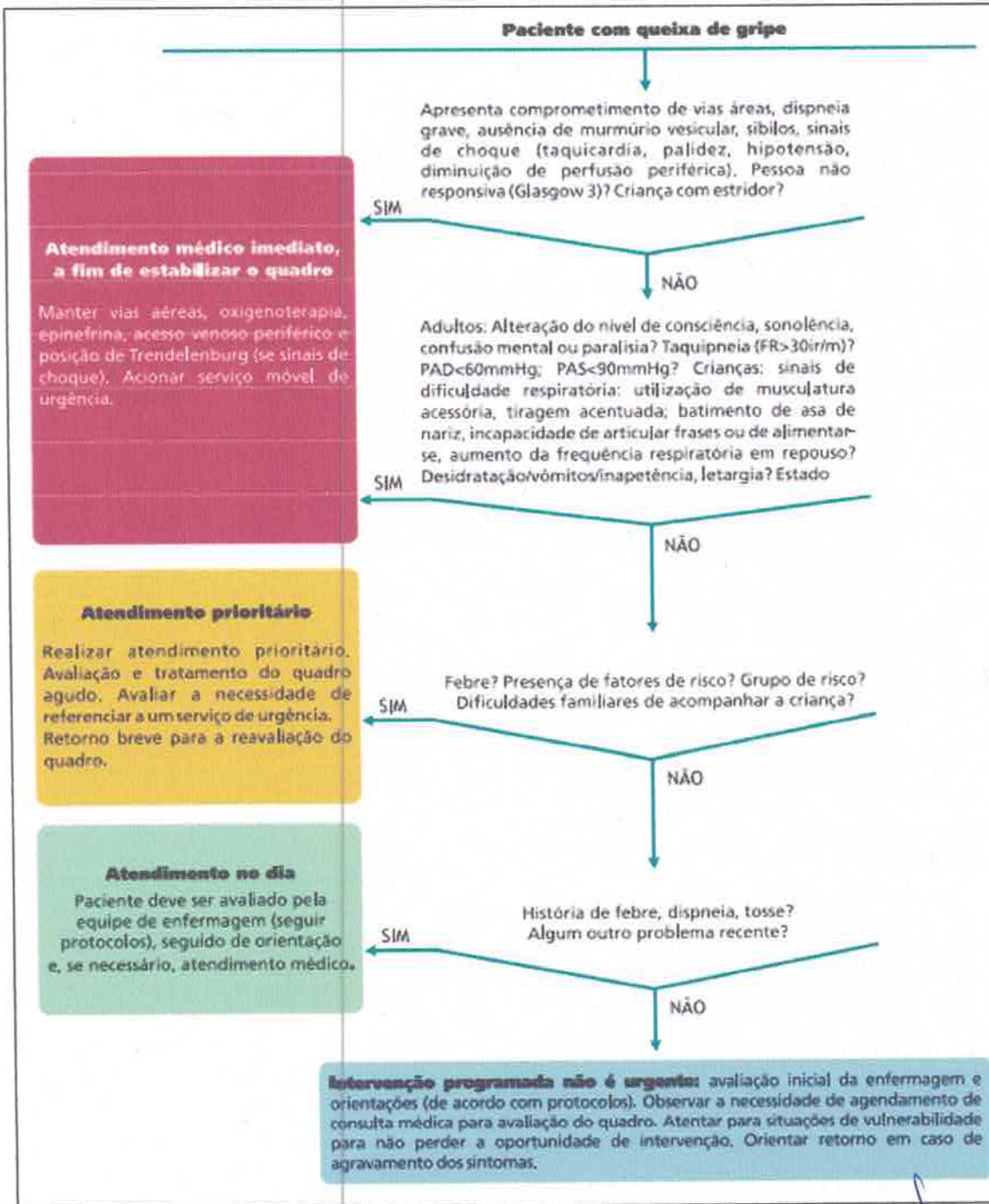
QUEIMADURAS

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes queimados



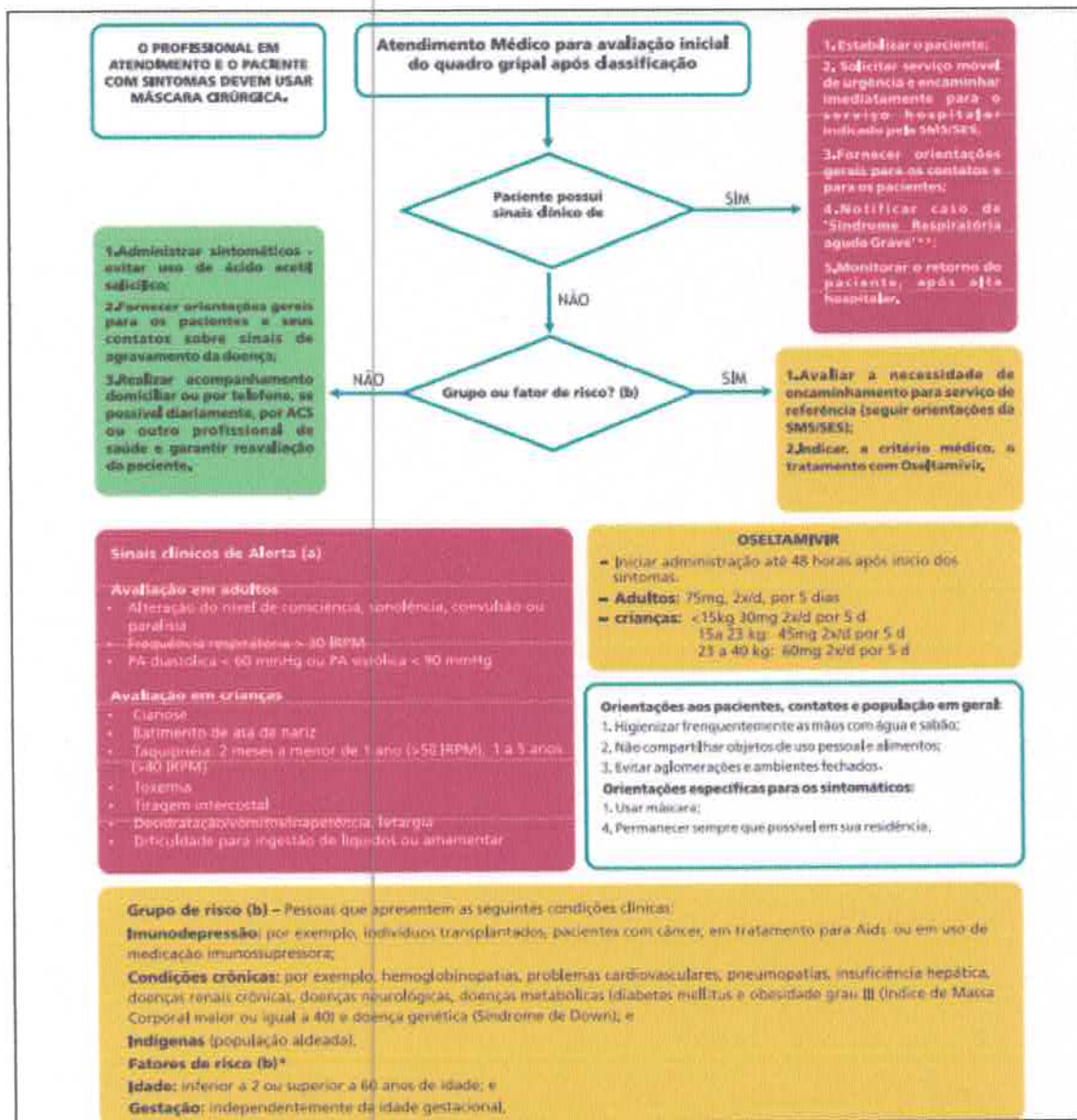
SÍNDROMES GRIPAIS

Fluxograma de atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos casos de síndrome gripal



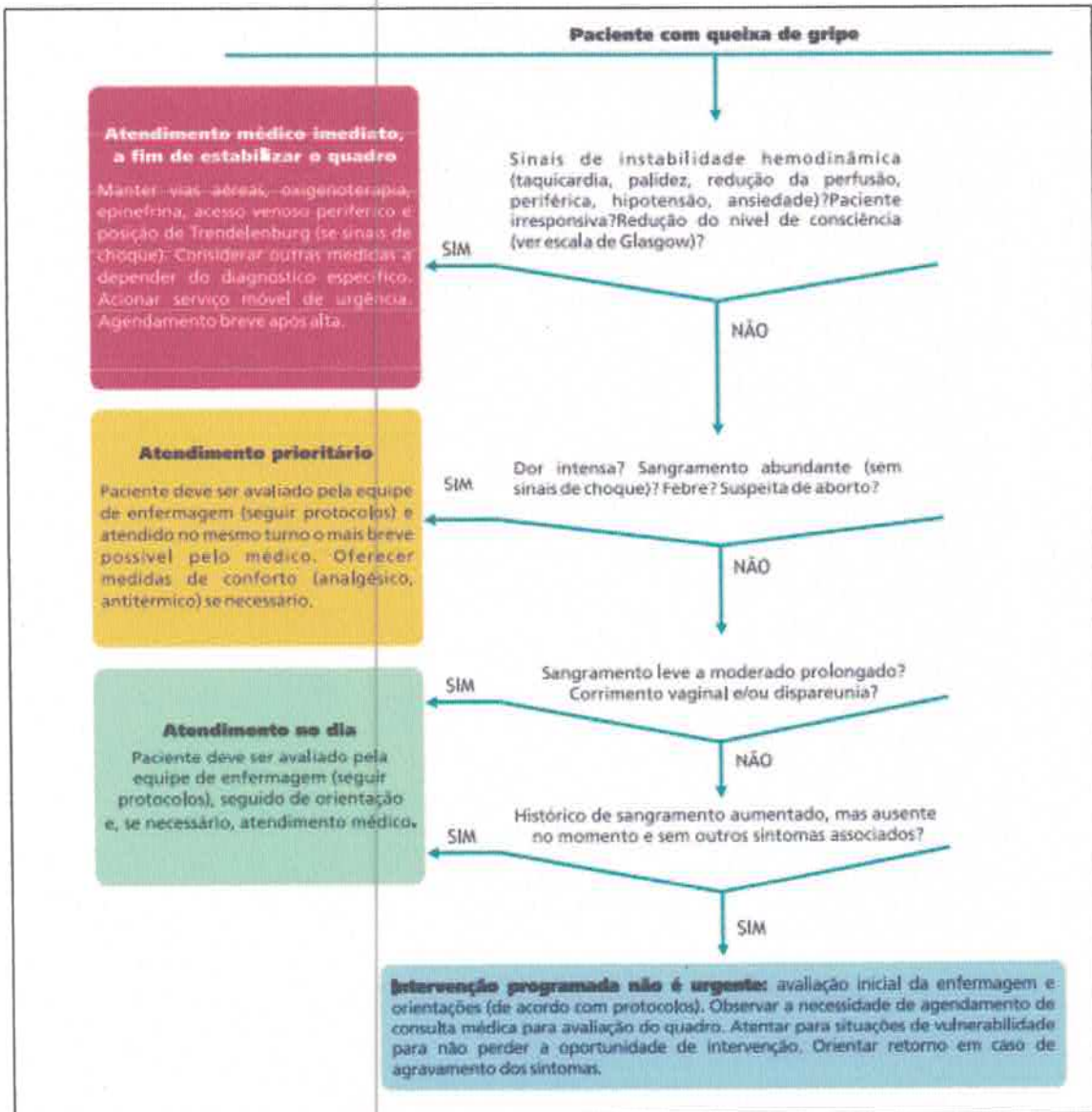
CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

– Resumo dos principais pontos do atendimento do paciente com síndrome gripal na atenção primária



SANGRAMENTO GENITAL ANORMAL

Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sangramento genital

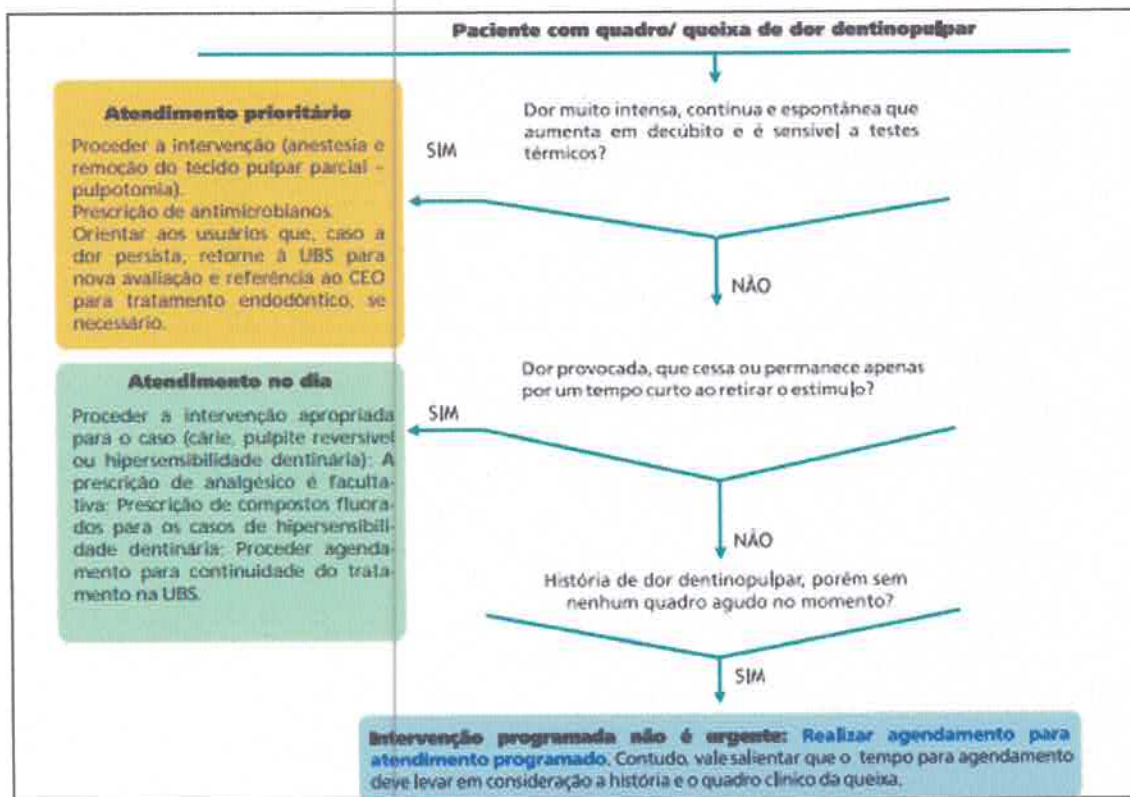


[Handwritten signatures and initials]

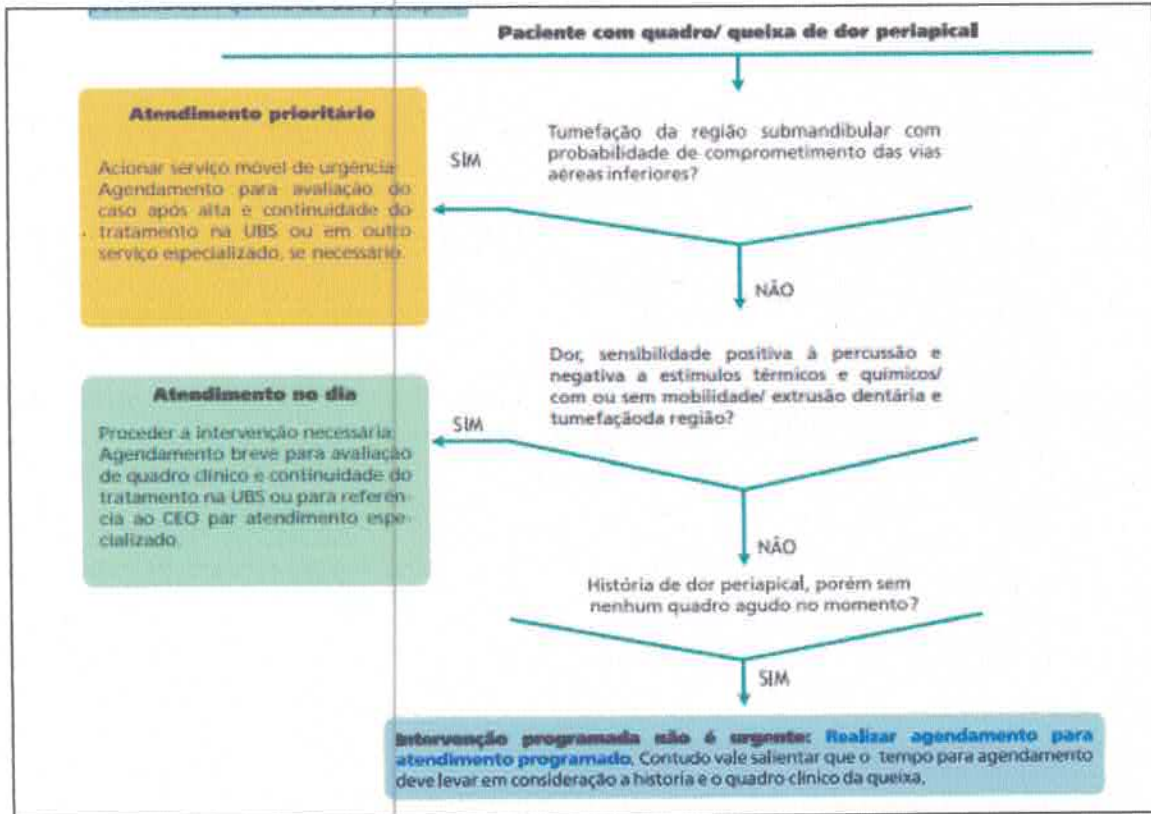
[Handwritten signature]

URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

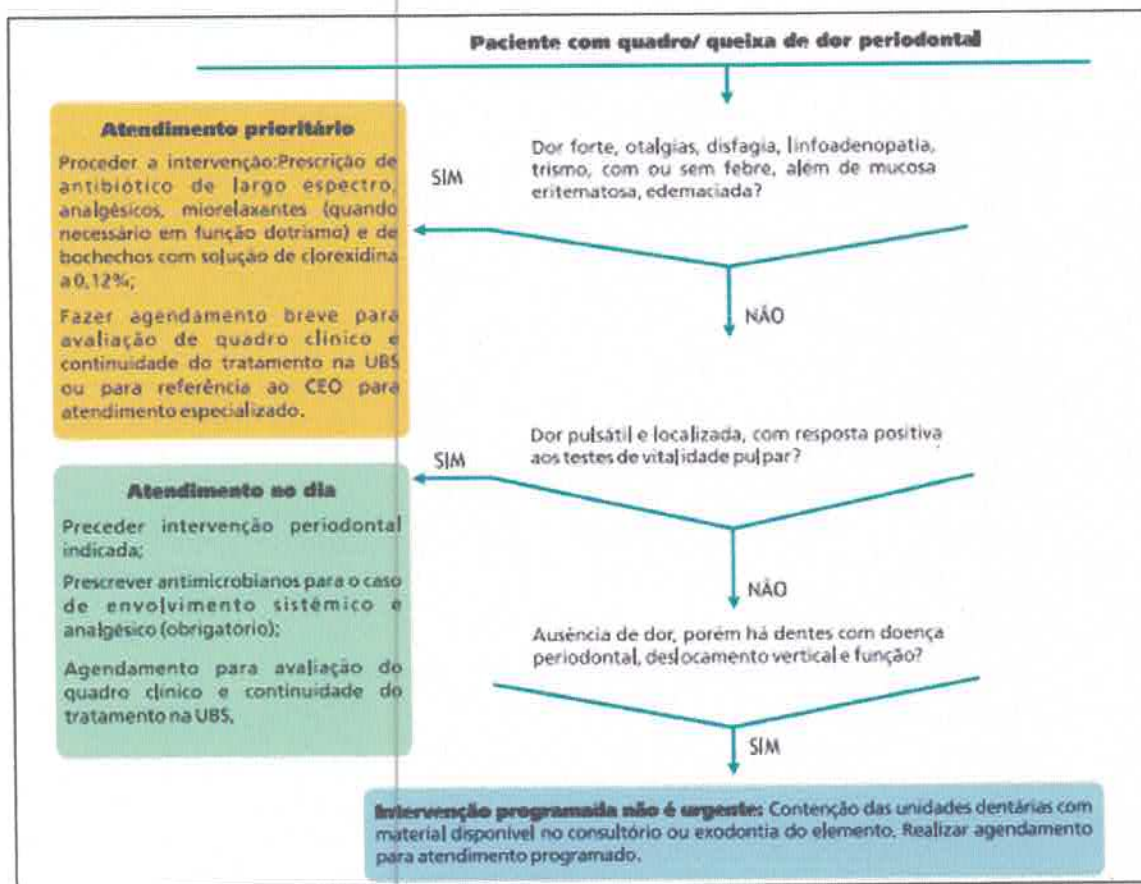
– Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor dentinopulpar



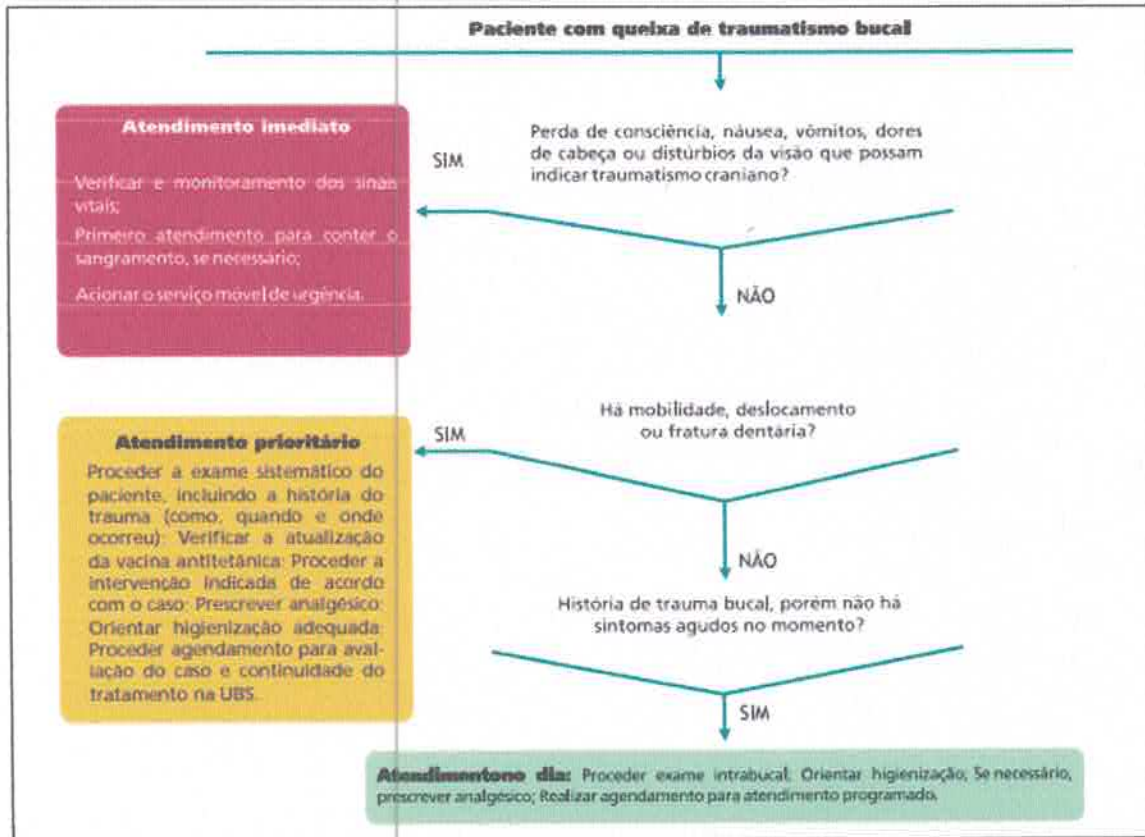
Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor periapical



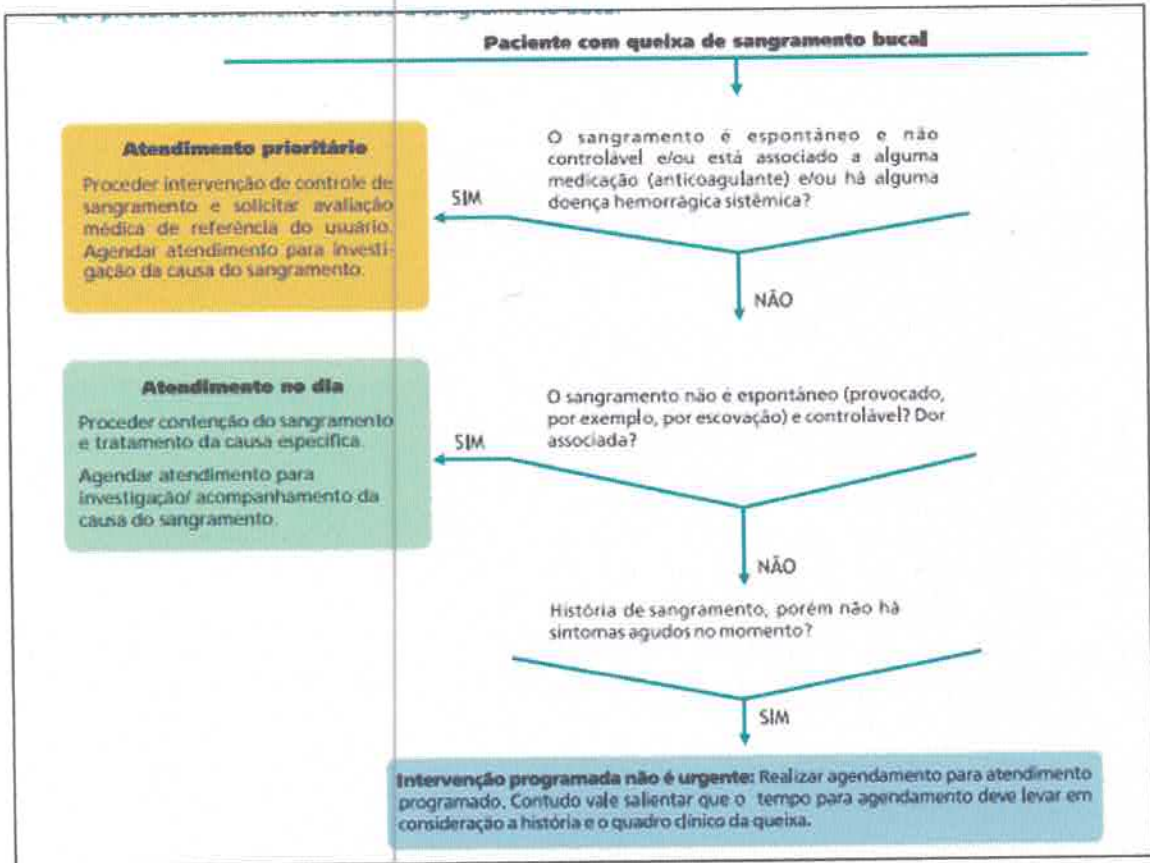
– Fluxograma que aborda o atendimento com classificação/vulnerabilidade de risco do paciente com queixa de dor periodontal



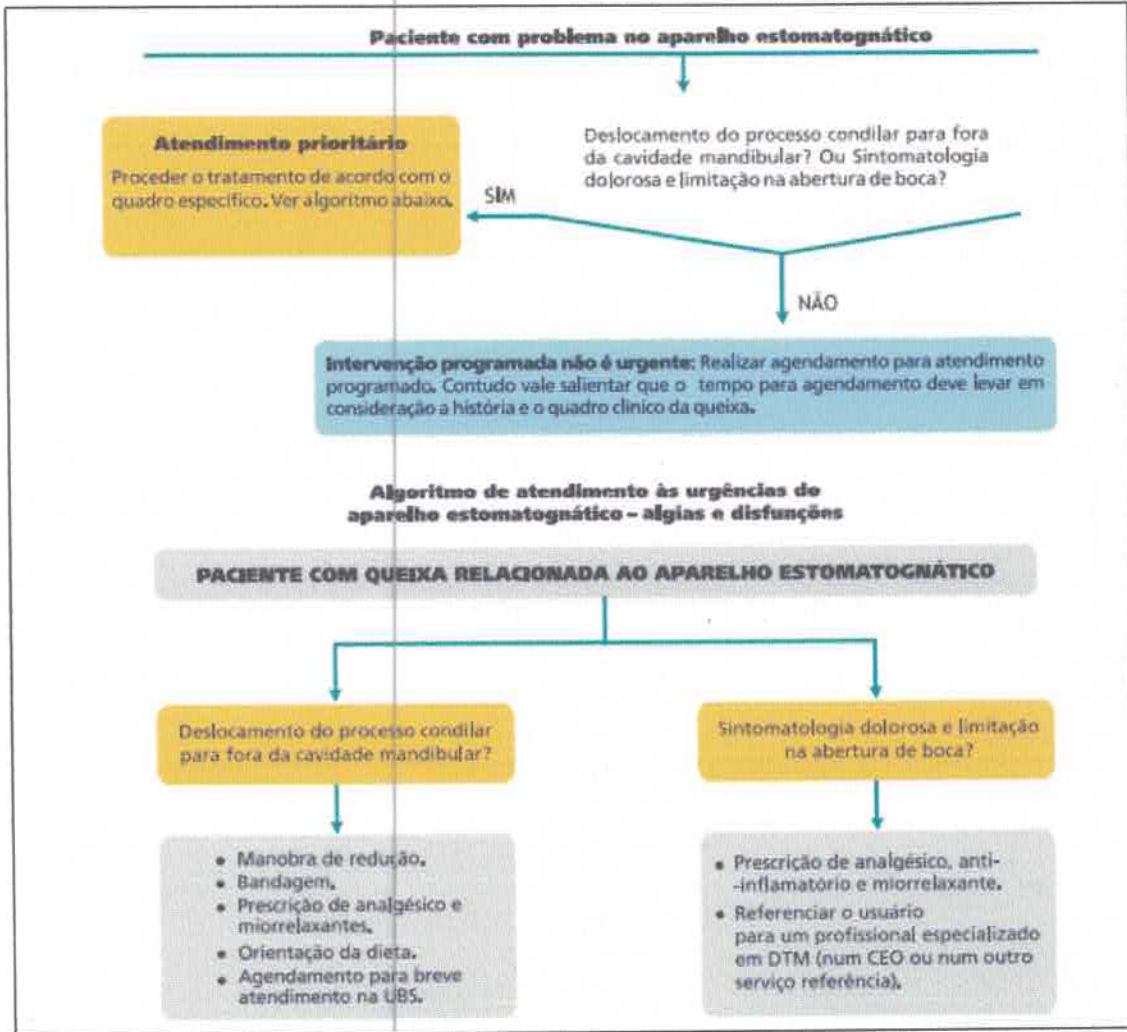
Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a traumatismo bucal



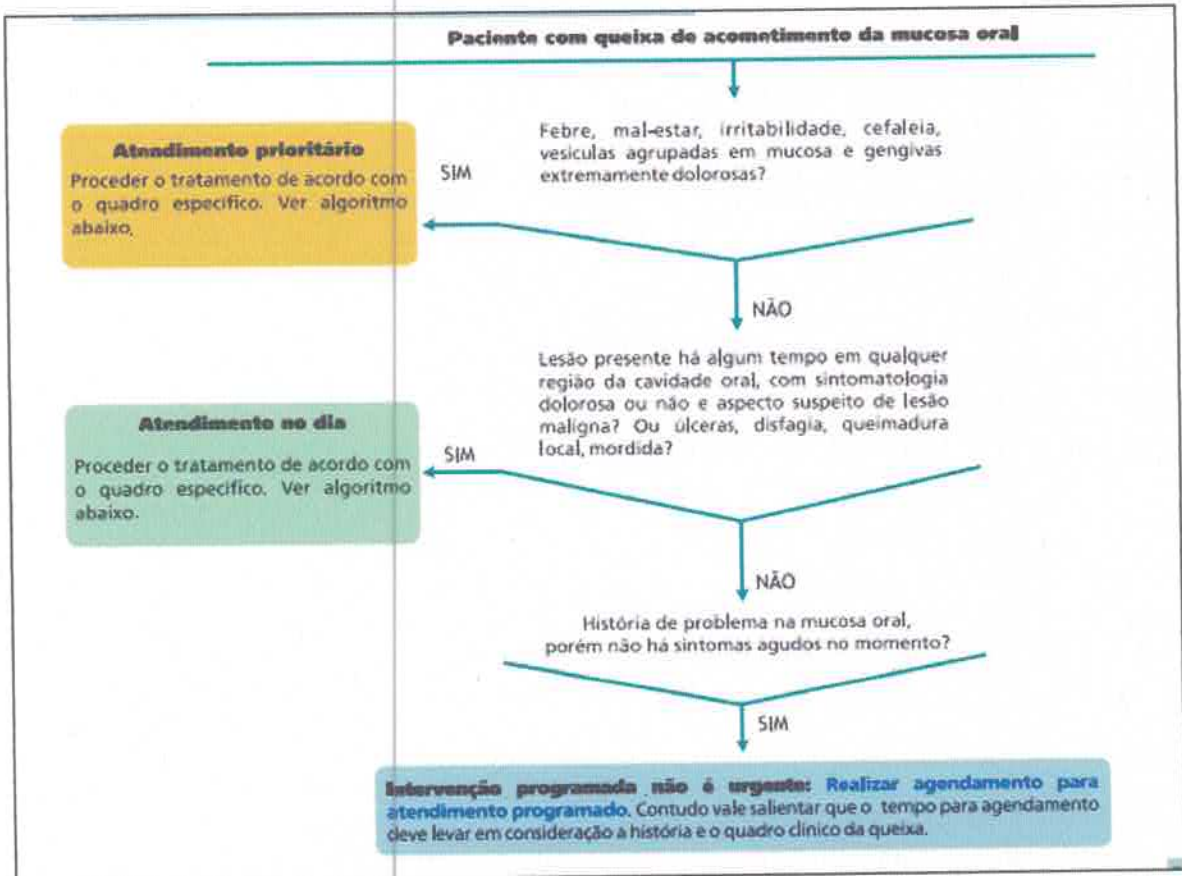
– Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a sangramento bucal



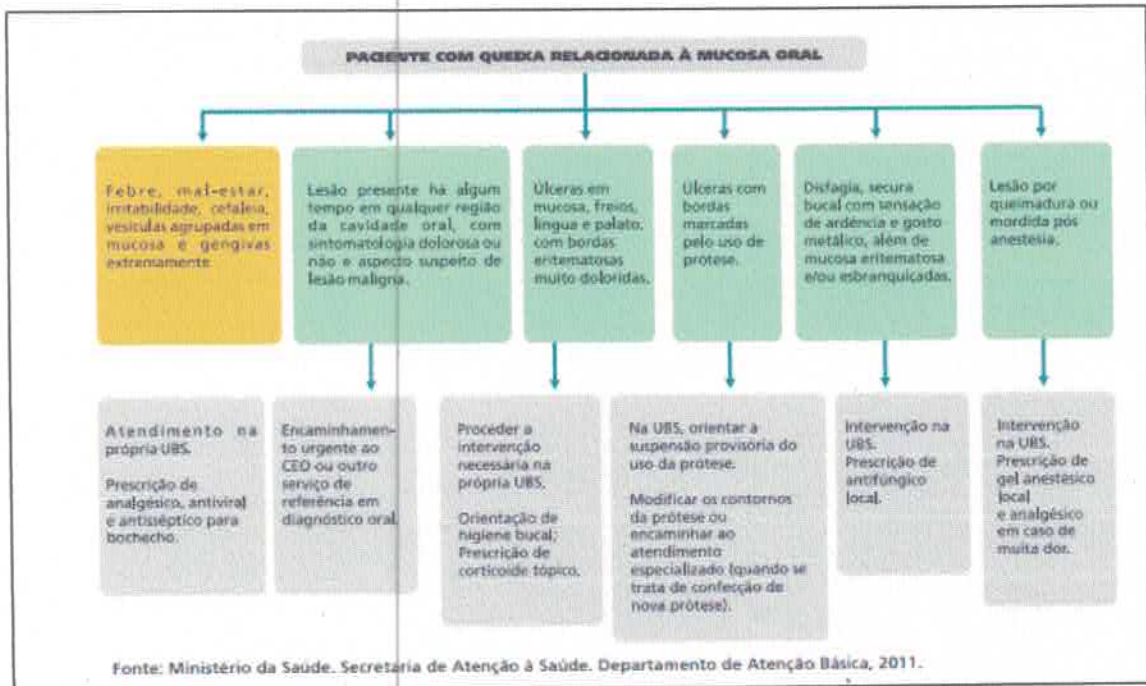
Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido problema no aparelho estomatognático – algias e disfunções



Fluxograma para atendimento com classificação de risco /vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema na mucosa oral

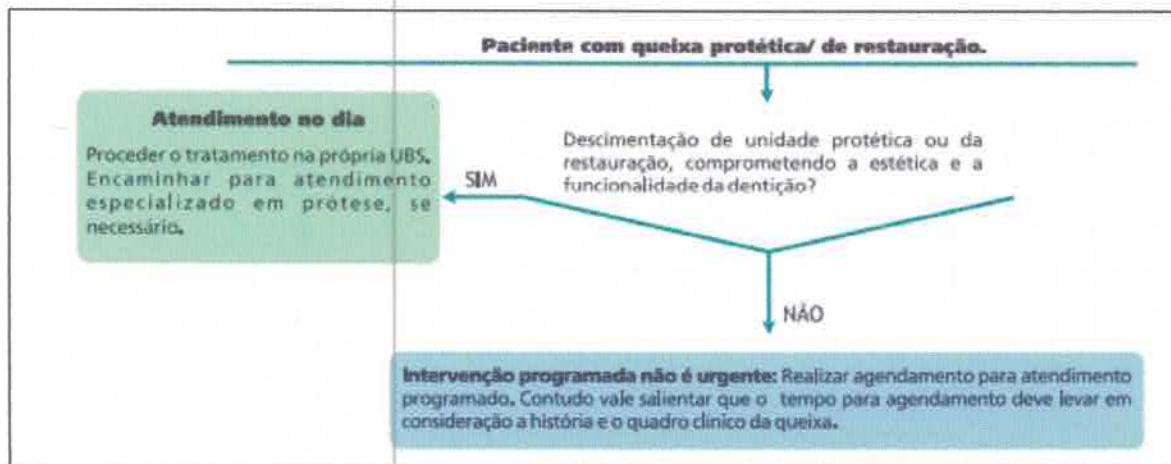


Algoritmo para atendimento de pacientes que procuram atendimento devido as queixas relacionadas à mucosa oral: especificidades de tratamento

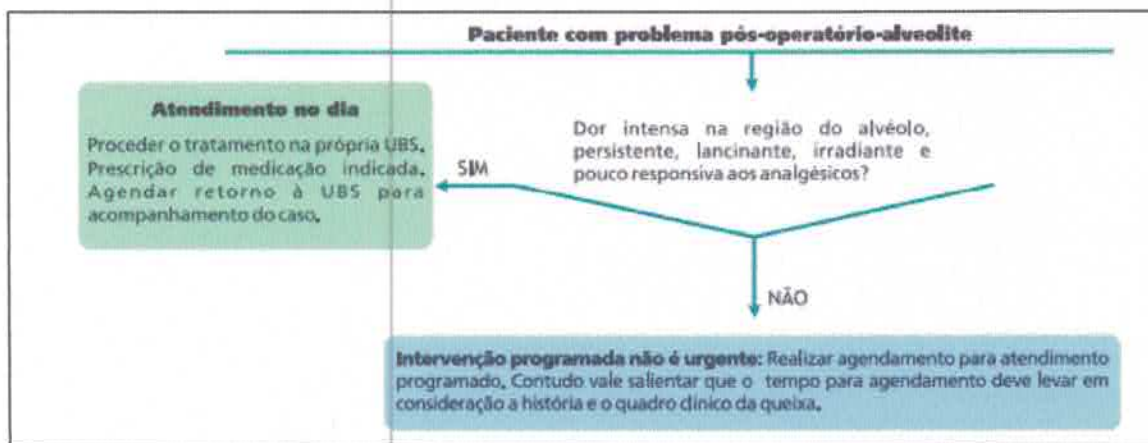


[Handwritten signatures and initials]

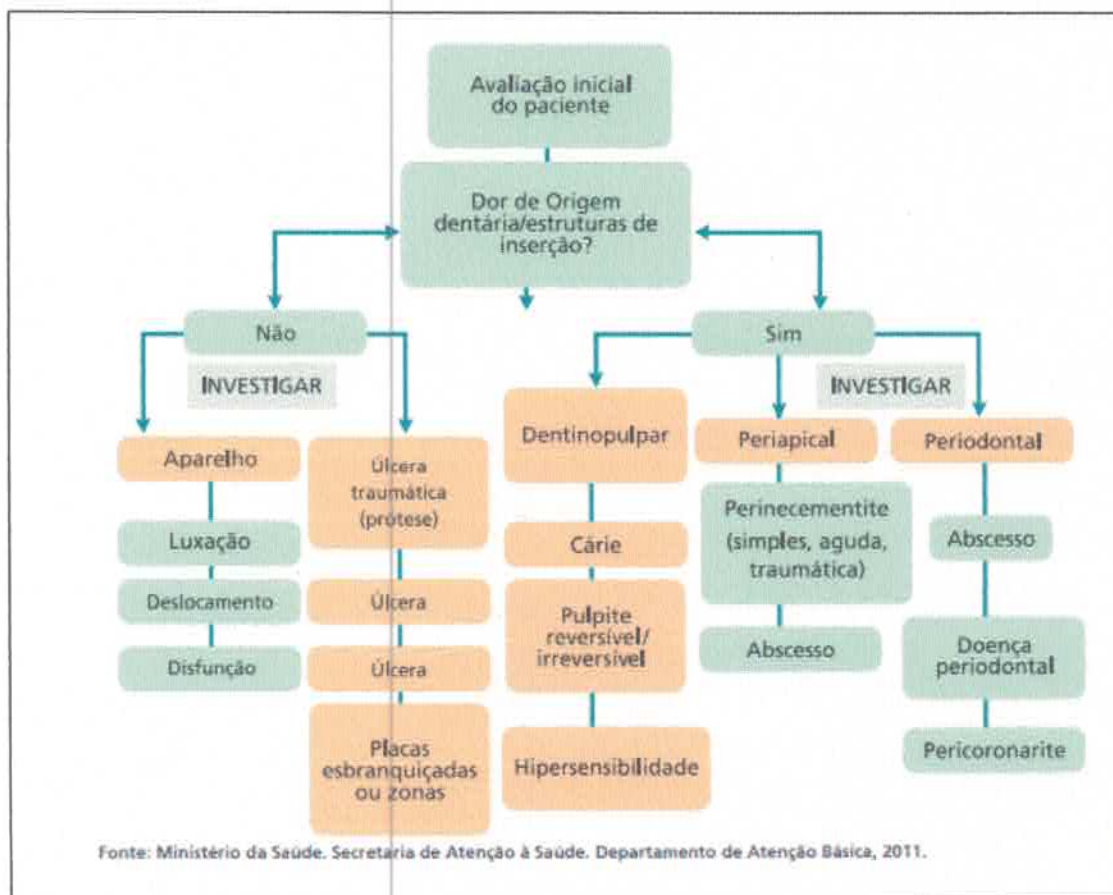
Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema protético/de restauração



– Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema pós-operatório – Alveolite



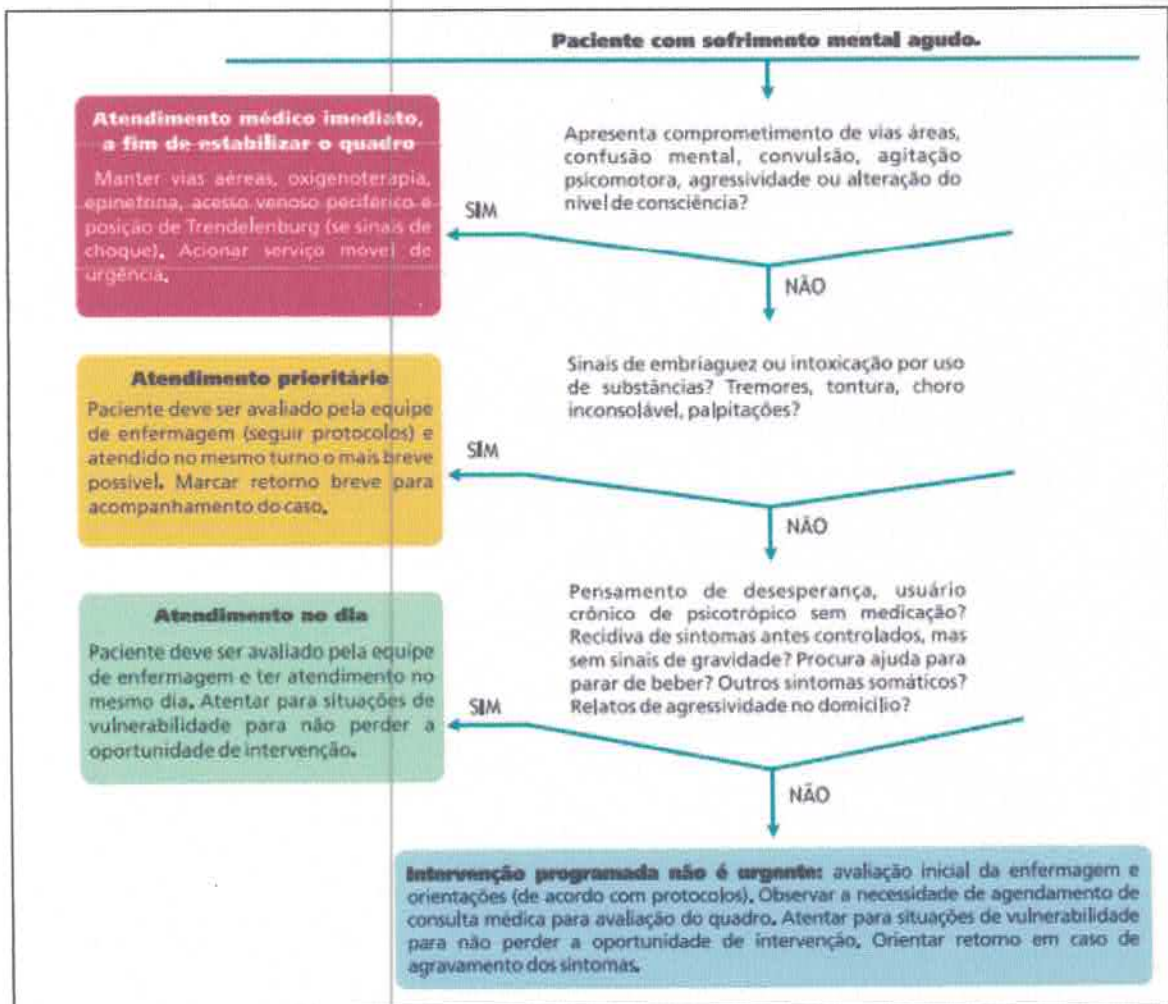
[Handwritten signatures and initials]



[Handwritten signatures and initials]

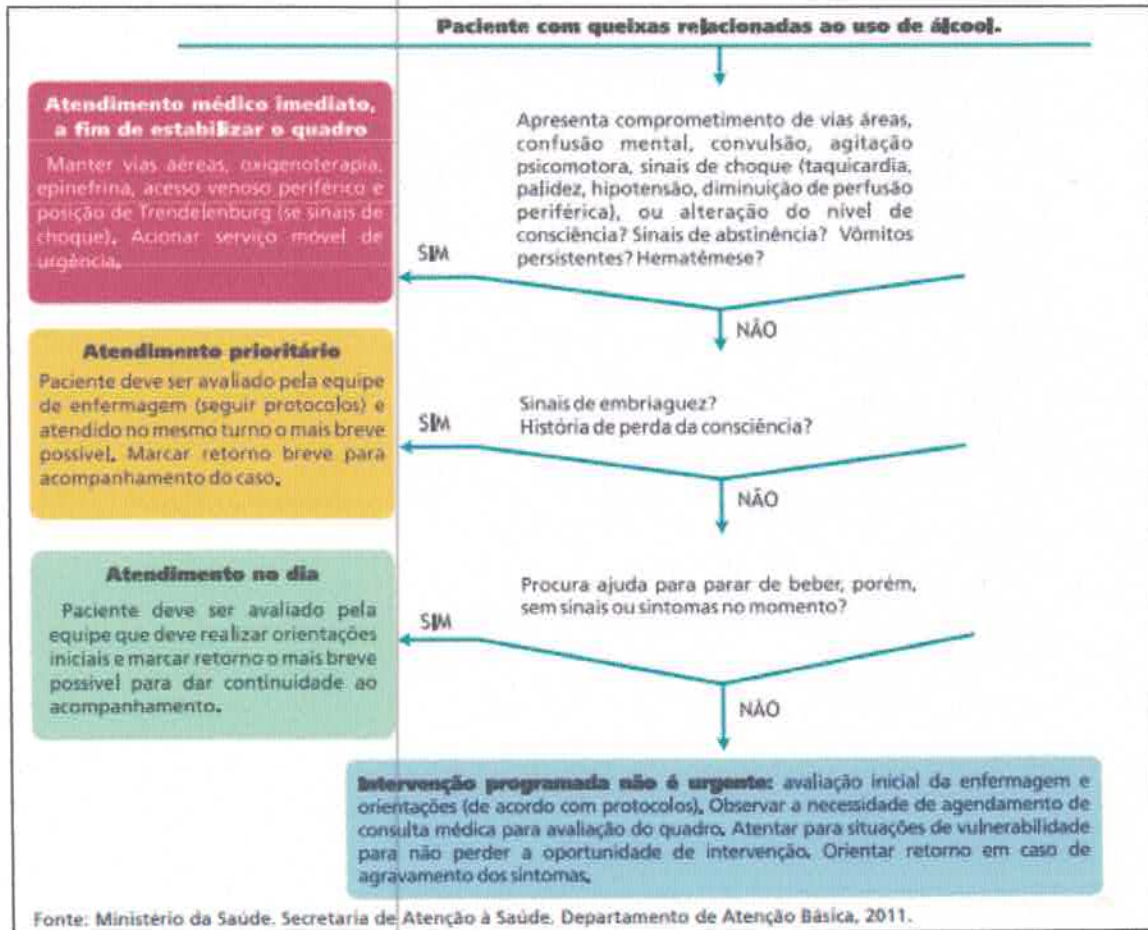
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sofrimento mental agudo

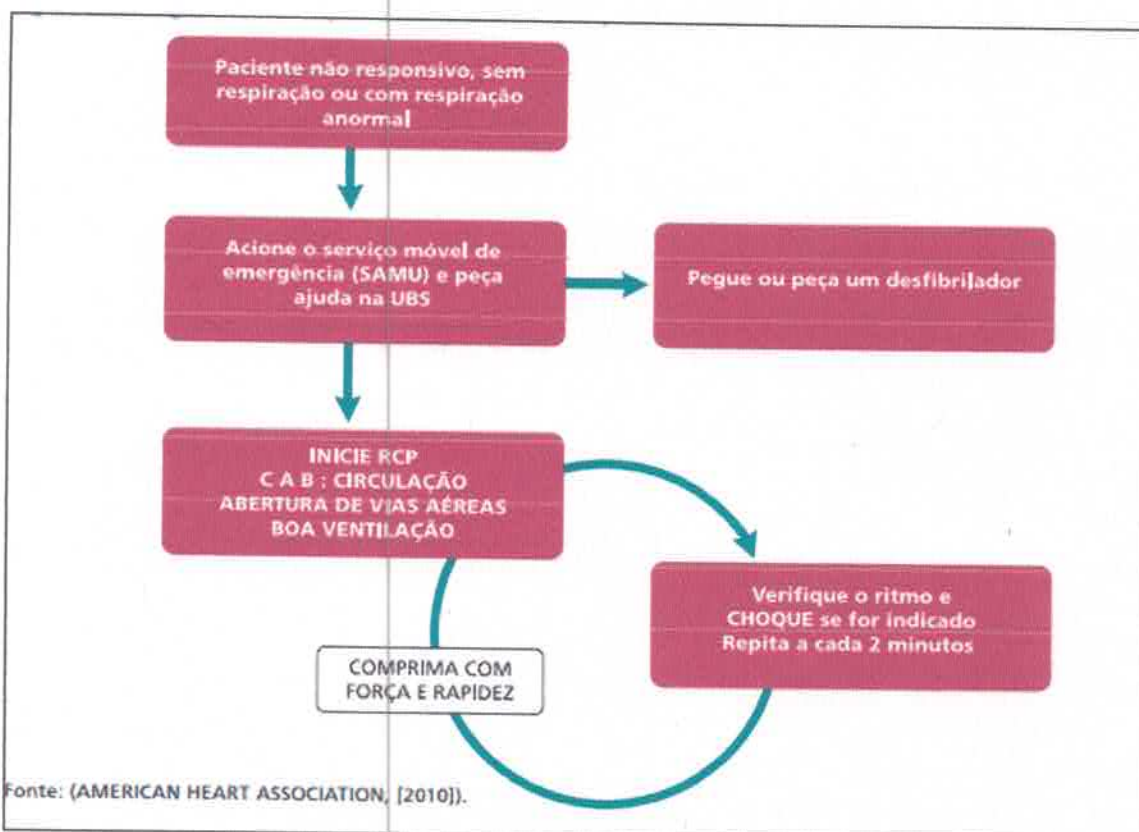


– Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool





REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP): ATENDIMENTO AOS CASOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA



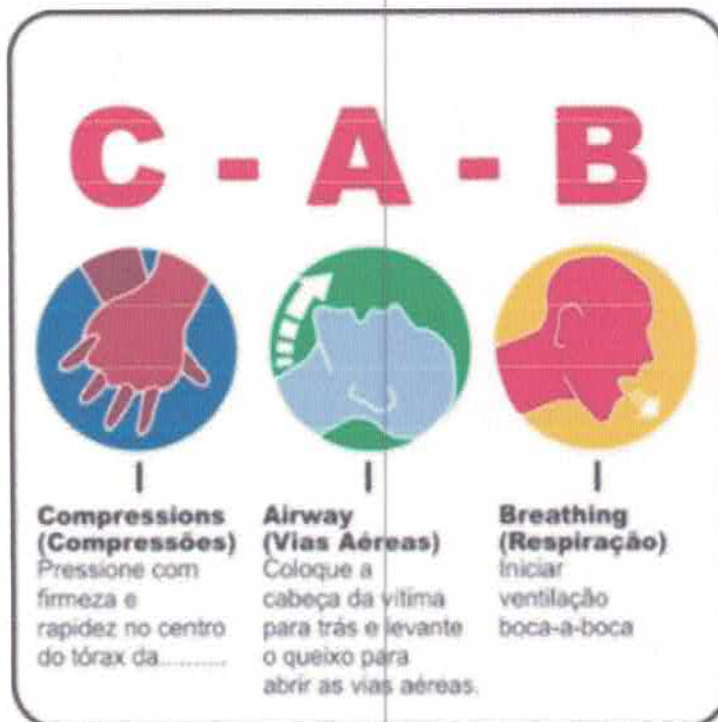
RECOMENDAÇÕES			
COMPONENTE	ADULTOS	CRIANÇAS	BEBÊS
Reconhecimento	Não responsivo (para todas as idades)		
	Sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas com gasping)	Sem respiração ou com respiração	
	Sem pulso palpado em 10 segundos, para todas as idades.		
Sequencia da RCP	C-A-B		
Frequência da compressão	NO MÍNIMO 100 R/min		
Profundidade da compressão	No mínimo, 5cm	No mínimo 1/3 do diâmetro AP Cerca de 5cm	No mínimo 1/3 do diâmetro AP Cerca de 4cm
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total entre as compressões; Alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos.		
Interrupções nas compressões	Minimizar interrupções nas compressões torácicas; Tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos.		
Vias aéreas	Inclinação da cabeça-elevação do queixo (Suspeita de trauma: anteriorização da mandíbula).		
Relação compressão-ventilação	30:2 (1 ou 2 socorristas)	30:2 (Um socorrista) 15:2 (2 socorristas profissionais de saúde)	
Ventilações: quando socorrista não treinado ou treinado e não proficiente	Apenas compressões		
Desfibrilação	Colocar e usar o desfibrilador (DEA/DAE) assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque.		

1.3.5. PARAMETROS DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO

AVALIAÇÃO DO RISCO A VIDA

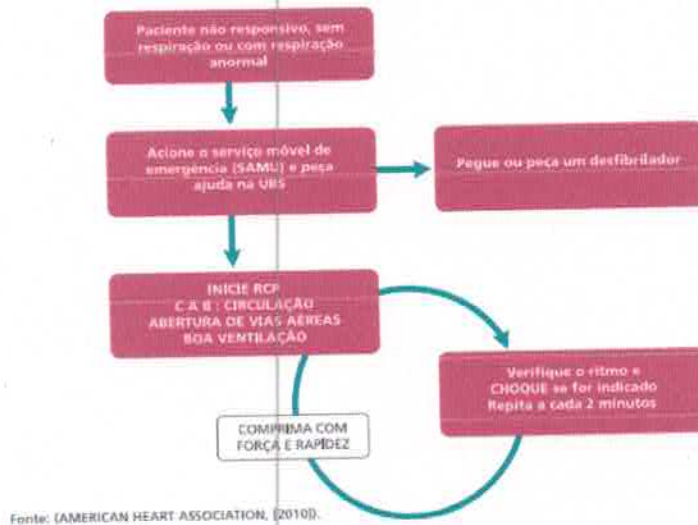
O risco de vida avalia a ausência ou instabilidade dos sinais vitais (SSVV) e deverão ser avaliados em todos os usuários os seguintes critérios:

- ✓ **C (CIRCULATION - COMPRESSÕES)** – palpação do pulso central durante 10 segundos ou com sinais de choque: sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência;
- ✓ **A (AIRWAY – VIAS AÉREAS)** – paciente não é capaz de manter sua via aérea pérvia, por qualquer obstrução de via aérea; ou paciente com estridor inspiratório; ou expiratório; ou apneia (ausência de respiração ou de esforço para respirar por 10 segundos);
- ✓ **B (BREATHING - RESPIRAÇÃO)** – respiração inadequada (pacientes que não conseguem respirar muito bem ou manter uma oxigenação adequada, sinais de ventilação inadequada ou exaustão).



CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Algoritmo de Suporte Básico de Vida



Resumo dos Componentes de RCP de Alta Qualidade para Profissionais de SBV

Componente	Adultos e Adolescentes	Crianças (1 ano de idade a puberdade)	Lactentes (menor de 1 ano de idade, excluindo recém-nascidos)
Segurança do local	Verifique se o local é seguro para os socorristas e a vítima		
Reconhecimento de PCR	Verifique se a última resposta Ausência de respiração ou apenas gorgolejo (ou seja, sem respiração normal) Nenhum pulso definido sentido em 10 segundos (A verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, em menos de 10 segundos)		
Acionamento do serviço médico de emergência	Se estiver sozinho, sem acesso a um celular, deixe a vítima e acione o sistema médico de emergência e obtenha um DEA/DAE, antes de iniciar a RCP. Do contrário, peça para alguém fazê-lo e inicie a RCP imediatamente; use o DEA/DAE assim que ele estiver disponível	Colapso presenciado Siga os passos usados em adultos e adolescentes, mostrados à esquerda Colapso não presenciado Execute 2 minutos de RCP Deixe a vítima para acionar o serviço médico de emergência e buscar o DEA/DAE Retorne à criança ou ao lactente e reinicie a RCP; use o DEA/DAE assim que ele estiver disponível	
Relação compressão-ventilação sem via aérea avançada	1 ou 2 socorristas 30:2	1 socorrista 30:2 2 ou mais socorristas 15:2	
Relação compressão-ventilação com via aérea avançada	Compressões contínuas a uma velocidade de 100 a 120/min Administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações/min)		
Frequência de compressão	100 a 120/min		
Profundidade da compressão	Pelo menos 5 cm*	Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax Cerca de 5 cm	Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax Aproximadamente 4 cm
Posicionamento das mãos	2 mãos sobre a metade inferior do esterno	2 mãos ou 1 mão topocentral para crianças muito pequenas sobre a metade inferior do esterno	1 socorrista 2 dedos no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar 2 ou mais socorristas Técnicas dos dois polegares, mãos circundando o tórax, logo abaixo da linha mamilar
Retorno do tórax	Espere o retorno total do tórax após cada compressão; não se apoie sobre o tórax após cada compressão		
Minimize as interrupções	Limite as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos		

*A profundidade da compressão não deve exceder 6 cm.
 Abreviações: AP, anteroposterior; DEA/DAE, desfibrilador automático externo; RCP, ressuscitação cardiopulmonar.
 © 2010 American Heart Association

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'R' and '932'.

1.3.6. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DOR


Escala Visual Analógica (EVA)

A EVA é classificada como unidimensional, pois avalia somente uma das dimensões da experiência dolorosa, a intensidade.

AVALIAÇÃO DA SEVERIDADE DA DOR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor, atividades normais, leve desconforto	Dor leve, não atrapalha as atividades normais. Pouca limitação			Dor moderada, causa dificuldades. Não realiza algumas atividades			Dor forte ou incapacitante, não realiza atividades habituais, causa descontrole			

ESCALA VISUAL DA DOR

AZUL	VERDE	AMARELO	LARANJA							
										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor Leve			Dor moderada			Dor Intensa			

Fonte: sgas.saude.ms.gov.br

Escala Descritiva Verbal (EDV)

Nenhuma dor	Responde ou refere-se a nenhuma dor.
Dor intensa	Responde ou refere-se a uma dor insuportável ou dilacerante, geralmente descrita como a maior de todas já vivenciadas. Profissional avalia se a dor: - Interrompe as atividades normais (incapacitante); - Causa dificuldade ou interrompe certas atividades.
Dor moderada	Responde ou refere-se a uma dor intensa, significativa, mas suportável. Profissional avalia:

	- Pouco impacto nas atividades, faz a maioria das atividades normais.
Dor leve	Responde ou refere-se a uma dor de início há menos de sete dias ou de intensidade inferior a dor moderada. Profissional avalia: - Atividades normais.

COMO ABORDAR O PACIENTE:

- ✓ Você tem dor?
- ✓ Como você classifica sua dor?

Observação:

- a) Se não tiver dor, a classificação é zero.
- b) Se a dor for leve, seu nível de referência é de 1 a 3.
- c) Se a dor for moderada, seu nível de referência é de 4 a 6.
- d) Se for intensa, seu nível de referência é de 7 a 10 (dor máxima igual a 10 é considerada laranja na CR, pois não representa risco de morte imediato).

1.3.7. AVALIAÇÃO DA HEMORRAGIA

Hemorragia – é um evento mais frequente nos traumas.

Hemorragia exsanguinante – é dita quando a morte ocorrerá rapidamente se ela não for estancada.

Hemorragia maior incontrolável – sangramento se mantém abundante apesar da compressão local direta ou sustentada, ou aquele que rapidamente encharca grandes curativos.

331

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Hemorragia menor incontrolável – sangramento discreto ou se mantiver escorrendo após compressão local.

1.3.8. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Às Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pressão	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos - Pincimento da tração - Irritação supraciliária




Características da resposta em flexão

Modificado sem autorização a partir de Van Der Naalt 2004 Neu Tijdschr Geneeskd



Pupilar (atualização 2018):

 <p>Exemplo</p>	Reação a luz (fotorreatividade)	
	Inexistente: nenhuma pupila reage ao estímulo de luz.	2
	Parcial: apenas uma pupila reage ao estímulo de luz.	1
	Completa: as duas pupilas reagem ao estímulo de luz.	0
<p>Resultado da escala de coma de Glasgow fica assim agora. Resposta Ocular (2) + Resposta Verbal (4) + Resposta Motora (5) = 11 subtrai a resposta pupilar (1) (ECG11 - RP 1 = ECG-P= 10)</p>		


Descomplicando

ATUALIZAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW 2018

Abertura Ocular + Resposta Verbal + Resposta Motora - Reação Pupilar

**ECG =
1 a 15
PONTOS**

4 - Espontânea	5 - Orientada	6 - Ao comando verbal	0 - Duas pupilas fotorreagentes
3 - À voz	4 - Confusa	5 - Localiza a dor	1 - Uma pupila não fotorreagente
2 - À dor	3 - Inapropriada	4 - Retirada à dor	2 - Duas pupilas não fotorreagentes
1 - Ausente	2 - Incompreensível	3 - Decorticação	
	1 - Ausente	2 - Descerebração	
		1 - Ausente	



1.3.9. AVALIAÇÃO DO AGRAVAMENTO CLÍNICO

O agravamento do estado clínico é o início e evolução da situação/queixa. Tem importância na avaliação de classificação de risco, pois os eventos agudos, súbitos e abruptos são normalmente de indicação emergência/urgência.

Abrupto – é usado para indicar início do evento em segundos ou minutos;

Súbito – indica início em menos ou igual há 12 horas;

Agudo – indica período de tempo entre 12 e 24 horas;

Recentes – sinais e sintomas que surgiram nos últimos 07 dias;

Não recentes – sinais e sintomas que surgiram acima de 07 dias.

1.3.10. AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Temperatura

Temperatura (adulto)	Valores
Normotermia	36°C a 37°C
Hipotermia	Abaixo de 36 °C
Estado Subfebril	37°C a 37,5°C
Febre	37,8°C a 39,5°C
Pirexia	39,5°C a 40,5°C
Hiperpirexia	Acima de 40,5°C

Pressão Arterial

Pressão Arterial (adulto)		Valores
Pressão Arterial (acima do valor de referência)		>140 x 90 mmHg
Pressão Arterial (abaixo do valor de referência)		<110 x 60 mmHg
Classificação	Medida	Valor
Vermelho	Sistólica	≥ 200 mmHg com ou sem sintomas
	Diastólica	≥ 120 mmHg com ou sem sintomas
Amarelo	Sistólica	≥ 170 a 199 mmHg com ou sem sintomas
	Diastólica	≥ 100 a 119 mmHg com ou sem sintomas

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Verde	Sistólica	≥ 139 a 169 mmHg com ou sem sintomas
Azul	Sistólica	Sem alteração

Frequência Respiratória

Padrões	Valores
Bradipnéia	≤ 10 rpm
Taquipnéia	≥ 30 rpm

Frequência Cardíaca

Padrões	Valores
Bradicardia	≤ 60 rpm
Taquicardia	≥ 100 rpm

Saturação

Padrões	Valores
Sat O ₂ baixa	≥ 91% a < 95% em ar ambiente
Sat O ₂ muito baixa	≤ 95% em oxigênio terapia ou ≤ 90% em ar ambiente

335

1.3.11. CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE

REGRA DOS NOVE

Área	Adulto	Criança
Cabeça e pescoço	9%	18%
Membros Superiores	9%	9%
Tronco anterior	18%	18%
Tronco posterior	18%	18%
Genitais	1%	-
Membros inferiores	18%	14%

Fonte: (LIMA JUNIOR et al., 2009).

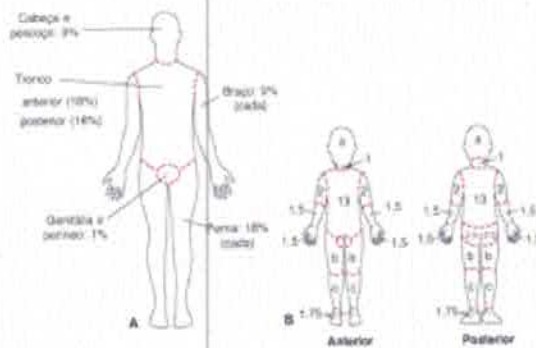
CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE

Grau	Profundidade	Sinais
Superficial ou 1º Grau	Lesões apenas da epiderme	Hiperemia ou vermelhidão
Parcial ou 2º Grau	Lesões na derme	Hiperemia + bolhas
Total ou 3º Grau	Destruição de todas as camadas da pele, atingindo tecidos adjacentes e profundos.	Pele dura e macrada

Fonte: Caderno 28 – Atendimento a Demanda Especializada – Volume 6, Brasília 2012 página 104.

Em A, regra dos nove (para adultos); em B, Tabela de Lund-Browder (para crianças), a fim de estimar a extensão das queimaduras.

Redesenhado de Artz CP, Moncrief JA. *The treatment of burns*. 2. Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1969.



Porcentagem relativa da área da superfície corporal (% ABC) afetada pelo tratamento

Parte do corpo	IDADE				
	0 ano	1 ano	5 anos	10 anos	15 anos
a = 1/2 da cabeça	9,10	8,10	8,10	5,10	4,10
b = 1/2 de 1 coxa	2,54	3,14	4	4,14	4,10
c = 1/2 de 1 perna	2,10	2,10	2,54	3	2,14

Fonte: Caderno 28 – Atendimento a Demanda Especializada – Volume 6, Brasília 2012 página 104.

**1.3.12. ALGORITMO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO ADULTO –
PRIORIDADE ZERO**

PRIORIDADE ZERO	A presença de QUALQUER um destes sinais em qualquer situação indica atendimento médico imediato
PCR	Parada respiratória
	Parada cardiorrespiratória
TRAUMA MAIOR	Respiração Agônica
	Lesão grave de único ou múltiplos sistemas
	TCE com Escala de Glasgow ≤ 8
	Grande queimado ($> 26\%$ SCQ) ou acometimento de vias aéreas (síndrome de inalação)
	Trauma torácico e/ou abdominal com perfuração, taquidispnéia, alteração mental, hipotensão, taquicardia e dor intensa
	Lesões múltiplas de membros com desalinhamento
CHOQUE	Hipotensão (PA sistólica ≤ 90 mmHg)
	Taquicardia (FC ≥ 140 bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40 bpm)
	Alteração do estado de consciência
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	FR < 10 ou ≥ 36 rpm com incapacidade de falar
	Cianose
	Letargia e/ou confusão mental
	FC ≤ 40 ou ≥ 150 bpm
COMA	Escala de Glasgow ≤ 8
NEUROLÓGICO	Alteração/déficit neurológico repentino e/ou abrupto (paresia, plegia, disfasia, afasia, ataxia, paralisia facial)

1.3.13. PROPOSTA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA GESTANTE

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto.

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos.

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para Gestante passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços que assistem partos;
- Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, ou de obstetrix em tempo oportuno, fazendo com que a usuária seja assistida de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação à mulher e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo de organização dos fluxos, com base em critérios que visam priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Ele se inicia no momento da chegada da mulher, com a identificação da situação/queixa ou evento apresentado por ela.

O protocolo de CR é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Consiste numa análise sucinta e sistematizada, que permite identificar situações que ameaçam a vida a partir das seguintes chaves de decisão:

Avaliação sumária do nível de consciência: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

Análise Primária: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

Vias Aéreas: incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

Respiração: a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.

Circulação: a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.

Hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:

A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;

Sangramento intenso: perda brusca ≥ 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;

Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);

Sangramento leve: ≥ 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas



340

CHAMAMENTO PÚBLICO: SS – CH005/2022

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	≥ 140 ou <59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥ 110 mmHg	≥ 140 ou <50 Em paciente assintomática
≥ 140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais).





Tabela 2 – Parâmetros de Avaliação da Glicemia

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia > 300mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012.

Avaliação da dor: (EVA)

Figura 1 – A Escala Visual Analógica – EVA – consiste num instrumento de avaliação subjetiva da intensidade da dor da mulher

 Azul	 Verde	 Amarelo	 Laranja
0	1 2 3	4 5 6	7 8 9 10
Sem Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Intensa

Fonte: Autoria do grupo de trabalho GT – A&CR.

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).

Se não tiver dor, a classificação é **zero**;

Se a dor for moderada, seu nível de referência é **4 a 6**;

Se for intensa, seu nível de referência é **7 a 10**.

Fluxogramas de CR

- Desmaio / mal estar geral;
- Dor abdominal / lombar / contrações uterinas;
- Dor de cabeça, tontura, vertigem;
- Falta de ar;
- Febre / sinais de infecção;
- Náuseas e vômitos;
- Perda de líquido vaginal / secreções;
- Perda de sangue via vaginal;
- Queixas urinárias;
- Parada / redução de movimentos fetais;
- Relato de convulsão;
- Outras queixas / situações

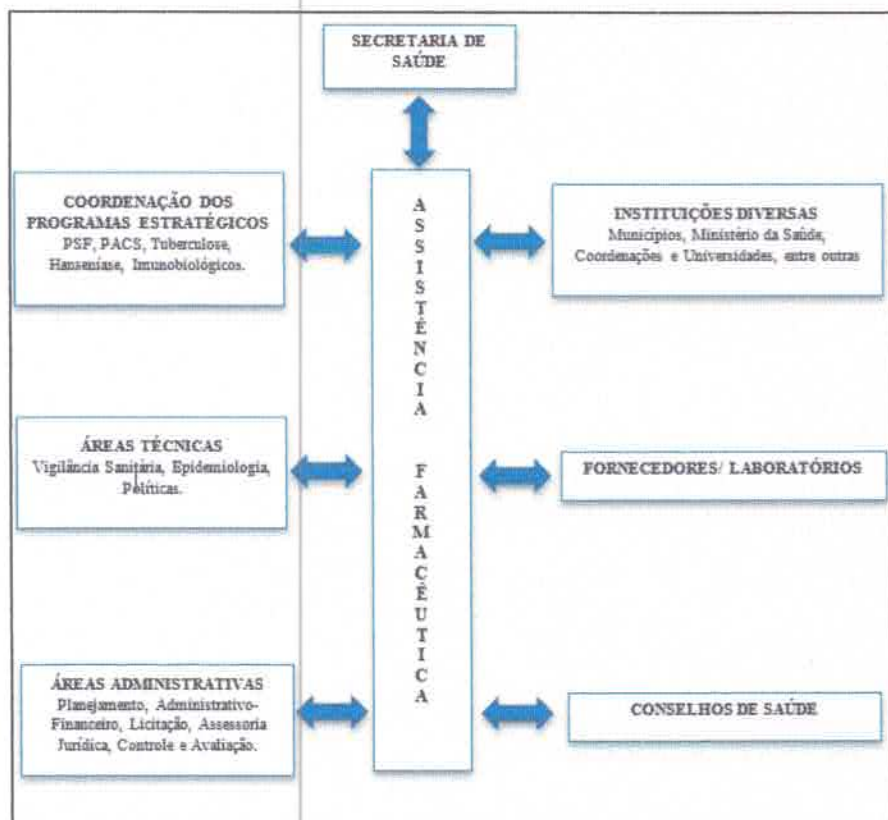
A partir dos fluxogramas:

- Avaliar nível de consciência/estado mental
- Avaliar a ventilação e circulação/dados vitais
- Avaliar a dor
- Avaliar sinais e sintomas gerais e específicos da gestação
- Considerar os fatores de risco

1.4. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

Os medicamentos serão dispensados aos usuários, segundo a Relação Municipal de medicamentos (REMUME), mediante a apresentação da receita e conforme a norma de dispensação.

A **IRB** ressalta, entretanto, a garantia prioritária para a medicação dos usuários acompanhados na Unidade de Saúde, particularmente os portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma, entre outras.



A farmácia deverá ser mantida aberta durante todo o horário de funcionamento das Unidades de Saúde.

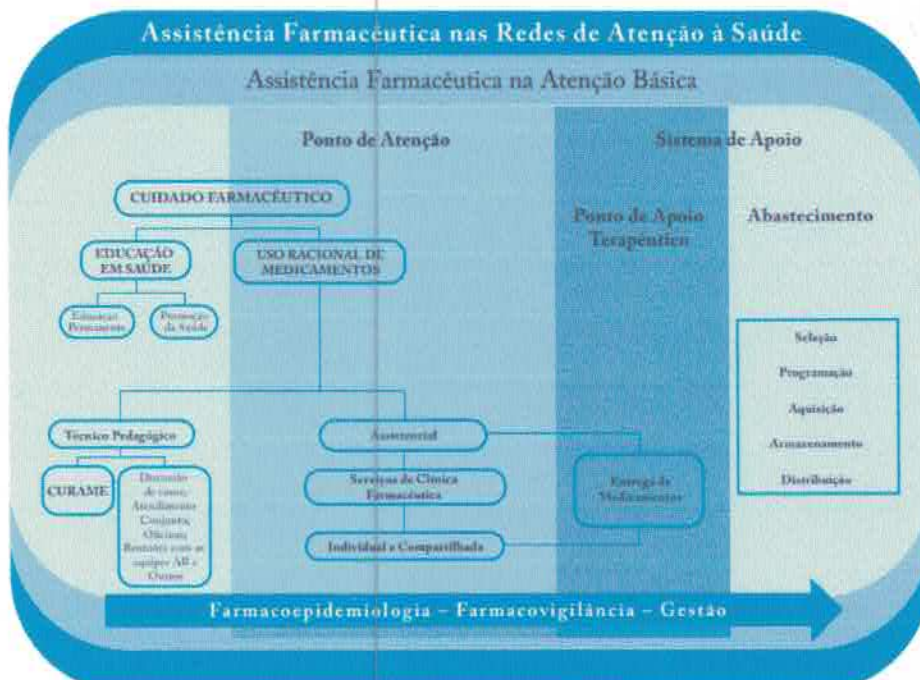


1.4.1. Assistência Farmacêutica

A crescente demanda por serviços de saúde mais efetivos, assim como a racionalidade no uso de medicamentos, redução de custos, minimização de problemas relacionados a esse insumo e aumento da segurança da farmacoterapia, fundamentam a importância de um processo constante de avaliação e monitoramento da Assistência Farmacêutica.

A Assistência Farmacêutica exerce um importante papel na Atenção Básica à Saúde, na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. A disponibilidade dos medicamentos na ABS deve atender às necessidades epidemiológicas, com sua ciência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com uma orientação para o uso racional de medicamentos, por meio de diferentes serviços ofertados no território.

A Assistência Farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, tendo por objeto a relação com o usuário, organizada de acordo com a complexidade, as necessidades da população e as finalidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).



A Figura acima aponta que os serviços de Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde organizam-se necessariamente pela definição dos serviços farmacêuticos, que devem ser realizados na atenção básica.

O cuidado farmacêutico integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe de saúde e atividades de promoção à saúde de caráter geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas.

A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas, de forma complementar, visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos.

Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, bem como conhecer os



principais problemas relacionados com os medicamentos vivenciados pelos usuários.

A entrega de medicamentos praticada nos pontos de apoio terapêutico pode ser realizada ao usuário estável, bem controlado, com boa adesão terapêutica e que goza de autonomia em relação ao próprio tratamento.

As atividades realizadas para o abastecimento de medicamentos, enquanto sistema de apoio às ações de saúde, devem estar integradas e sincronizadas com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, na hora que ele precisa, com suficiência, regularidade e qualidade.

1.4.2. Instalação das Farmácias

A estrutura organizacional é a forma pelo qual as atividades de uma organização pública ou privada são divididas, organizadas e coordenadas. Para isso é necessário conhecer todos os processos de trabalho, organizá-los de acordo com a sua natureza (diferenciação horizontal) e distribuí-los em níveis hierárquicos numa escala de comando (diferenciação vertical) com a finalidade de melhorar a comunicação, racionalizar fluxos de informações, qualificar serviços e aperfeiçoar a relação custo-benefício.

A instalação de uma farmácia em um determinado local ou área requer autorização de órgãos responsáveis pela fiscalização. Os procedimentos necessários para obtenção dessas licenças são oriundos de leis federais e resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no que se refere aos requisitos técnicos e sanitários que abrangem o funcionamento de um estabelecimento de dispensação de medicamentos.

1.4.3. Certidão de Regularidade Técnica

Todas as unidades possuirão Certidão de Regularidade Técnica emitida pelo CRF – CE com a cobertura total de farmacêuticos no período funcionamento da farmácia.

1.4.4. Licença de Autoridade Sanitária Local – Alvará Sanitário

A instalação de uma farmácia implica a observância da legislação sanitária específica para os estabelecimentos de dispensação de medicamentos – RDC 44/2009 (BRASIL, 2009). Atuaremos sempre junto aos órgãos da vigilância sanitária para que as licenças de funcionamento das farmácias estejam atualizadas.

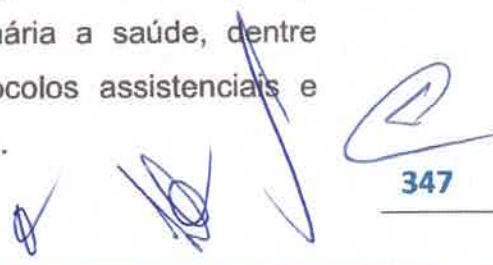
1.4.5. Manual de Boas Práticas Farmacêuticas

O Manual de Boas Práticas Farmacêuticas constitui-se em medidas que visam assegurar a manutenção da qualidade dos medicamentos e dos serviços prestados na farmácia. A equipe de farmácia dos equipamentos de saúde terá à disposição todo o material que oriente e respalde sobre a tomada de decisão dos profissionais sempre em concordância com a Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde, correspondente.

1.4.6. Procedimentos Operacionais Padrão (POP)

Para que todas as ações no âmbito da Atenção Básica e Atenção Especializada ocorram dentro dos parâmetros da excelência, orientados pelo ciclo de melhoria contínua, torna-se fundamental a estruturação de processos de trabalho baseados em evidências como algoritmos e protocolos presentes na literatura.

A considerar a necessária organização dos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e NASF, o Ministério da Saúde tem apresentado desde a década de 90 diversos documentos com esta intenção de subsidiar as práticas profissionais no nível da atenção básica, orientados pelo conceito da segurança e qualidade. Boa parte deles encontra-se presente principalmente nos Cadernos de Atenção Básica (CAB), aps.saude.gov.br, SAPS - Secretaria de atenção primária a saúde, dentre outros Procedimentos, Rotinas e Fluxogramas e protocolos assistenciais e administrativos que se encontram anexo a essa Proposta.



347

1.4.7. Proposta de Estruturação para Qualificação das Farmácias no SUS

Para que as ações da Assistência Farmacêutica atendam às necessidades de saúde da comunidade, o farmacêutico precisa conhecer a realidade, a estrutura do serviço de saúde e da Assistência Farmacêutica no município e nas unidades de saúde, os processos de trabalho, o perfil demográfico e epidemiológico, assim como as condições de vida e saúde da população local. Da mesma forma, é fundamental que o farmacêutico esteja articulado com a equipe de saúde na perspectiva de que a Assistência Farmacêutica faça parte das ações de saúde do município. Esse profissional deve atuar junto à equipe multiprofissional na busca da identificação dos problemas, sua hierarquização, estabelecimento de prioridades, definição das estratégias e ações para intervenções a serem superadas para atingir a dimensão integral da Assistência Farmacêutica. (BRASIL, 2006).

Definidas as ações é necessário distribuir as funções, as responsabilidades, a ordem de execução e construir uma agenda para as atividades estabelecidas. Além de estabelecer critérios de acompanhamento e avaliação para identificar, de forma continuada, se os objetivos e metas estão sendo atingidos e, posteriormente, avaliar os resultados por meio de indicadores preestabelecidos. (BRASIL, 2006).

A equipe de farmácia terá recursos humanos suficientes tanto para realizar a gestão quanto atividades clínico- assistenciais, comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades dos usuários. As atribuições e responsabilidades dos auxiliares, técnicos e farmacêuticos estarão formalmente descritas e compreendidas pelos envolvidos, que possuirão competência e habilidades suficientes para desempenhá-las.

O quantitativo desses recursos variará conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia. A capacitação contínua da equipe estará no plano de educação permanente da instituição, em conjunto com o conhecimento da missão, visão e valores da instituição, os treinamentos auxiliarão no cuidado e humanização dos usuários atendidos.



Assistência Farmacêutica: A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A organização da Assistência Farmacêutica caracteriza-se como uma estratégia que procura superar a fragmentação entre esses componentes e as diversas áreas do sistema, mediante definição de fluxos na construção de um conjunto articulado e sincronizado, que influencia e é influenciado pelas áreas dos serviços de saúde.

Serviços farmacêuticos: Têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários. São integrados aos serviços de saúde e compreendem atividades administrativas que têm por finalidade garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação; serviços assistenciais que garantam a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde.

Para instrumentalizar esses processos, as unidades realizarão o controle de estoque através do Sistema de gestão "GSS" que é uma importante ferramenta para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica, possibilitando a rastreabilidade de dispensações aos usuários e controle geral do estoque, acompanhamento, em tempo real, do serviço por meio da emissão e avaliação de relatórios que permitem maior agilidade, segurança e controle das atividades com a supervisão da coordenação de saúde. As equipes serão treinadas para a correta utilização do sistema.