

Ofício nº 344/2026 – GP

Jacareí, 25 de agosto de 2026.

Ao Excelentíssimo Senhor
Paulo Luís Santos (Paulinho do Esporte)
D.D. Presidente da Câmara Municipal de Jacareí/SP

Assunto: **Pedido de Informações nº 77/2026**

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Em atendimento ao e-mail "Encaminha Pedidos de Informações da 23ª S.O. (12/08/2026)" recebido no dia 14 de agosto de 2026, referente ao Pedido de Informações nº 77/2026, de autoria do vereador Gabriel Belém, vimos prestar as seguintes informações:

Segue o Memorando nº 264/2026 – DAB, expedido pela Secretaria de Saúde, a fim de responder aos questionamentos apresentados.

Respeitosamente,

CELSO FLORÊNCIO DE SOUZA
Prefeito do Município de Jacareí

HERNANI BARRETO
Secretário de Governo

Jacareí, [data registrada na assinatura digital].

Memorando nº 264/ 2026 – DAB

Ao Chefe de Gabinete

Assunto: Resposta ao Pedido de Informações nº 77/2026 - Vereador Gabriel Belém.

Prezado Senhor,

A Secretaria Municipal de Saúde vem promovendo ações voltadas à qualificação do acesso e à organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de aprimorar o atendimento aos usuários das Unidades Municipais de Saúde da Família (UMSFs) e fortalecer o acolhimento das demandas apresentadas pela população.

Entre as medidas adotadas, destaca-se a utilização do Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde do Município, instrumento que orienta as equipes quanto à escuta, avaliação e direcionamento das demandas dos usuários, contribuindo para a organização do processo de trabalho e para a qualificação do acesso aos serviços.

Também vêm sendo realizadas ações de capacitação e orientação das equipes, adequação dos fluxos de atendimento e organização das agendas e processos de trabalho das unidades, buscando aprimorar a assistência prestada e assegurar que as demandas dos usuários sejam avaliadas de acordo com suas necessidades de saúde, durante o horário regular de funcionamento dos serviços.

Essas iniciativas integram o trabalho permanente da Administração Municipal para fortalecer a Atenção Primária, qualificar o acolhimento e promover o acesso aos serviços de saúde, em consonância com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

1. Qual é o procedimento padronizado adotado pela Secretaria Municipal de Saúde para o acolhimento e a triagem dos pacientes que chegam às Unidades Municipais de Saúde da Família (UMSF) e demais Unidades Básicas de Saúde de Jacareí?

O acolhimento das demandas espontâneas segue o Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde do Município, que orienta a escuta, avaliação e direcionamento dos usuários conforme a necessidade apresentada.

1.1. Encaminhar cópia do protocolo formal, instrução normativa ou diretriz técnica que estabelece tais procedimentos.

Encaminha-se, em anexo, cópia do Protocolo Municipal de Acolhimento à Demanda Espontânea.

2. Quais categorias profissionais são responsáveis por realizar o procedimento de triagem/acolhimento dos pacientes nessas unidades?

As atribuições dos profissionais envolvidos no acolhimento estão estabelecidas no Protocolo Municipal, observando-se as competências e atribuições legais de cada categoria profissional.

2.1. Caso outros profissionais realizem a triagem, informar as respectivas qualificações e a fundamentação técnica do procedimento.

As atribuições dos profissionais envolvidos no acolhimento estão estabelecidas no Protocolo Municipal, observando-se as competências e atribuições legais de cada categoria profissional.

3. Existem unidades de saúde no município que adotam a limitação de senhas diárias ou horários específicos restritos para que os cidadãos possam passar pela triagem?

Não. Não existe orientação da Secretaria Municipal de Saúde para limitação de senhas ou restrição de acesso ao acolhimento por meio de cotas diárias.

3.1. Em caso afirmativo, quais unidades adotam essa prática, quais são os horários estabelecidos e qual a justificativa técnica e operacional para a restrição?

Não se aplica.

4. Há padronização desse fluxo de atendimento para todas as unidades da rede municipal ou cada unidade possui autonomia para definir horários e cotas de senhas para a triagem?

O Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea é padronizado para as unidades da rede municipal. As unidades podem organizar seus processos internos conforme suas características, desde que respeitadas as diretrizes municipais e sem estabelecer barreiras ao acesso dos usuários.

5. Qual é a orientação da Secretaria Municipal de Saúde para o atendimento dos cidadãos que chegam às unidades fora dos horários eventualmente fixados para triagem ou após o encerramento da distribuição de senhas?

Todo cidadão que procurar a unidade durante o horário regular de funcionamento deverá ter sua demanda acolhida e avaliada conforme o Protocolo Municipal.

6. Quais medidas estão sendo adotadas pela Prefeitura para garantir o acesso universal, contínuo e sem restrição de senhas ao acolhimento e à triagem durante todo o horário de funcionamento regular das unidades de saúde?

A Secretaria Municipal de Saúde vem adotando medidas como a implantação do Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea, capacitação das equipes, adequação dos fluxos de atendimento e organização das agendas e processos de trabalho das unidades, visando garantir o acolhimento das demandas durante o horário regular de funcionamento.

Atenciosamente,

RENILDO
CARVALHO DA
SILVA:
34535734801

Assinado digitalmente por RENILDO
CARVALHO DA SILVA:34535734801
DN: c=BR, ou=ICP-Brasil, ou=Secretaria da
Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB
e=CPF A3, ou=(sem branco), CN=RENILDO
CARVALHO DA SILVA:34535734801
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2026.08.19 11:17:05-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.1.0

RENILDO CARVALHO DA SILVA

Diretor de Atenção Básica

AGUIDA ELENA
BERGAMO
FERNANDES
CAMBAUVA:0262139
6852

Assinado digitalmente por AGUIDA ELENA BERGAMO
FERNANDES CAMBAUVA:02621396852
DN: c=BR, ou=ICP-Brasil, ou=ICP-SOLUTI Múltipla v6,
ou=3334946000049, ou=Videoconferência, ou=
Certificado PF A3, ou=AGUIDA ELENA BERGAMO
FERNANDES CAMBAUVA:02621396852
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2026.08.19 16:28:06-02'00'
Foxit PDF Reader Versão: 12.1.0

DRA. ÁGUIDA ELENA B. F. CAMBAUVA

Secretária de Saúde

	Prefeitura Municipal de Jacareí Secretaria de Saúde		
Tipo de documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRTCL.XXX.XXX - Página 1/49	
Título do documento	PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA	Emissão: NOV/25	Próxima revisão: 2027
		Versão:1ª-	
18/08/2026	Realizado correção do nome completo da secretária adjunta.	Adriana dos Santos Antonio – matrícula nº1065951	

PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREÍ **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1ª edição

Elaboração, distribuição e informações: Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Gestão 2025-2028

Aguida Elena Bergamo Fernandes Cambaúva – Secretária de Saúde

Tatiany Pereira de Oliveira – Secretária Adjunta

Renildo Carvalho da Silva – Diretor do Departamento de Atenção Básica

Elaboração 1ª versão

Adriana dos Santos Antonio – COREN 675898-SP

Lidiane Lopes da Mota Ribeiro – COREN 426269-SP

Sissiana Souza Dias Leite – COREN 452877-SP

Coordenadora de Educação Permanente em Saúde– Cintia Ceci Ramos

Revisão

Vivian Raymundo da Silva – COREN 179353-SP

FICHA CATALÓGRAFICA

Jacareí- SP. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde.

1. Acolhimento. 2. Demanda espontânea. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título. II. Título:
Acolhimento da demanda espontânea na atenção primária à saúde.

1 - CONTEXTO HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A rede municipal de saúde de Jacareí vinha, há anos, trabalhando com o acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS) de maneira heterogênea e não qualificada, uma vez que cada unidade de saúde realizava o acolhimento de acordo com suas possibilidades para suprir as necessidades dos usuários. A importância de reorganizar o atendimento visa à aplicabilidade para que a prática do acolhimento fosse vivenciada por toda equipe de saúde e ofertada a todos os usuários que procuram unidades de APS em demanda espontânea, sendo capaz de acolher o usuário e garantir um melhor acesso aos serviços de saúde, de maneira humanizada, organizada e possibilitando maior vínculo entre profissionais, usuários e equipe.

Diante deste panorama, partiu-se em busca de conhecimento técnico e da realização de diagnósticos situacionais das unidades de saúde do município para melhor compreender os aspectos teóricos e práticos acerca do tema e entender como cada uma delas lidava com a demanda espontânea, bem como identificar quais eram as demandas mais frequentes.

Foram realizadas pesquisas na literatura sobre o acolhimento da demanda espontânea na APS e encontradas várias recomendações para o acolhimento com classificação de risco voltado ao pronto atendimento. Havia pouca evidência bibliográfica frente à APS.

Além disso, foi criado um instrumento norteador para coleta e registro dos dados no acolhimento. Com todas essas informações reunidas, elaborou-se uma proposta para o acolhimento da demanda espontânea baseado em queixas/sintomas, sinais de alerta e vulnerabilidades que foi apresentado ao Conselho Regional de Enfermagem, Subseção de São José dos Campos, para conhecimento e iniciado a fase de validação junto às equipes de APS.

A partir de então, este protocolo foi implantado em todas as unidades de saúde do município, com a realização de oficinas para capacitação das equipes in loco e monitoramento da aplicabilidade. O protocolo de acolhimento possibilitou aos profissionais e gestores das equipes locais um levantamento das necessidades da população para posterior planejamento de ações.

2 - INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) instituída em 2013 veio para fortalecer os princípios do SUS e buscar por mudanças nos modos de gerir e cuidar, tendo como uma de suas diretrizes o acolhimento, estabelecendo que Acolher é “reconhecer o que o outro traz como legítimo, e singular necessidade de saúde”, tendo como objetivo “a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva”.

Para tanto, a escuta qualificada realizada pelos profissionais amplia a efetividade das práticas de saúde possibilitando o acesso oportuno desses usuários, às tecnologias adequadas as suas necessidades (BRASIL, 2015). Neste contexto, no que diz respeito à APS, é importante estabelecer as formas de acolhimento e inclusão do usuário que possam promover à otimização dos serviços, reduzir as filas, estabelecer hierarquização de riscos e garantir o acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2015).

A Atenção Básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento - chave.

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, sendo uma prática constitutiva das relações de cuidado.

O atendimento à demanda espontânea, envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

As equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) têm que estar abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e imprevistos, percebendo as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os recursos disponíveis que ajudem a aliviar sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos e diminuir o isolamento e abandono.

O acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma unidade de saúde da APS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro, pois a Atenção Básica 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.

Esperamos que, com a organização deste material como iniciativa, em articulação com outras ações desenvolvidas, possamos contribuir efetivamente para o fortalecimento da APS no seu papel protagonista de produção e gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos.

3. OBJETIVO GERAL

Nortear e sistematizar o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde no município de Jacareí com vistas à garantir o direito ao acesso aos serviços de saúde, reorganizando o processo de trabalho para aumentar a resolutividade, vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir o acesso da demanda espontânea na APS conforme as necessidades da população considerando suas particularidades;
- Organizar o atendimento da demanda espontânea por meio do levantamento de queixas/sintomas, sinais de alerta e vulnerabilidades;
- Elencar as necessidades e agravos de saúde com base nas queixas/sintomas, sinais de alerta e vulnerabilidades, direcionando o fluxo com a utilização dos quadros norteadores;
- Subsidiar a organização das agendas dos profissionais de maneira a garantir o acesso da demanda programada e demanda espontânea;
- Promover o acolhimento da demanda espontânea de forma multidisciplinar;
- Estabelecer as atribuições de cada membro da equipe multidisciplinar frente ao acolhimento;
- Divulgar as diretrizes descritas neste protocolo para todos os profissionais da rede vinculados à Secretaria Municipal de Jacareí;
- Capacitar os profissionais para o acolhimento à demanda espontânea na APS;
- Avaliar e monitorar continuamente o processo de acolhimento na rede.

4. CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A APS é a principal e preferencial porta de entrada do sistema e é composta por equipes multidisciplinares que oferecem cobertura para toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas de acordo com seus respectivos territórios (BRASIL, 2017).

A unidade de saúde deve acolher todos os indivíduos do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes, procurando sempre facilitar o acesso. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis (STARFIELD, 2004). Acesso diz respeito à capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante), que devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados (BRASIL, 2017).

4.2 ATENÇÃO À DEMANDA PROGRAMADA E À DEMANDA ESPONTÂNEA

Entende-se por demanda programada como o próprio nome diz, sendo aquela que requer uma programação, ou seja, é uma ação gerada pelo agendamento de consultas, ações preventivas, visitas profissionais e outras atividades previamente programadas e possíveis de serem previstas (BRASIL, 2013). Essa demanda permite à equipe planejar ações eletivas de cuidado longitudinal visando à manutenção e promoção da saúde e prevenção de doenças.

Por sua vez, a demanda espontânea é aquela que comparece na unidade inesperadamente, seja para problemas agudos, crônicos agudizados ou por motivos que o próprio usuário julgue como necessidade de saúde.

A atenção à demanda espontânea é entendida como o atendimento que ocorre no horário de funcionamento da unidade de saúde, caracterizada por situações que demandam intervenções imediatistas ou não, fatos que poderão ocorrer a qualquer instante. Conforme sua necessidade, todo e qualquer usuário deverá receber o atendimento inicial em qualquer unidade de saúde e posterior a intervenção, ser direcionado para sua unidade de referência (BRASIL, 2012b).

Conceitos fundamentais do Acolhimento da Demanda Espontânea



Fonte: Autoras, 2024

5. FLUXO DOS USUÁRIOS NA UNIDADE DE SAÚDE

A recepção é o primeiro contato do usuário com a equipe e deve estar organizada para receber a demanda programada e a demanda espontânea.

A demanda programada deve ser recebida e devidamente direcionada, evitando esperas desnecessárias.

Para situações imprevistas, cuja avaliação e direcionamento não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Sendo assim, situações imprevistas requerem a organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas.

Os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter capacidade de analisá-las, clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, visando a resolutividade de cada caso.

5.1 FLUXO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E DIRECIONAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para a organização do acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo nas unidades de saúde que contemplam a APS deverão ser consideradas, minimamente, cinco características:

1. População adstrita;
2. População atendida;
3. Serviços ofertados;
4. Horários de maior fluxo e procura da demanda espontânea;
5. **Disponibilidade de vagas nas agendas dos profissionais (médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior que compõe a equipe de saúde).**

A equidade do acesso deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. É preciso tratar cada caso de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas.

A demanda apresentada pelo usuário deve ser acolhida, escutada e reconhecida como legítima. Muitas vezes há coincidência da demanda apresentada e do olhar técnico profissional, no entanto, quando isso não ocorre, é imprescindível que o profissional se empenhe no diálogo e compreensão, evitando falhas na comunicação que podem culminar em dúvidas, reclamações, retornos repetidos e busca por outros serviços.

A escuta qualificada é uma importante ferramenta no acolhimento, pois permite identificar as diferentes necessidades, situações de maior urgência e condições de maior vulnerabilidade, possibilitando proceder os devidos direcionamentos, com vistas na prioridade de cada caso.

Nas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF):

- **Para unidades com apenas uma equipe :** o auxiliar/técnico de enfermagem realiza a escuta qualificada dos usuários que chegam por demanda espontânea e direcionam para o enfermeiro ou médico da equipe.
- **Para unidades com duas ou mais equipes:** o auxiliar/técnico de enfermagem realiza a escuta qualificada dos usuários que chegam por demanda espontânea e direcionam para o enfermeiro ou médico da equipe de referência do usuário. Na ausência de qualquer um desses profissionais de referência, o usuário deverá ser direcionado para o médico ou enfermeiro das outras equipes.

Nas Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Primária (EAPs): A unidade **deverá** dispor de uma equipe de referência com escala funcional diária (auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro e médico) para a prática do acolhimento, na qual o auxiliar/técnico de enfermagem realiza a escuta qualificada dos usuários que chegam por demanda espontânea e direcionam para médico e/ou enfermeiro de referência da equipe do acolhimento.

6. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

6.1 Atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde

- Participar do planejamento, coordenar e avaliar as ações de saúde prestadas à demanda espontânea;
- Analisar a assistência à saúde prestada à demanda espontânea, face aos problemas prevalentes;
- Programar, executar e avaliar o processo de trabalho com base em prioridades, objetivos e metas propostas;
- Avaliar e monitorar as ações do acolhimento à demanda espontânea;
- Planejar ações que visem aperfeiçoar o atendimento da demanda espontânea e sensibilização da população.

6.2 Recepção/Agente Administrativo

- Colaborar para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde em demanda espontânea;
- Recepcionar e encaminhar todos os usuários em demanda espontânea para a equipe de referência do acolhimento;
- Realizar agendamentos.

6.3 Agente Comunitário de Saúde

- Divulgar o Protocolo de acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo na APS estabelecido na unidade, nas visitas domiciliares ou outros espaços de atuação (escolas, grupos, reuniões de quarteirão);
- Colaborar para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde por meio de demanda espontânea, através de orientações acerca do fluxo de acolhimento instituído na unidade e encaminhamento para o profissional de referência para levantamento de informações e direcionamento assistencial adequado.

6.4 Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Colaborar para a organização do fluxo dos usuários que procuram a unidade de saúde por meio de demanda espontânea;
- Realizar a escuta qualificada utilizando os instrumentos norteadores de acordo com o protocolo municipal para direcionamento do fluxo de atendimento;
- Realizar aferição de sinais vitais conforme instrumento norteador do acolhimento;
- Realizar procedimentos de enfermagem de sua competência conforme instrumento norteador do acolhimento;
- Registrar as informações no sistema informatizado;
- Inserir o usuário na fila de atendimento do profissional de saúde direcionado para o acolhimento;
- Proceder e auxiliar nas orientações após intervenções propostas para continuidade do cuidado;
- Discutir com profissional de nível superior toda situação de dúvida, dificuldade de direcionamento ou situações omissas neste protocolo.

IMPORTANTE

De acordo com o Decreto 94.406/87 – COFEn, artigo 11, II: "É atribuição do auxiliar de enfermagem: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação". Entretanto, esta é uma atribuição pertinente a qualquer profissional da saúde.

6.5 Enfermeiro

- Participar da coordenação das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Supervisionar as ações do auxiliar/técnico de enfermagem no acolhimento;
- Participar do processo decisório e direcionamento de fluxo de atendimento;
- Realizar atendimento de enfermagem e procedimentos no dia dos casos direcionados para acolhimento;
- Participar da tomada de decisão e direcionamento assistencial dos casos que não estiverem contemplados neste protocolo.

6.6 Médico

- Participar da coordenação das ações de acolhimento da demanda espontânea;
- Participar do processo decisório e direcionamento de fluxo de atendimento;
- Realizar atendimento médico e procedimentos no dia dos casos direcionados para acolhimento;
- Proceder ao atendimento médico, independente de sua especialidade na ausência dos especialistas das áreas de: clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia;
- Realizar procedimentos de sua competência;
- Participar da tomada de decisão e direcionamento assistencial dos casos que não estiverem contemplados neste protocolo.

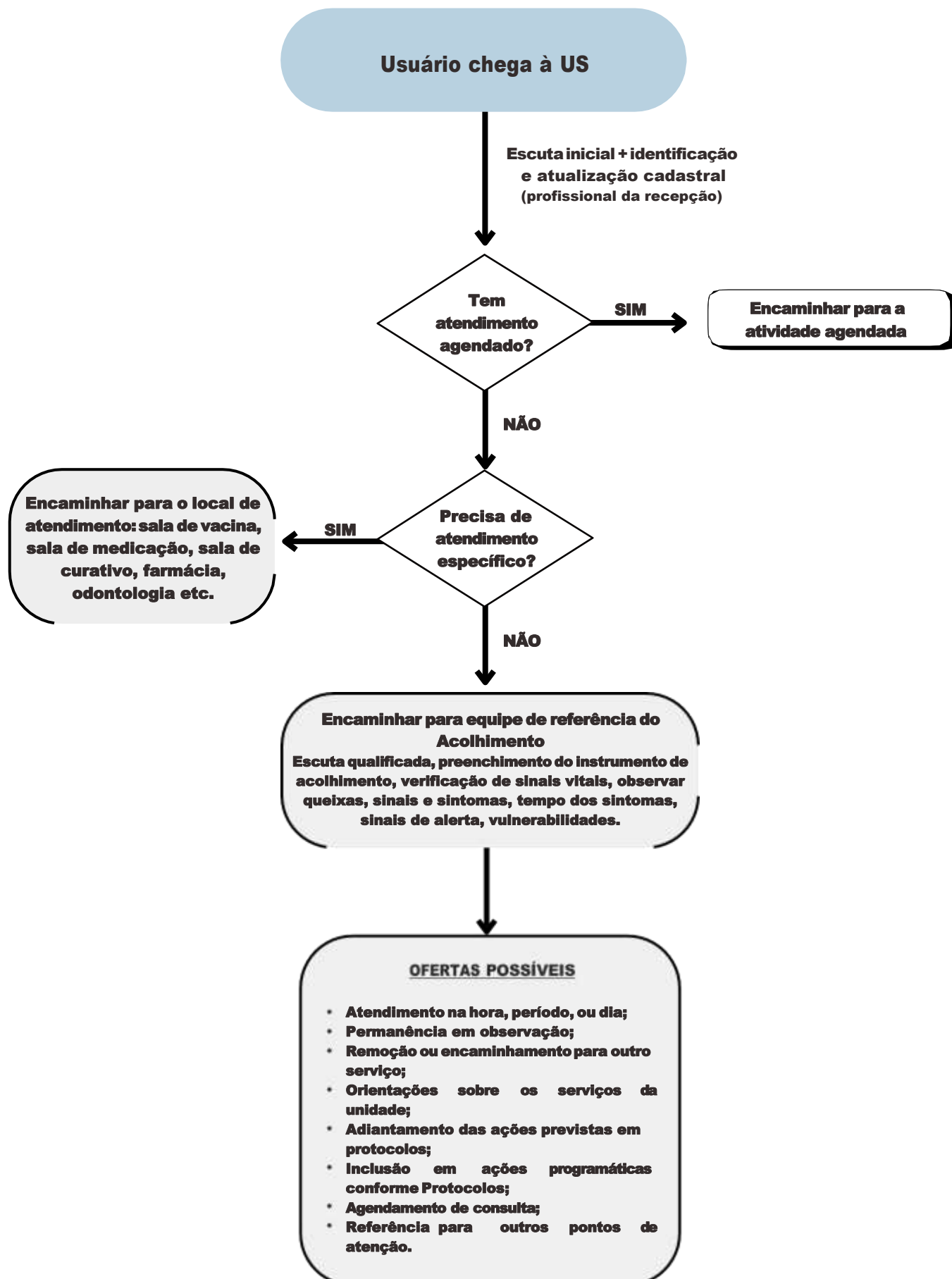
6.7 Supervisor

- Planejar, coordenar, supervisionar, avaliar e monitorar as ações de saúde, bem como os indicadores relacionados ao acolhimento da demanda espontânea da unidade preconizados pelo Ministério da Saúde e pelo município;
- Organizar o processo de trabalho da equipe de saúde de modo a garantir o acesso por meio do acolhimento à demanda espontânea para todos os usuários que buscam a unidade com demandas de saúde;
- Confeccionar, avaliar e monitorar as agendas dos profissionais diariamente ou quando necessário, de forma que esta contemple o acolhimento da demanda espontânea;
- Direcionar os atendimentos de demanda espontânea de acordo com o protocolo municipal e garantir sua aplicabilidade por todos os profissionais;
- Participar do processo decisório e direcionamento de fluxo de atendimento.

7. FLUXO DOS USUÁRIOS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Fluxograma 1 apresenta as possibilidades de fluxo existentes para os usuários nas unidades de APS

Fluxograma 1: Fluxo dos usuários nas unidades de saúde de APS



Fonte: Adaptado pelos autores de PONTA GROSSA, 2022.

Todos os usuários que procurarem por atendimento sem agendamento prévio deverão ser encaminhados para escuta inicial (acolhimento), onde o profissional da equipe de referência deverá fazer a escuta qualificada utilizando o Instrumento de Acolhimento da Demanda Espontânea (ANEXO 1). Após finalização da escuta qualificada, o profissional da equipe de referência utilizará o Quadro de Sinais Vitais (ANEXO 2) e os Quadros de Queixas, Sinais e Sintomas (ANEXO 3) para direcionamento do atendimento.

- Ao identificar sinal vital relacionado no Quadro de Sinais Vitais na coluna C, o auxiliar e/ou técnico de enfermagem deverá direcionar o usuário para sala de urgência, comunicando imediatamente o médico e o enfermeiro.
- Ao identificar sinal vital relacionado no Quadro de Sinais Vitais na coluna B, o auxiliar deverá direcionar o usuário para atendimento do médico ou do enfermeiro.
- Ao identificar sinal vital relacionado no Quadro de Sinais Vitais na coluna A, o direcionamento de fluxo realizado pelo auxiliar e técnico de enfermagem se dará conforme os Quadros de Queixas, Sinais e Sintomas da seguinte forma:

1 - Direcionamento para atendimento pelo enfermeiro ou médico;

2 - Direcionamento para atendimento médico;

3 - Direcionamento para atendimento imediato em sala de urgência pela equipe (médico, enfermeiros e equipe multidisciplinar).

O auxiliar e técnico de enfermagem poderão direcionar o usuário para agendamento em vaga disponível conforme os protocolos vigentes no município nos seguintes casos:

- solicitação de agendamento de consulta de acompanhamento nos programas de saúde;
- solicitação de agendamento de consulta para realização de exames de rotina;
- solicitação de agendamento de consultas para encaminhamento para especialidades;
- solicitação de agendamento de consultas para renovação de receitas;
- contra referências com solicitação de agendamento;

OBSERVAÇÕES:

- Nos casos de direcionamento de fluxo do item 1 (atendimento médico ou de enfermeiro) o auxiliar e/ou técnico de enfermagem deve direcionar os usuários para atendimento de médicos e enfermeiros de maneira alternada, de modo que não exista sobrecarga de atendimento para nenhuma das categorias profissionais;
- Ao realizar acolhimento a demanda espontânea, auxiliares ou técnicos de enfermagem podem realizar agendamento médico para data futura, exceto se o usuário apresentar queixa aguda ou crônica agudizada ou sinais de alerta que devem obrigatoriamente passar por avaliação com profissional de nível superior;
- **O encaminhamento de usuários da unidade de atenção primária para outros locais de atendimento não pode ser delegado a auxiliares e técnicos de enfermagem, devendo ser realizado por profissional médico ou enfermeiro;**
- Na ausência de um profissional médico na unidade de saúde e considerando que o usuário necessite de atendimento de urgência/emergência o enfermeiro ou o profissional responsável pelo acolhimento desse usuário deverá acionar o Serviço de Urgência e Emergência – SAMU pelos telefones 192 para informar o caso ao médico regulador.
- Nos casos direcionados para atendimento do Enfermeiro deverão ser utilizados os fluxogramas relacionados no Anexo 4;
- Todos os profissionais da unidade deverão compreender e pactuar o processo de trabalho previsto no acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo na APS e estarem inseridos em seu contexto;
- As agendas médicas e de enfermagem além de vagas para consultas programadas, deverão prever vagas para programação de consultas da demanda espontânea, com a utilização da sigla VAGAS DE SUPERVISÃO, estas deverão ser pactuadas entre Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e unidade de saúde (supervisor e equipe multiprofissional);
- Os usuários que apresentarem suas necessidades que demandam atendimento imediato em sala de urgência não serão contemplados nas vagas de demanda espontânea, pois caracterizam atendimento imediato e prioritário;
- As faltas nas agendas programadas deverão ser utilizadas para atendimento de consulta de acolhimento;
- Vagas não ocupadas no dia e que não houve a mudança de sigla em tempo hábil também poderão ser utilizadas para o atendimento da demanda espontânea daquele dia. Nesse caso, essa vaga deve ser utilizada para o acolhimento e informar supervisor da unidade para alterar a sigla. Essas vagas também podem ser utilizadas para agendamento conforme protocolos, pois são consideradas vagas eletivas;

- Nos casos de evasão do usuário que passou pelo acolhimento e teve seu atendimento direcionado, ou que não aguardou pela escuta inicial do acolhimento, o profissional deverá proceder ao chamado por três vezes consecutivas respeitando o intervalo entre as chamadas determinado pelo sistema de atendimento adotado pelo município. Deverá ser registrado no prontuário o não comparecimento do usuário, acrescido da assinatura e carimbo.
- Os usuários hiperutilizadores (procuram a unidade por repetidas vezes) deverão ter a garantia do acolhimento e direcionamento quantas vezes comparecerem ao serviço. Entende-se por usuários hiperutilizadores aqueles que frequentam a unidade de saúde com intervalos pequenos de tempo e sem motivos relevantes aparentemente, no entanto torna-se necessário um olhar mais aprofundado sobre esse perfil de população e uma abordagem diferenciada no acolhimento (BRASIL, 2012);
- Todo e qualquer tipo de levantamento de queixa/sintoma, sinais de alerta, vulnerabilidades pode sofrer alterações, exigindo do profissional o reinício do direcionamento em qualquer tempo oportuno;
- A quantidade de vagas destinadas para atendimento da demanda espontânea e a carga horária destinada para a equipe de referência de acolhimento podem variar de acordo com a característica de cada unidade;
- **As questões referentes ao acolhimento da demanda espontânea e direcionamento de fluxo deverão ser pauta constante das reuniões de equipe e/ou grupo gestor afim de adequações para o fortalecimento da prática;**
- Discutir com profissional de nível superior toda situação de dúvida, dificuldade de direcionamento ou situações omissas neste protocolo.

A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro está legalmente amparada desde que fundamentada nos Programas de Saúde Pública ou em rotinas institucionais, mediante protocolos elaborados pelas instituições ou Ministério da Saúde (Resolução COFEN 271/2002, PORTARIA Nº 1.625 DE 10 DE JULHO DE 2007, Parecer COREN/PR 004/2014 e PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL No. 3/2023/PROGER/DPAC/SPC/COFEN). É importante ressaltar que as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, prescrição de cuidados de enfermagem e vigilância à saúde devem sobressair nas consultas de enfermagem. No entanto, quando necessário, o enfermeiro está respaldado a prescrever medicamentos conforme indicações deste protocolo, além dos descritos nos demais protocolos instituídos no município.

Anexo 2: Quadro de Sinais Vitais

Quadro de sinais vitais			
Frequência Respiratória MPM (movimentos por minuto)			
Faixa etária	A	B	C
Adulto	20-24	25-34	≥ 35
Criança até 1 ano	30-59	60-69	≥ 70
Criança de 01 a 05 anos	20-49	50-59	≥ 60
Criança > 05 anos	17-39	40-49	≥ 50
Frequência cardíaca - BPM (Batimentos por minuto)			
Adulto	70-119	120-139	≥ 140 < 60
Criança até 1 ano	80-130	131-179	≥ 180
Criança de 01 a 05 anos	80-110	111-129	≥ 130
Criança > 05 anos	75-100	111-129	≥ 130
Pressão Arterial Sistólica - mmHg (Milímetros de mercúrio)			
Adulto	140-149	150-179	≥ 180
Pressão Arterial Diastólica - mmHg (Milímetros de mercúrio)			
Adulto	80-90	91-119	≥ 120
Temperatura Axilar - ° C - (Grau Celsius)			
Adulto/Criança	37,5	37,6-38,4	≥ 38,5 ≤ 35
Glicemia capilar - mg/dl (miligrama por decilitros)			
Hiperglicemia	130-179	180-249	≥ 250
Hipoglicemia	-	55-70	≤ 54
Saturação de Oxigênio - % (Porcentagem)			
Saturação	≥ 96	90-95	≤ 90

Fonte: Elaborado pelos autores

1- Direcionamento para atendimento imediato em sala de urgência
Atribuição do médico, enfermeiros, equipe multidisciplinar

- Ausência de batimentos cardíacos e ausência de movimentos respiratórios (parada cardiorrespiratória).
- Perda de força muscular, assimetria facial, debilidade nos braços e dificuldade de fala.
- Taquicardia, palidez, hipotensão e baixa perfusão - sinais de choque.
- Queimaduras graves.
- Inconsciência.
- Cianose, dispnéia, uso de musculatura acessória, confusão mental (insuficiência respiratória).
- Sangramento anormal: vaginal, intestinal, nasal, conduto auditivo e vômito com sangue.
- Dor no peito associada ou não a falta de ar ou doenças pregressas.
- Crise convulsiva.
- Agitação, alucinação e delírio.
- Picada de animal peçonhento em crianças menores de 10 anos e adultos que apresentem sudorese, náusea, vômitos, taquicardia, agitação e hipertensão arterial.
- Vítimas de traumas.
- Sinais de fraturas, luxação, e entorses.
- Intoxicação exógena (até 1 hora após exposição).
- Situações de violência aguda.
- Pessoas com transtornos mentais agudos, em surto ou com risco suicida.
- Gestante com sangramento vaginal, hipertensão arterial, dor abdominal ou queixas urinárias (dor ou queimação ao urinar, necessidade de urinar com mais urgência e mais frequência) .
- Puérperas com sangramento vaginal intenso, dor abdominal e hipertensão arterial.
- Sinais de desidratação - evidenciado por relato de dificuldade de ingesta hídrica, sonolência, letargia, irritabilidade, boca seca, pele com turgor diminuído, associada ou não com quadro de vômitos e/ou diarreia e/ ou fontanela deprimida. Sinais de reações alérgicas como manchas avermelhadas, prurido intenso, náuseas, queixas de dificuldade respiratória.
- População de rua* (não necessariamente o atendimento será em sala de urgência, mas requer atendimento imediato).
-

- Dor de ouvido.
- Queixas oftalmológicas.
- Gestante com qualquer queixa.
- Suspeita de doenças infectocontagiosas de cunho epidemiológico e notificação compulsória como Dengue, Chikungunya, Zika, Covid-19.
- Recém nascidos ou crianças até 4 anos 11 meses e 29 dias com queixas agudas.
- Queixas urinárias (dor ou queimação ao urinar, necessidade de urinar com mais urgência e mais frequência).
- Intoxicação exógena (1 hora após a exposição).
- Diarréia aguda (mais de 5 episódios/ dia).
- Vômitos de início agudo.
- Dor abdominal aguda de início súbito.
- Suspeita de pediculose com sinais de alerta (presença de feridas em couro cabeludo, sinais de infecção secundária e crianças menores de 5 anos).
- Suspeita de escabiose com sinais de alerta (lesões de pele disseminada ou com presença de exsudato purulento e crianças menores de 5 anos).
- Dermatite amoniacal ou de fralda (assadura) com sinais de alerta (grande extensão de área atingida, hiperemia severa, calor local e placas esbranquiçadas, irritabilidade local);
- Suspeita de monilíase oral (placas esbranquiçadas na cavidade oral - "sapinho") com sinais de alerta (em crianças expostas ao HIV, desidratação, dificuldade na alimentação, febre).
- Suspeita de Miliária (brotoeja) com sinais de alerta (grande extensão de área atingida, vermelhidão intensa, pus, febre).
- Suspeita de Míase com sinais de alerta (sinais de infecção, febre).
- Cefaléia com sinais de alerta (queda, febre alta, dor de início súbito e intensa, rigidez de nuca, vômito em jato, confusão mental, diminuição de força ou parestesia, TCE recente, alteração do nível de consciência, alteração visual e crianças e adolescente menores de 16 anos).
- Febre com sinais de alerta: petéquias, letargia, vômitos, cefaléia, temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$, gestante, crianças menores de 5 anos).
- Náuseas e vômitos com sinais de alerta (gravidez, neoplasia, extremos de idade -crianças e idosos, febre, cefaléia, hiperglicemia, distensão abdominal, dor abdominal, icterícia, alterações neurológicas, sinais de desidratação grave).
- Azia e pirose com sinais de alerta (gravidez, neoplasia, extremos de idade -crianças e idosos, emagrecimento, vômitos persistentes, hematêmese, disfagia, anemia, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia).
- Constipação intestinal com sinais de alerta (perda de peso, ausência de evacuações há mais de 5 dias, sangramento anal, vômito com aspecto fecaloide, febre).
- Hiperglicemia em jejum acima de 130 com sinais de alerta (gravidez, crianças, náuseas, vômitos, miastenia, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia, hálito cetônico, sonolência, boca seca, visão turva, diarréia, torpor/coma, sinais de infecção).
- Hiperglicemia pós prandial acima de 180 com sinais de alerta (gravidez, crianças, náuseas, vômitos, miastenia, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia, hálito cetônico, sonolência, boca seca, visão turva, diarréia, torpor/coma, sinais de infecção).
- Hipoglicemia com sinais de alerta (bariátrica prévia, cefaleia, dor abdominal, visão turva, confusão mental, tontura, fala pastosa, torpor/coma, extremos de idade, gravidez).
- Dor de garganta com sinais de alerta (dificuldade de abrir a boca, totalmente incapaz de engolir, dificuldade respiratória, febre, extremos de idade, gravidez).
- Diarréia com sinais de alerta (gravidez, neoplasia, extremos de idade, sede intensa, turgor de pele diminuído, dor abdominal, hipotensão e/ou sinais de choque hipovolêmico, taquipneia, taquicardia, pulso rápido e fino, sonolência e/ou confusão mental, dor abdominal intensa, descompressão abdominal dolorosa, febre, melena ou pus, hematêmese, vômitos em jatos e persistentes, desidratação).
- Cólica menstrual com sinais de alerta (hipotensão, taquicardia, palidez, pele fria, sudorese, sinais de choque, cólica intensa, sangramento intenso/hemorragia, suspeita de gravidez, abdômen distendido, presença de manchas arroxeadas pela pele, febre).
- Dor osteomuscular com sinais de alerta (neoplasia, trauma importante recente, histórico coronariopatia ou tromboembolia, limitação para marcha e/ou formigamento para membro inferior, dormência nas nádegas, períneo ou pernas, relato de alteração de cor ou baixa temperatura de membro inferior, febre, náuseas e vômitos, alteração na função da bexiga ou do intestino (retenção ou incontinência), palidez cutânea, sudorese, dor constante e progressiva, dor em flanco súbita, que se irradia para a região da virilha ou testículo).
- Pressão arterial alterada em pacientes com e sem diagnóstico de hipertensão: PAS maior que 140 mmHg e PAD maior que 90 mmHg com sinais de alerta (dor torácica, desconforto respiratório, parestesia ou alteração de força em membro, alteração de fala, agitação ou confusão mental, alterações do nível de consciência, alterações visuais, cefaleia intensa ou de início súbito, vômito, gravidez).
- Queixas ginecológicas com sinais de alerta (gestante e extremos de idade - crianças e idosos).
- Sintomas gripais com sinais de alerta (febre, calafrios, dor de cabeça intensa, tosse persistente e/ou muito produtiva, ou com secreção amarelo-esverdeada, secreção nasal amarelo-esverdeada, dores musculares, fadiga, gestantes. idosos, frequência respiratória alterada, cianose, letargia).

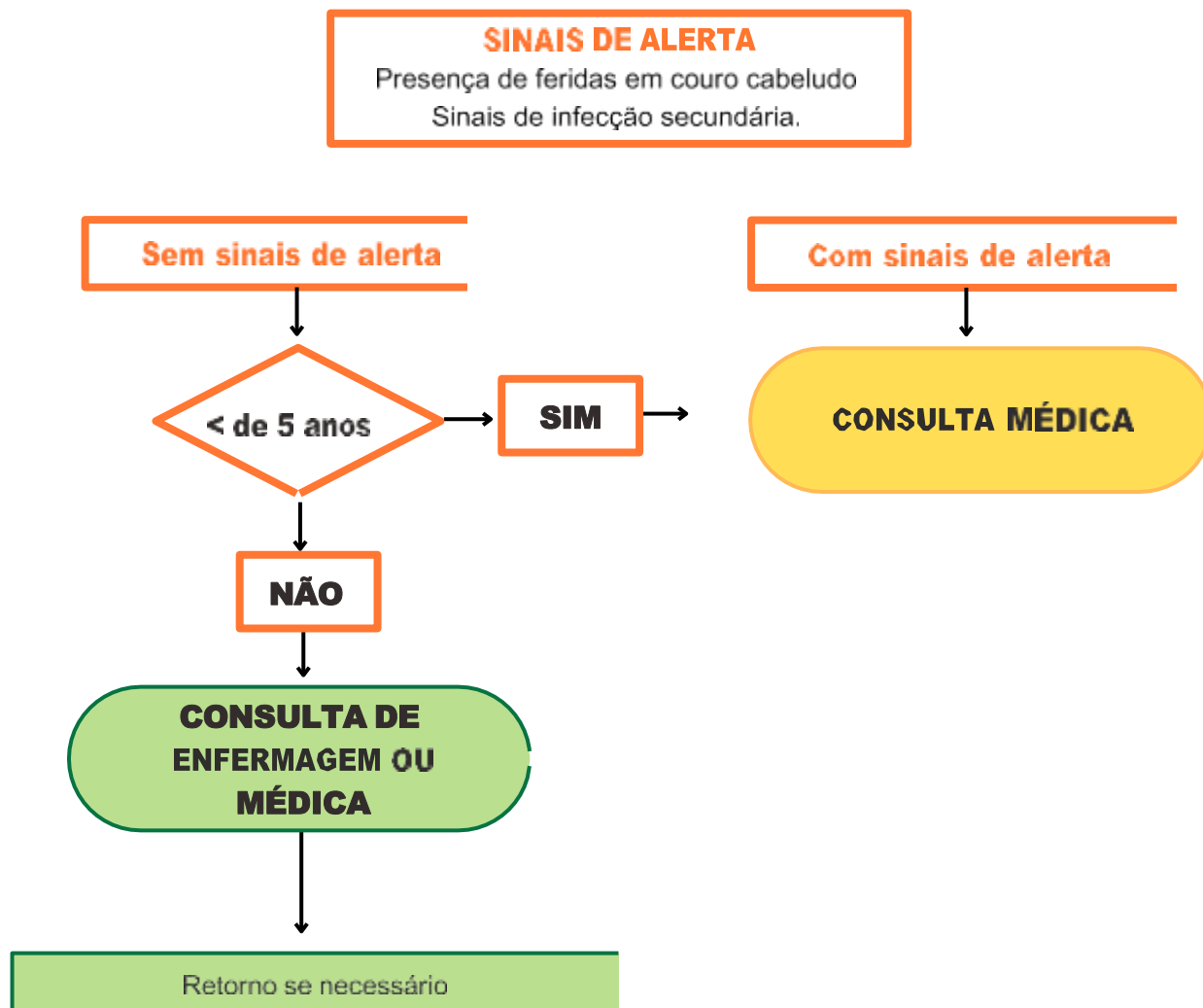
3 - Direcionamento para atendimento pelo enfermeiro ou médico

- Prurido vaginal.
- Suspeita de Pediculose sem sinais de alerta.
- Suspeita de Escabiose sem sinais de alerta.
- Dermatite amoniacal ou de fralda sem sinais de alerta (assadura).
- Suspeita de monilíase oral (placas esbranquiçadas na cavidade oral - “sapinho”) sem sinais de alerta.
- Suspeita de Miliária (brotoeja) sem sinais de alerta.
- Suspeita de Miíase sem sinais de alerta.
- Dificuldade na amamentação.
- Cefaléia sem sinais de alerta.
- Febre sem sinais de alerta
- Náuseas e vômitos sem sinais de alerta.
- Azia e pirose sem sinais de alerta.
- Constipação intestinal sem sinais de alerta.
- Hiperglicemia em jejum de 130 a 250 mg/dl sem sinais de alerta .
- Hiperglicemia pós prandial de 180 a 250 mg/dl sem sinais de alerta.
- Hipoglicemia sem sinais de alerta.
- Dor de garganta sem sinais de alerta..
- Diarréia sem sinais de alerta.
- Cólica menstrual sem sinais de alerta.
- Dor osteomuscular sem sinais de alerta.
- Pressão arterial alterada em pacientes com diagnóstico de hipertensão: PAS de 140 a 180 mmHg e PAD de 90 a 120 mmHg sem sinais de alerta.
- Pressão arterial alterada em pacientes sem diagnóstico de hipertensão: PAS de 140 a 160 mmHg e PAD maior que 90 mmHg sem sinais de alerta.
- Queixas ginecológicas sem sinais de alerta.
- Sintomas gripais sem sinais de alerta .

Anexo 4: Fluxogramas para atendimento de Enfermeiros

PEDICULOSE

Infestação de couro cabeludo por piolhos em qualquer fase do ciclo de vida (lêndeas, ninfas, insetos adultos)



ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Orientação para o paciente

- Medidas de prevenção e higiene pessoal e ambiental, transmissibilidade.
- Retirar todas as lêndeas: passar o pente fino no mínimo uma vez ao dia, posteriormente lava-lo em água corrente e com sabão.
- Ferver os objetos pessoais, tais como: boné, lençol e roupas.

Prescrever:

- Permetrina 1% loção - 1 vez ao dia, por 5 dias. Aplicar em couro cabeludo à noite, antes de dormir e remover o produto com banho, no dia seguinte.
- Repetir a aplicação após 7 dias.

ESCABIOSE

Lesões com intenso prurido, representada por pápulas eritematosas e túneis nos espaços interdigitais, antebraços, genitais e na região da cintura

SINAIS DE ALERTA

Lesões de pele disseminada ou com presença de exsudato purulento

Sem sinais de alerta

< de 5 anos

SIM

NÃO

CONSULTA MÉDICA
OU DE ENFERMAGEM

Retorno em 7 dias

Melhora do quadro

Sim

Não

Alta do episódio com orientações para cuidados.

Com sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA

ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Orientação ao paciente

- Orientar medidas de prevenção, higiene pessoal, ambiental e transmissibilidade.
- Identificar contatos.

Prescrever:

1ª Opção: **Via tópica** - Permetrina loção 5% (maiores de 2 anos) 1 vez ao dia, na pele seca desde a cabeça até a sola dos pés, antes de dormir. Remover o produto com banho, no dia seguinte. Repetir a aplicação após 7 dias.

Dermatite amoniacal ou de fralda

Reação inflamatória da pele que acomete área de contato com a fralda, podendo incluir órgão genital, nádegas, coxas e a região perianal.

SINAIS DE ALERTA

Grande extensão de área atingida.
Sinais de infecção: hiperemia severa, calor local e placas esbranquiçadas.
Irritabilidade local.

Sem sinais de alerta

**CONSULTA MÉDICA
OU DE ENFERMAGEM**

Retorno em 3 dias ou antes se piora do quadro

Melhora do quadro

Sim

Não

Alta do episódio com orientações para cuidados.
Agendar acompanhamento eletivo de Puericultura.

Com sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA

ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Avaliar extensão da lesão e gravidade da lesão

Orientação ao paciente

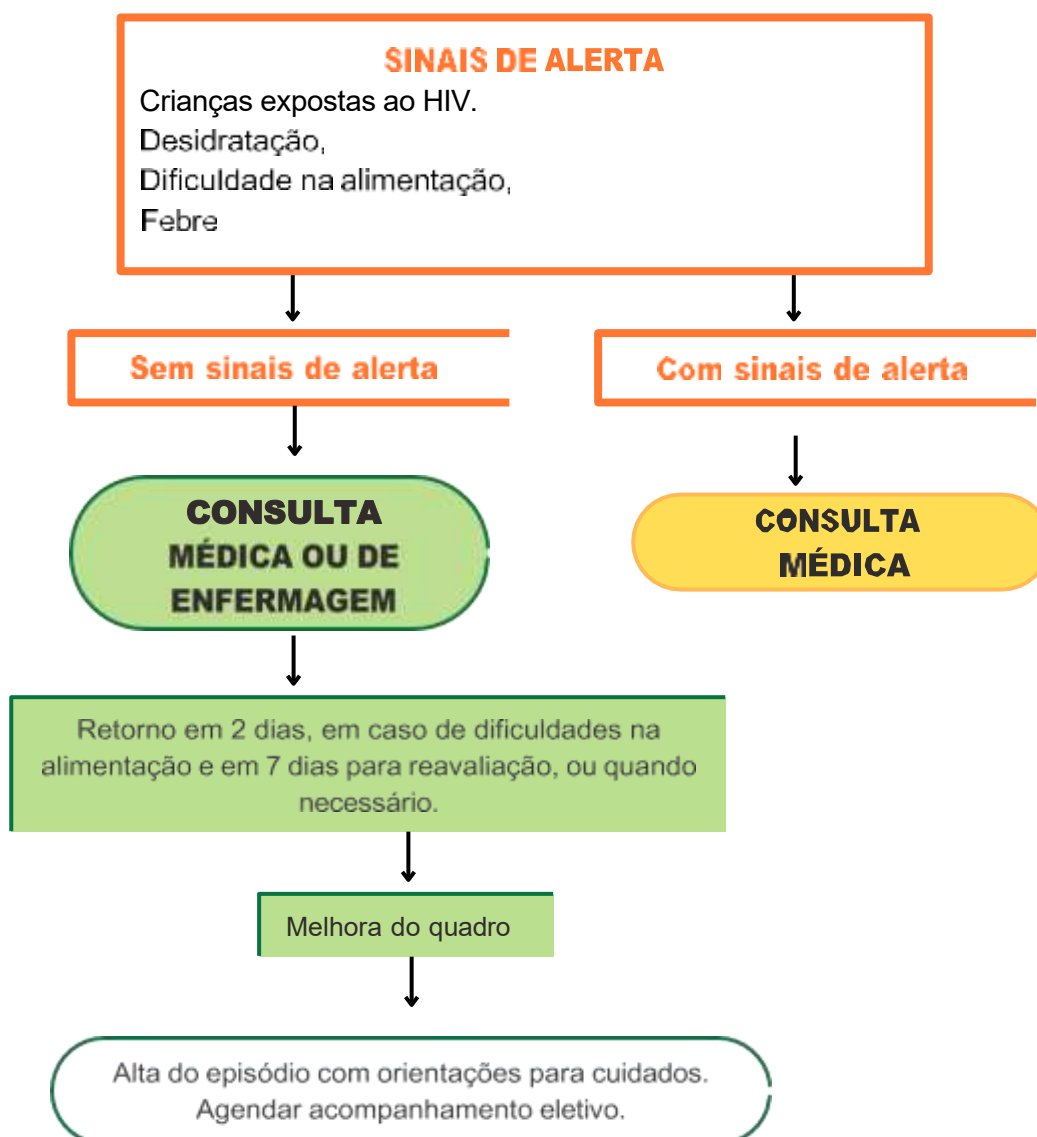
- ♦ Troca frequente das fraldas;
- ♦ Limpeza suave;
- ♦ Exposição da pele ao ar;
- ♦ Aplicação de cremes de barreira

Prescrever:

- ♦ Retinol + calciferol + óxido de zinco - pomada, uso tópico a cada troca de fralda.

MONILÍASE ORAL

Conhecido como "sapinho" o mesmo apresenta-se como placas brancas grumosas aderentes a cavidade oral



ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Orientação para o paciente

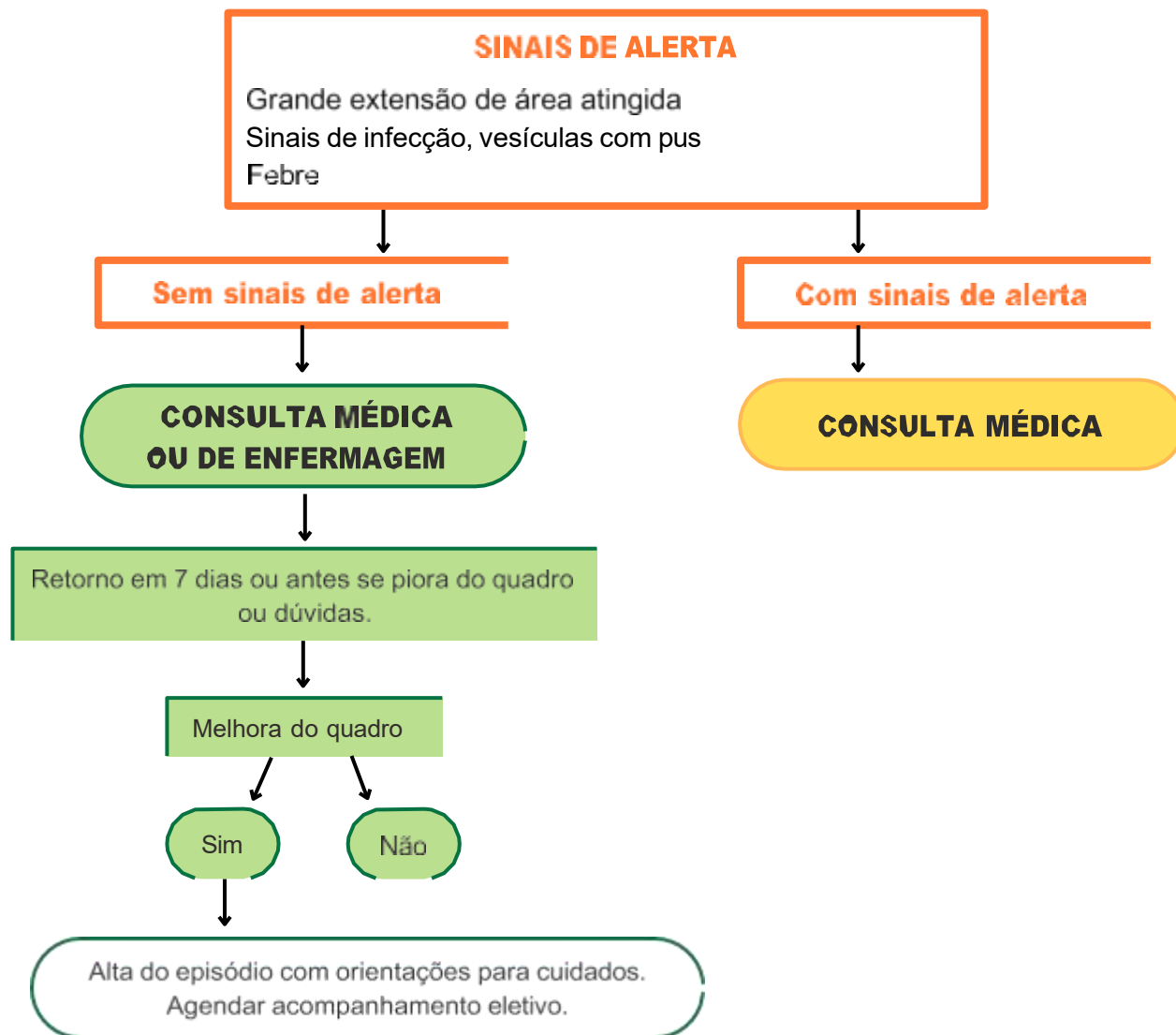
- ♦ Higienizar com água e sabão e fervura dos bicos de mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura;
- ♦ Evitar beijo próximo aos lábios;
- ♦ Mães que estão em amamentação, instruir quanto à higiene rigorosa das mamas e mãos antes e após a amamentação.
- ♦ Manter higienização e escovação bucal normalmente.

Prescrever:

- ♦ Para a criança: Nistatina solução oral – aplicar 1ml (01 conta-gotas) na mucosa oral da criança 1 conta-gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias.

Miliária (Brotoeja)

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, apresenta-se devido ao calor excessivo e umidade ou a substâncias que podem obstruir os poros, tais como cremes, talcos ou óleos.



ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

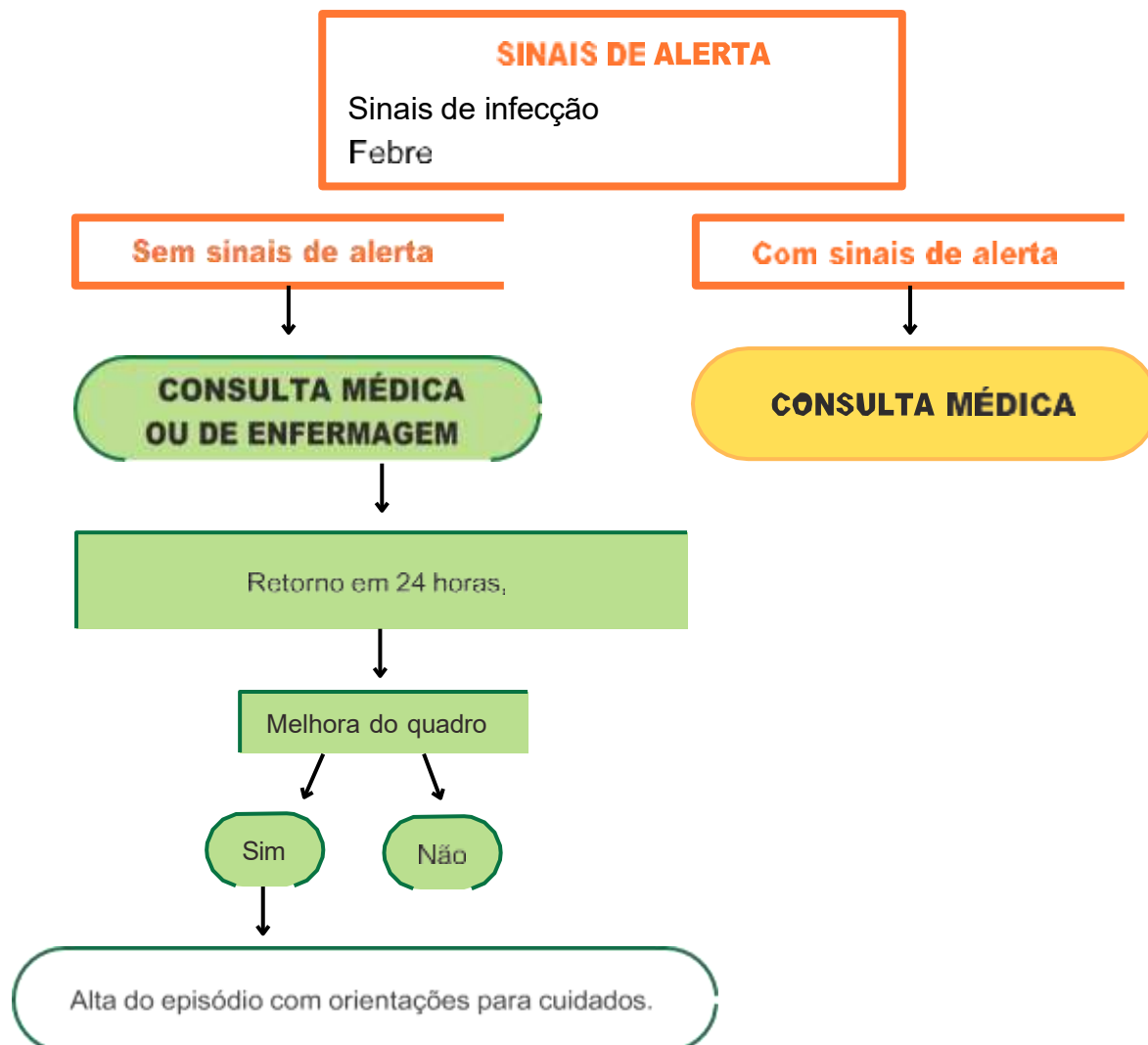
Orientação para o paciente

- Usar roupas leves.
- Lavar as roupas novas antes de usá-las e evitar amaciantes, talcos, cremes e perfume.
- Usar roupas leves; Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes com PH fisiológico (4,2-5,6).
- Orientar que se evite o contato de barba com a pele da criança.
- Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Miíase

Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa.

A lesão é dolorosa e a pessoa sente a sensação de “ferroada/mordida”.



ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta:

- Oclusão do orifício com esparadrapo por 24 horas;
- Encaminhar para imunização dT ou completar esquema vacinal se necessário.
- Retirada com pinça da larva, tomando o cuidado para não romper a mesma.

CEFALÉIA

Sensação dolorosa em qualquer parte da cabeça

SINAIS DE ALERTA

Queda, febre alta, dor de início súbito e intensa, rigidez de nuca, vômito em jato, confusão mental, diminuição de força ou parestesia, TCE recente, alteração do nível de consciência, alteração visual e crianças e adolescentes menores de 16 anos

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA
OU DE ENFERMAGEM

CONSULTA MÉDICA

Se necessidade de afastamento

Sim

Não

Agendar consulta médica/Retorno se necessário

Interconsulta médica para
fornecimento de atestado

ORIENTAÇÕES PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- ♦ Avaliar pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, dilatação da pupila, lacrimejamento, sudorese, tipo de dor (migrânea, tensional), localização, intensidade da dor, se há mudança com atividades rotineiras, fatores de piora, influência hormonal, antecedentes pessoais e familiares,
- ♦ Agendar consulta médica para avaliação do quadro
- ♦ Orientar retorno em caso de piora dos sintomas

Prescrever:

- ♦ Dipirona 500mg de 6/6 h via oral por 3 dias
- ♦ Em caso de alergia a Dipirona, optar por Paracetamol 500mg 1 cp de 6/6h via oral por 3 dias

Orientações ao Paciente:

- ♦ Repouso, verificar hidratação e alimentação
- ♦ Permanecer em local com pouco ruído e luz
- ♦ Realizar acuidade visual se necessário

FEBRE

Aumento da temperatura corporal. Temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$

SINAIS DE ALERTA

Petéquias, rigidez de nuca, abaulamento de fontanela, letargia, vômitos, cefaléia, temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$, gestante, crianças menores de 5 anos

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

Febre todos os dias por mais de 3 dias

Não

Sim

CONSULTA MÉDICA

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Investigar doenças de importância epidemiológica (dengue, covid, TB, chikungunha, Zika, Influenza);
- Realizar medicar conforme protocolo (Dipirona/Paracetamol).
- Observação por 30 minutos;

Terapia Medicamentosa

- Adultos: Dipirona 500 mg OU Paracetamol 500mg, VO, 1 comp 6/6h se febre
- Crianças - Paracetamol 200mg/ml OU Dipirona 500 mg/ml, VO, se dor

Orientações ao paciente

- Orientar compressas frias no tronco e nos membros com toalha úmida (usando somente água) ou bolsa térmica, se tolerado pelo paciente, banho morno, redução da quantidade de roupas, aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada.

Melhora dos sintomas sem sinais de alterações grave

Sim

Não

Retorno em 2 dias ou antes se necessário

NAÚSEA E VÔMITOS

Náusea: sensação eminente de vomitar associada à estase gástrica.

Vômito: expulsão oral forçada do conteúdo gástrico, associada à contração da musculatura.

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, neoplasia, extremos de idade (crianças e idosos), febre, cefaléia, hiperglicemia, distensão abdominal e aumento de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas palpáveis, descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, icterícia, alterações neurológicas,

sinais de desidratação grave

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

**CONSULTA MÉDICA
OU DE ENFERMAGEM**

CONSULTA MÉDICA

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Identificar possíveis fatores desencadeantes;
- Descartar gravidez;
- Avaliar o grau de hidratação (Anexo 5):

Sem desidratação

- Manejar quadro em domicílio:

- Soro de Reidratação Oral: 1 copo no mínimo - 300 ml após perdas e livre demanda aos poucos

Terapia Medicamentosa

- Metoclopramida 10 mg 1 comprimido de 8/8 horas via oral

Desidratação leve à moderada.

- Soro de Reidratação Oral: 50 a 100 ml/kg em 4 a 6 horas na unidade de saúde;
- Reavaliar paciente a cada 30 minutos ou antes se necessário, observando sinais de gravidade ou piora clínica.

Orientações ao Paciente:

Orientar ingestão de refeições fracionadas e de acordo com a tolerância, evitar alimentos gordurosos, doces e ultraprocessados;

Orientar hidratação oral: água, água de coco, sucos naturais, leite (respeitando as intolerâncias). Evitar bebidas com adição de açúcar.

Melhora dos sintomas e dos sinais de desidratação

Sim

Não

Alta com prescrição de SRO para o domicílio e orientar:

- Se não houver melhora em até 24 horas:** retorno a unidade de saúde ou emergência, **OU**
- Se piora clínica:** retorno a qualquer momento.
- Alimentação:** refeições leves, fracionadas e de acordo com a tolerância. Evitar alimentos gordurosos, doces e ultraprocessados;
- Hidratação oral:** água, água de coco, sucos naturais, leite (respeitando as intolerâncias). Evitar bebidas com adição de açúcar.

AZIA/PIROSE

Sensação de dor ou queimação no esôfago causada pela regurgitação de ácido gástrico.

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, neoplasia, extremos de idade (crianças e idosos), emagrecimento, vômitos persistentes, hematêmese, disfagia, anemia, massa abdominal palpável, história familiar de câncer gastrointestinal, cirurgia gástrica prévia.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Identificar a causa de origem das náuseas e vômitos
- Descartar gravidez

Prescrever

- Hidróxido de alumínio, 5 ml (uma colher de chá) VO 3x/dia (uma hora após refeições e/ou antes de deitar-se) por no máximo 14 dias.

OBS.: atentar para possível efeito rebote e evitando uso rotineiro já que a medicação não promove alívio a médio prazo.

Orientações ao paciente

- Reeducação de hábitos alimentares (evitar alimentos condimentados, temperos ácidos, frituras, bebidas alcoólicas ou gaseificadas, cafés, chás escuros, chocolates, sucos artificiais, cessação de tabagismo e fracionar refeições, evitando ingerir grandes quantidades de alimento;
- Para pessoas com Doença Refluxo Gastroesofágico (DRGE) já diagnosticado, orientar repouso em decúbito elevado, evitar deitar-se logo após ingestão de alimentos;

CONSULTA MÉDICA

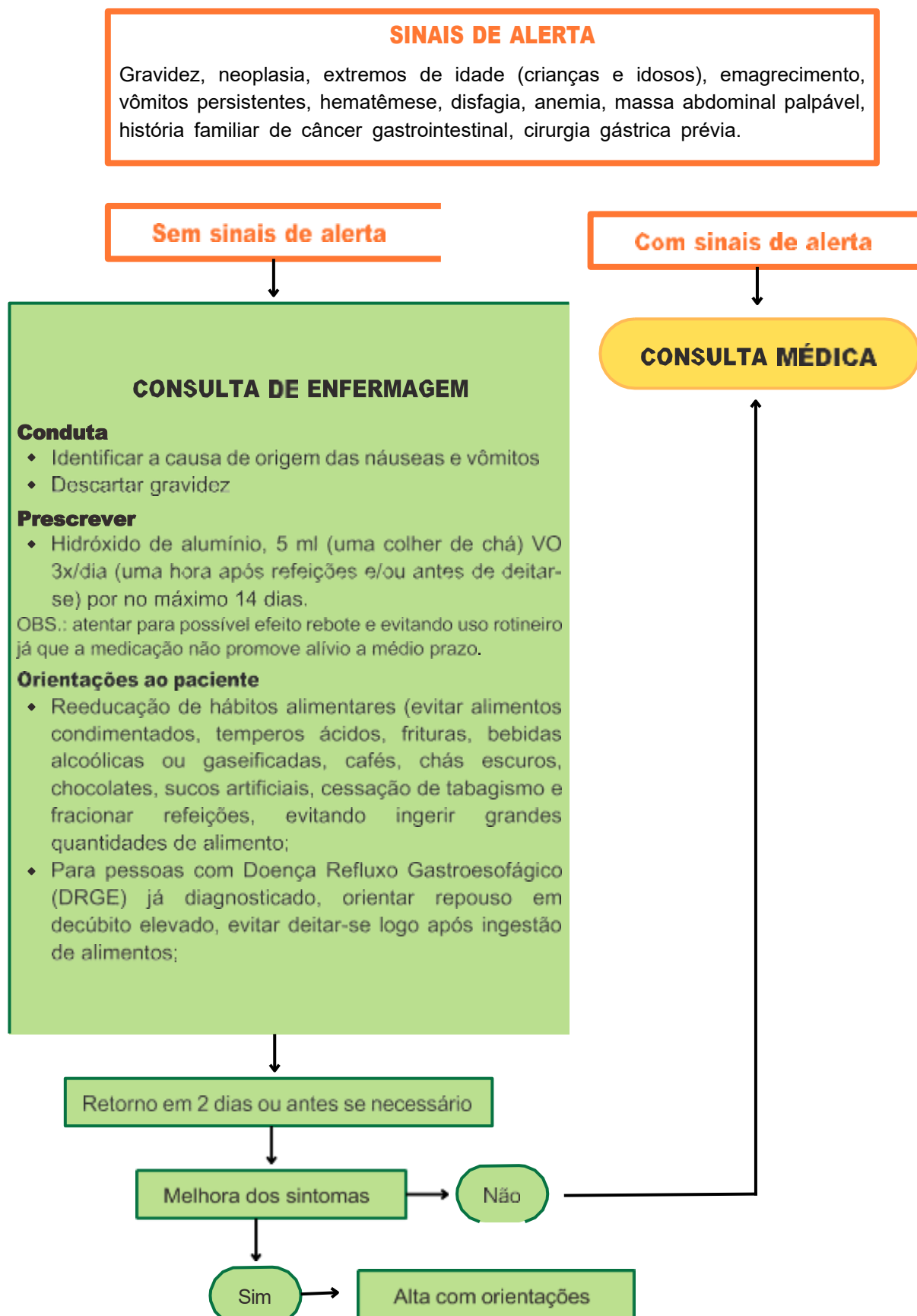
Retorno em 2 dias ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Não

Sim

Alta com orientações



CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Dificuldade para evacuar, evacuação incompleta ou com fezes endurecidas

SINAIS DE ALERTA

Descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária, perda de peso, ausência de ruídos hidroaéreos, ausência de evacuações há mais de 5 dias, sangramento anal, vômito com aspecto fecaloide, febre.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Identificar a causa de origem das náuseas e vômitos
- Descartar gravidez
- Descartar sinais de alerta

Prescrever

Para adulto menores de 60 anos: Óleo mineral, 15 ml 2x ao dia (manhã e noite) VIA ORAL; caso não obtenha êxito aumentar para 30 ml a noite e 15 ml pela manhã VIA ORAL.

- Para crianças maiores 6 anos: óleo mineral na dose de 5 a 20 ml/dia (começar com dose pequena - 5 ml - e verificar resposta, podendo aumentar se necessário), divididos em até 2 doses. se as medidas não farmacológicas não forem suficientes.

Orientações ao paciente

Aumento de ingesta hídrica e alimentos ricos em fibras (verduras, aveia, milho cozido, brócolis, couve flor, rabanete, quiabo, ervilha, vagem, dobradinha, abacate, mamão, laranja com bagaço, melancia, uva e azeite. Evitar alimentos constipantes como cenoura cozida, batata, banana maçã, arroz em grande quantidade, bolachas.

- Orientar prática de atividades físicas regulares
- Orientar massagem abdominal;

Evitar fazer muito esforço para evacuar e ficar sentado(a) muito tempo no vaso sanitário.

CONSULTA MÉDICA

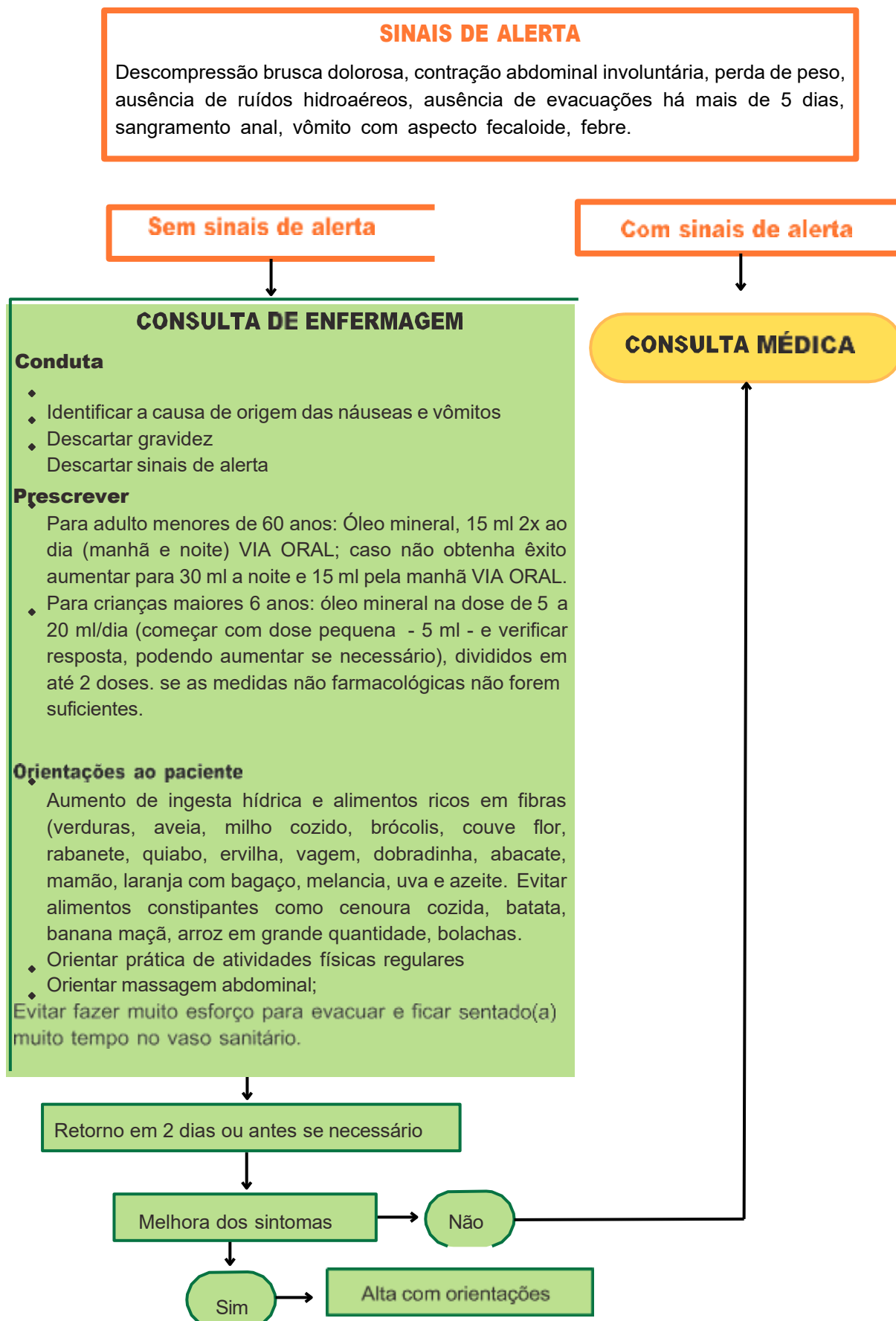
Retorno em 2 dias ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Não

Sim

Alta com orientações



HIPERGLICEMIA

Aumento dos níveis de glicemia no sangue em pacientes COM diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) > 130 mg/dl em jejum ou > 180mg/dl pós prandial.

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, crianças, náuseas, vômitos, miastenia, dor abdominal com defesa, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia, hálito cetônico, sonolência, boca seca, visão turva, diarreia, torpor/coma, sinais de infecção. **Glicemia >ou= 250 mg/dl**

Sem sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Checar uso da medicação pelo paciente, caso não tenha tomado, medicar conforme prescrição médica em receita e/ou prontuário.

Orientações ao paciente

- Mudanças de hábitos de vida (alimentação, atividades físicas, com ingestão adequada de carboidratos antes das atividades físicas)
- Fracionamento da dieta
- Reorientação do uso correto de medicações; avaliar técnica de aplicação de insulina
- Importância do autocuidado.

Fazer o automonitoramento da glicemia capilar ou o monitoramento na unidade de saúde.

Retorno em 7 dias com a planilha ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

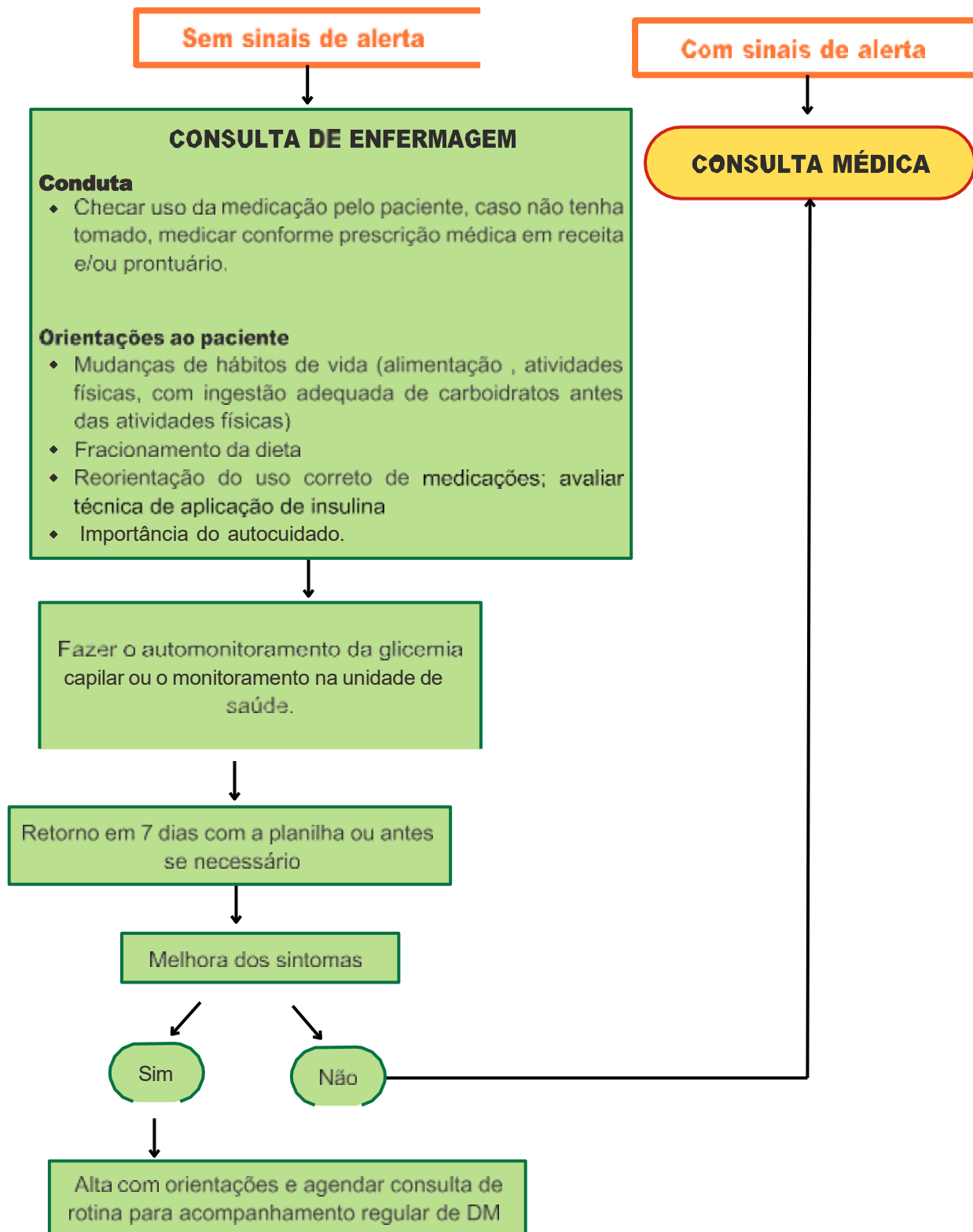
Sim

Não

Alta com orientações e agendar consulta de rotina para acompanhamento regular de DM

Com sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA



HIPERGLICEMIA CASUAL

Aumento dos níveis de glicemia no sangue em pacientes SEM diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), > 130 mg/dl

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, crianças, náuseas, vômitos, miastenia, dor abdominal com defesa, sinais de desidratação, hipotensão, taquipneia, hálito cetônico, sonolência, boca seca, visão turva, diarreia, torpor/coma, sinais de infecção. glicemia $\geq$ 250 mg/dl ou $\geq$ 180mg/dl em 2 episódios em 24h.

Sem sinais de alerta



CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Solicitar glicemia de jejum + hemoglobina glicada com prioridade.
- Agendar retorno em 24 horas após coleta do exame e seguir fluxo de Rastreamento e Diagnóstico do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) do Protocolo de Rastreamento de condições crônicas não transmissíveis na APS

Orientações ao paciente

- Prática de atividades físicas regulares;
- Alimentação saudável;

Com sinais de alerta



CONSULTA MÉDICA

HIPOGLICEMIA

Diminuição dos níveis de glicemia no sangue, menor que 70mg/dl

Bariátrica prévia, Síndrome metabólica, cefaleia, dor abdominal, visão turva, confusão mental, tontura, fala pastosa, torpor/coma, extremos de idade, gravidez.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Checar sinais vitais e nível de consciência

Prescrição

- Glicose 50% 4 ampolas (40ml) (20g de glicose) - **Via oral/ enteral**
- em caso de inconsciência ou impossibilidade de fazer via oral/enteral: Glicose 50% 4 ampolas (40ml) (20g de glicose) endovenosa - bolus lento

Reavaliar em 15 minutos

Glicemia > 100 mg/dl?

Sim

Não

Orientar fazer lanche leve
Evitar dirigir nos próximos 60 min

Repetir glicose via oral e reavaliar
em 15 min

Melhora da glicemia ?

Sim

Não

Retorno em 24 ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Sim

Não

Alta com orientações e agendar consulta de
rotina para acompanhamento.

CONSULTA MÉDICA

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Orientações ao paciente

- Mudanças de hábitos de vida (alimentação, atividades físicas, com ingestão adequada de carboidratos antes das atividades físicas).
- Fracionamento da dieta
- Reorientação do uso correto de medicações; especialmente horário das insulinas
- Orientar **conduta na hipoglicemia no domicílio**:
- Ingerir 15g de CHO, que equivale a 1 colher de sopa de açúcar, ou 1 copo de suco de laranja ou refrigerante (não diet) ou 3 balas moles > medir em 15 min > repetir se não melhorar > se melhorar, fazer lanche leve.

DOR DE GARGANTA

Dor de garganta sem outros sintomas associados (resfriado, tosse, etc.)

SINAIS DE ALERTA

Dificuldade de abrir a boca (trismo), totalmente incapaz de engolir, dificuldade respiratória e febre (suspeitar de COVID - 19 e /ou H1N1), presença de sinais de abscesso de tonsilas à oroscopia, febre maior que 39°C, extremos de idade, gravidez

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Avaliar dificuldade para deglutir, dor de ouvido, tosse, dor nas articulações (febre reumática).
- Atentar para as doenças de notificação compulsória;
- Observar estado geral, aspecto da mucosa;

Prescrição:

- Gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de café de sal);
- Dipirona 500 mg via oral a cada 6/6 horas ou Paracetamol 500 mg a cada 6 horas se dor (se alergia a dipirona);

Orientações ao paciente

- Orientar a escovação dos dentes e gengivas, evitar contato com o público e cigarros;
- Fazer repouso da voz;
- Orientar sinais de alerta;
- Orientar aumento ingestão hídrica.
-

CONSULTA MÉDICA

Oroscopia Alterada (Secreção ou pontos purulentos, pontos necróticos, placas branco-acinzentadas, edema em região cervical, gânglios-submandibulares)

Não

Sim

Retorno em 2 dias ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Não

Sim

Alta com orientações e agendar consulta de rotina para acompanhamento.

DIARREIA

SINAIS DE ALERTA

Gravidez, neoplasia, extremos de idade, sede intensa, turgor de pele diminuído, dor abdominal, hipotensão e/ou sinais de choque hipovolêmico, taquipneia, taquicardia, pulso rápido e fino, sonolência e/ou confusão mental, dor abdominal intensa, ausência de ruídos hidroaéreos, descompressão abdominal dolorosa, febre, melena ou pus, hematêmese, rigidez de nuca/sinais meníngeos, vômitos em jatos e persistentes, desidratação.

Sem sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- ♦ Avaliar as características da diarreia e número de episódios: Diarreia Aguda (menos de 07 dias) Diarreia persistente (mais de 07 dias) e investigar sinais de gravidade
- ♦ Atentar para as doenças de notificação compulsória; Entrar em contato com a Vigilância do Distrito para possível investigação de surto
- ♦ Avaliar presença e estado de desidratação (anexo 4)

Prescrição

- ♦ 50ml/Kg de SRO em um período de quatro horas. Para pacientes com desidratação moderada: 100ml/Kg de SRO em um período de quatro horas e manter em observação na unidade
- ♦ Dipirona 500 mg ou Paracetamol 500mg, 1 comprimido de 6/6 horas, via oral se dor leve

Orientações ao paciente

- ♦ Aumentar a ingestão hídrica (pelo menos 2 litros/dia)
- ♦ Terapia de Reidratação Oral (ingerir e oferecer aos poucos à vontade após cada evacuação)
- ♦ Dieta leve fracionada
- ♦ Evitar: alimentos gordurosos, embutidos, ultraprocessados, caféina e doces.
- ♦ Atentar se há piora do quadro na ingestão de algum

alimento.

Retorno em 2 dias ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Não

Sim

Alta com orientações e agendar consulta de rotina para acompanhamento.

Com sinais de alerta

CONSULTA MÉDICA

CÓLICA MENSTRUAL

Dor na região pélvica que ocorre antes ou durante o período menstrual, de maneira cíclica

SINAIS DE ALERTA

Hipotensão, taquicardia, palidez, pele fria, sudorese, sinais de choque, cólica intensa, sangramento intenso/hemorragia, suspeita de gravidez, abdômen distendido, dor intensa à palpação e a descompressão, presença de manchas arroxeadas pela pele, febre.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- ♦ Avaliar sinais de gravidade
- ♦ Agendar consulta médica, se necessário.

Prescrição

- ♦ Dipirona 500 mg OU Paracetamol 500 mg, 1 comprimido 6/6h, via oral.

Orientações ao paciente

- ♦ Orientar compressa morna em região suprapúbica, ingestão hídrica adequada, atividade física regular, alimentação saudável com redução de gorduras e sal

CONSULTA MÉDICA

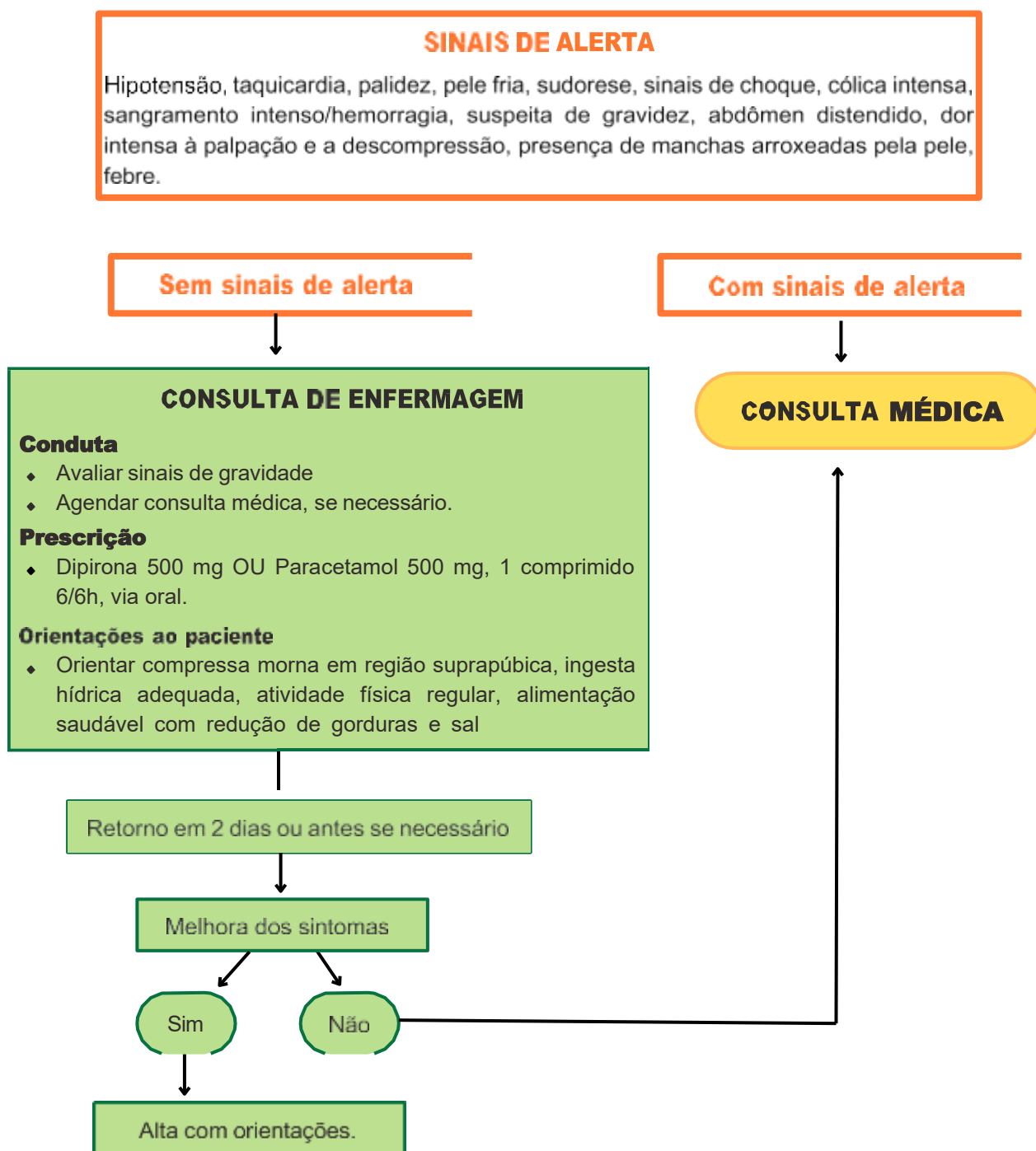
Retorno em 2 dias ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Sim

Não

Alta com orientações.



DOR OSTEOMUSCULAR

SINAIS DE ALERTA

Neoplasia, trauma importante recente, histórico coronariopatia ou tromboembolia, limitação para marcha e/ou formigamento para membro inferior, dormência nas nádegas, períneo ou pernas, relato de alteração de cor ou baixa temperatura de membro inferior, febre, náuseas e vômitos, alteração na função da bexiga ou do intestino (retenção ou incontinência), Palidez cutânea, alteração anatômica importante no exame físico, sudorese, dor intensa na flexão e/ou extensão passiva dos membros com ou sem limitação e/ou perda de movimentos, dor constante e progressiva, dor em flanco súbita, que se irradia para a região da virilha ou testículo.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Investigar: a natureza da dor e mecânica (com ou sem irradiação), tempo de evolução (aguda inferior a 2 semanas, Crônica maior que 2 semanas, recorrente)
- Avaliar
- recorrente (menos que 3 meses mas recorrente após um período sem dor que restrinja função ou qualquer atividade)
- Ofertar Praticas Integrativas

Prescrição:

- Dipirona 500 mg OU Paracetamol 500 mg, 1 comprimido 6/6h, via oral.

Orientações ao paciente

- Compressas mornas locais;
- Avaliar condições e tipo de colchão e travesseiros usado;
- Pratica de atividade física;
- Orientações alimentares para perda de peso se sobrepeso ou obesidade
- Orientações posturais - Anexo 6

CONSULTA MÉDICA

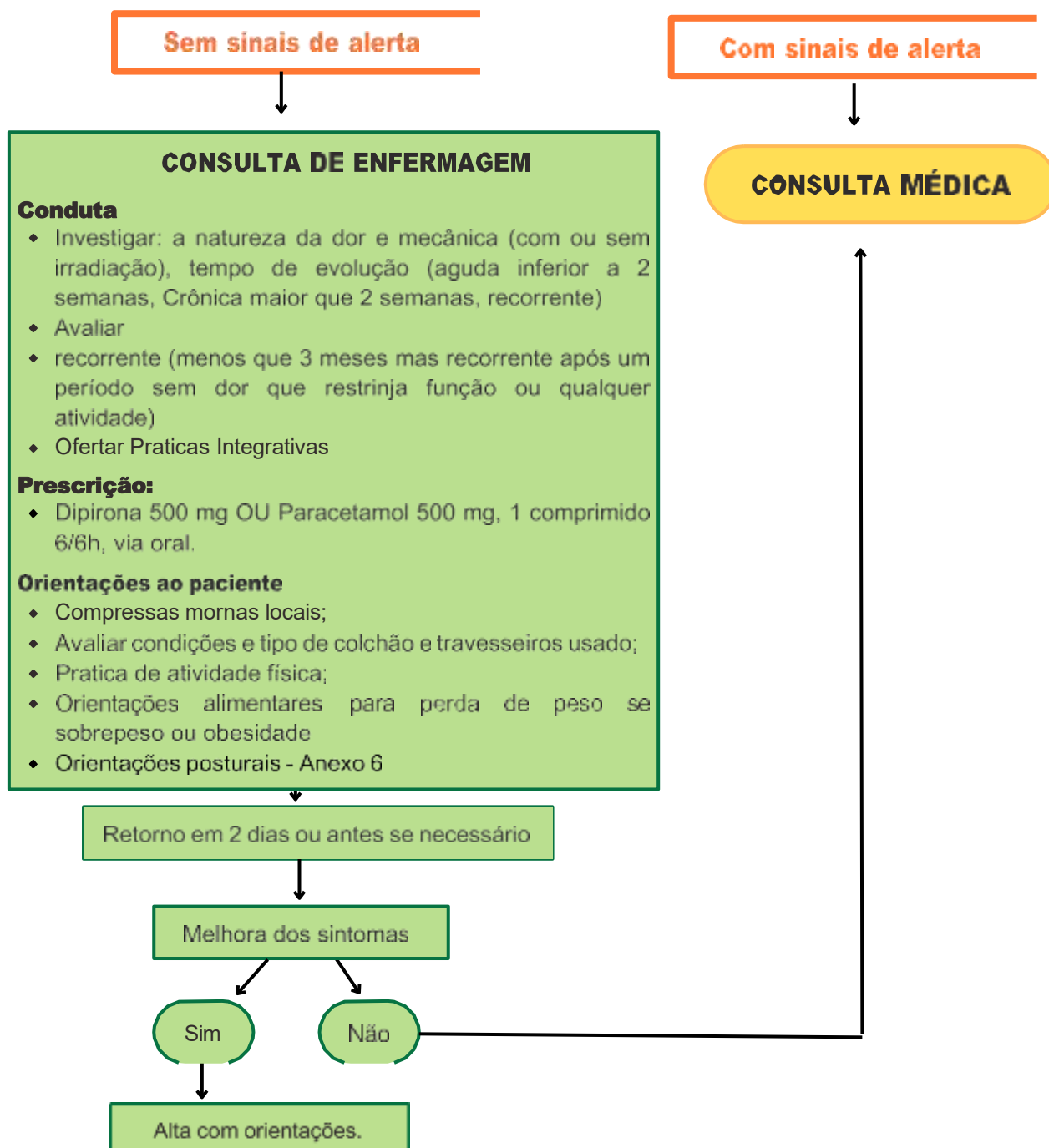
Retorno em 2 dias ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Sim

Não

Alta com orientações.



PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA

Paciente COM diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (PAS >140mmhg/PAD >90mmhg/) prévia

SINAIS DE ALERTA

Dor torácica, desconforto respiratório, parestesia ou alteração de força em membro, alteração de fala, agitação ou confusão mental, alterações do nível de consciência, alterações visuais, cefaleia intensa ou de início súbito, vômito, PAS > ou = 180 PAD > ou = 120 mmhg. Gravidez.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Descartar pseudocrise avaliando estado emocional e/ou outras razões
- Checar uso da medicação prescrita no dia, caso não tenha tomado, medicar conforme prescrição médica em receita e/ou prontuário, colocar paciente em repouso por 30 minutos e reavaliar;
- Ofertar práticas integrativas (auriculoterapia etc)
- Construção conjunta com o paciente do projeto terapêutico de acordo com a realidade do mesmo, para ampliar a adesão ao tratamento.

Orientações ao paciente

- Uso correto da medicação prescrita ;
- Controle e monitoramento de pressão arterial;
- Mudança de hábitos de vida (alimentação, exercícios físicos, etc.).

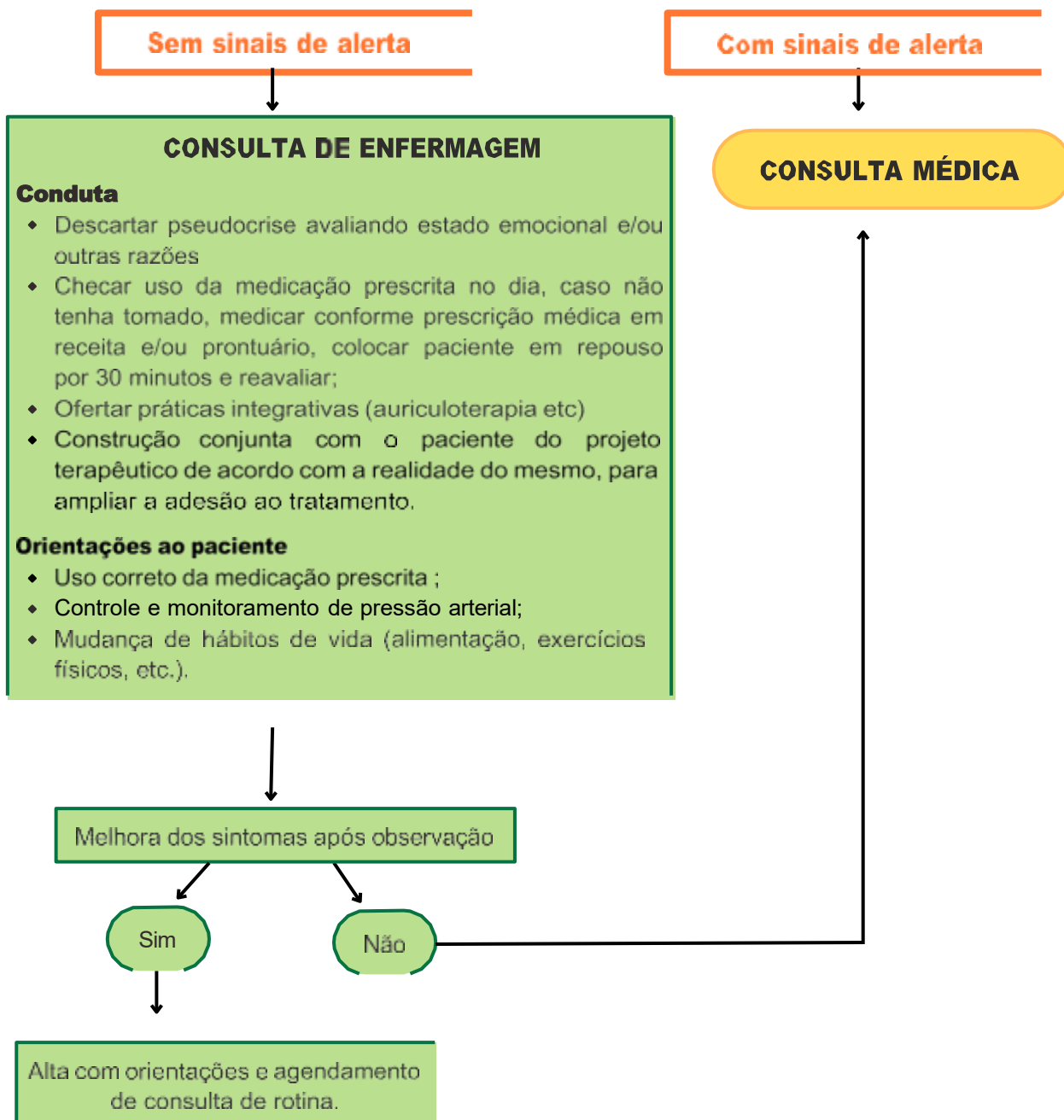
CONSULTA MÉDICA

Melhora dos sintomas após observação

Sim

Não

Alta com orientações e agendamento de consulta de rotina.



PRESSÃO ARTERIAL ALTERADA

Paciente SEM diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica (PAS >140mmhg/PAD >90mmhg/)

SINAIS DE ALERTA

dor torácica, desconforto respiratório, parestesia ou alteração de força em membro, alteração de fala, agitação ou confusão mental, alterações do nível de consciência, alterações visuais, cefaleia intensa ou de início súbito, vômito, PAS $\geq$ 160 PAD $\geq$ 90mmhg. Gravidez.

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Avaliar se possível pseudocrise e estado emocional;
- Seguir fluxo de rastreio para HAS;
- Ofertar práticas integrativas (auriculoterapia etc.)
- Construção conjunta com o paciente do projeto terapêutico de acordo com a realidade do mesmo, para ampliar a adesão ao tratamento.
- Observação por 30 minutos;

Orientações ao paciente

- Controle e monitoramento de pressão arterial (medida residencial ou na unidade de saúde) por 7 dias;
- Mudança de estilo de vida (alimentação, exercícios físicos, etc.).

CONSULTA MÉDICA

Melhora dos sintomas após observação

Sim

Não

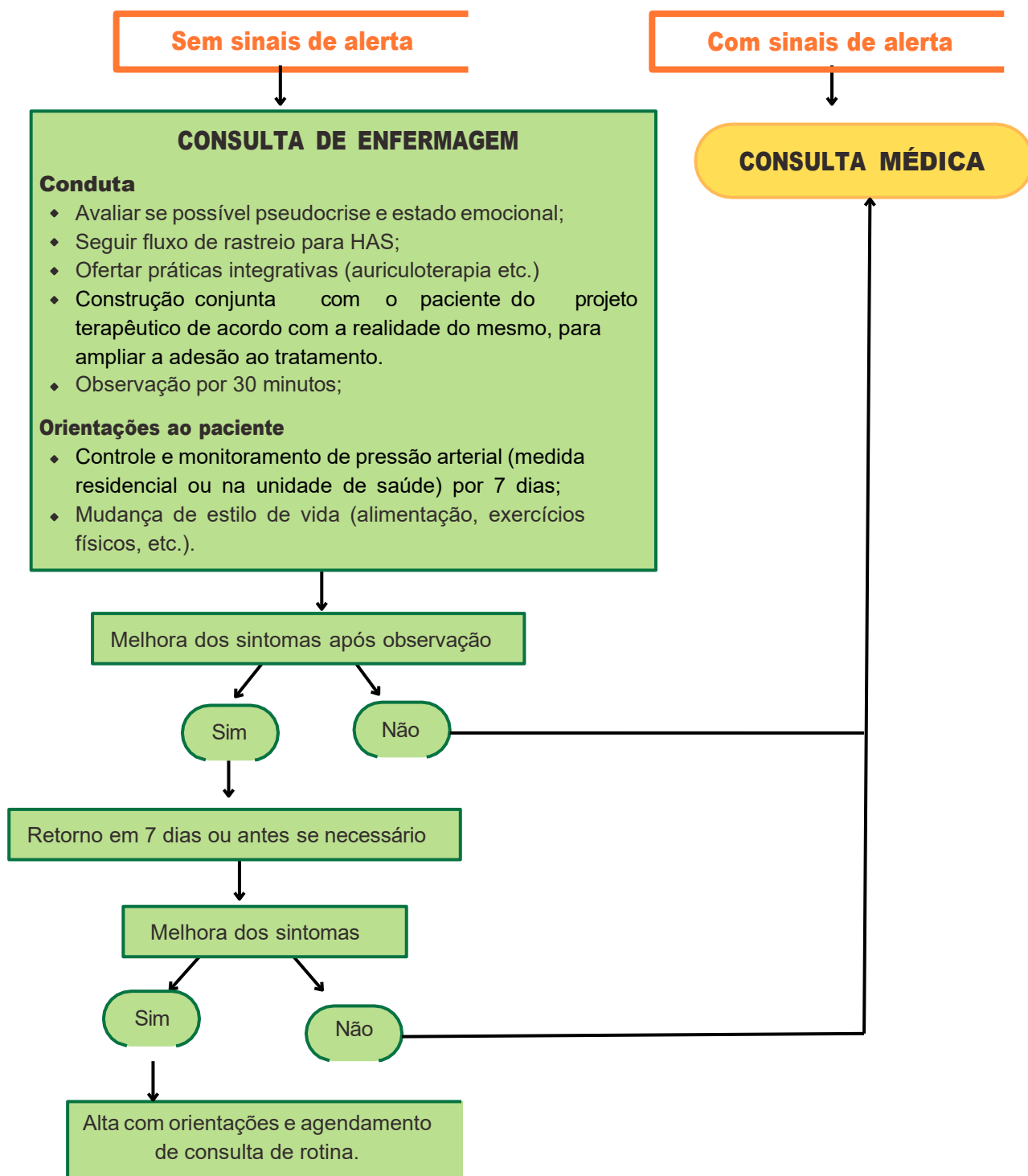
Retorno em 7 dias ou antes se necessário

Melhora dos sintomas

Sim

Não

Alta com orientações e agendamento de consulta de rotina.



QUEIXAS GINECOLÓGICAS

Sintomas relacionados ao sistema reprodutivo feminino

SINAIS DE ALERTA

Gestantes, extremos de idade

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- ♦ Realizar anamnese e exame clínico especular;
- ♦ Descartar gravidez;
- ♦ Acionar o médico, se necessário auxílio diagnóstico;

Terapia Medicamentosa

- ♦ Realizar tratamento conforme Protocolo de Saúde da Mulher

Orientações ao paciente

Conforme protocolo

CONSULTA MÉDICA

Retorno em 14 dias, ou em qualquer momento

Melhora dos sintomas

Sim

Não

Realizar coleta de exame citopatológico se necessário conforme protocolo.
Alta com orientações



SINTOMAS GRIPAIS

SINAIS DE ALERTA

Febre, calafrios, dor de cabeça intensa, tosse persistente e/ou muito produtiva, ou com secreção amarelo-esverdeada, secreção nasal amarelo-esverdeado, dores musculares, fadiga, gestantes, idosos, frequência respiratória alterada, cianose, letargia

Fornecer máscara cirúrgica ao paciente

Sem sinais de alerta

Com sinais de alerta

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Conduta

- Realizar exame físico

Terapia Medicamentosa:

- Lavagem nasal com SF 0,9%, se secreção nasal;
- Paracetamol OU Dipirona, se dor ou febre, conforme anexo 7 para crianças
- Adultos: Dipirona 500 mg OU Paracetamol 500mg, VO, 1 comp 6/6h se febre

Orientações ao paciente:

- Medidas de higiene, hidratação, repouso, etiqueta respiratória e precauções de transmissão;
- Aumentar a ingestão de líquidos (água, sucos, chás, sopas, etc.) e repouso;
- Vacinação se pessoa > 60 anos ou restrito ao leito/institucionalizado ou HIV positivo ou com DPOC, depois que os sintomas do episódio cessarem.

CONSULTA MÉDICA

Presença de:

- Febre > 38 °C, ausculta pulmonar alterada; presença de foco infeccioso na oroscopia; tosse persistente e/ou muito produtiva, secreção nasal ou tosse amarelo-esverdeado em grande quantidade;

Não

Sim

Se febre isolada ou dor de cabeça isolada, dor de garganta isolada, seguir fluxogramas específicos. Se tosse (mesmo isolada) há mais de 2 semanas considerar investigação para TB

Anexo 5: Diarréia - Plano de Atendimento

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, inquieto	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C

Fonte: Ministério da Saúde

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

A1 INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

- A1.1 O paciente deve tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e maior frequência.
- A1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.

A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

- A2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.
- A2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.

A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:

- A3.1 Não melhorar em 2 dias.
- A3.2 Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo:

- SINAIS DE ALERTA**
- Piora da diarreia (ex.: aumento da frequência ou do volume)
 - Sangue nas fezes
 - Diminuição da diurese
 - Muita sede
 - Vômitos repetidos
 - Recusa de alimentos

A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

- A4.1 Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta.
- A4.2 Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral.
- A4.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).

- A5.1 Até 6 meses de idade: 10 mg/dia.
- A5.2 Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20 mg/dia.

IDADE	Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ingerida após cada evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100 ml
De 1 a 10 anos	100-200 ml

PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL:

- B.1.1 Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg (média de 75 ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 horas.
- B.1.2 A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- B.1.3 A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- B.1.4 Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona:
 - Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg);
 - Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg;
 - Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg.

ALERTA: NÃO UTILIZAR EM GESTANTES.

B.2. DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO “AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE”:

- B.2.1 Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o **PLANO A.**
- B.2.2 Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).
- B.2.3 Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o **PLANO C.**

B.3 DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A:

- B.3.1 Reconhecer os sinais de desidratação.
- B.3.2 Preparar e administrar a solução de SRO.
- B.3.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).

ATENÇÃO:
SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.

PLANO C			
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL			
C.1 ADMINISTRAR REIDRATAÇÃO ENDOVENOSA – FASE DE EXPANSÃO E FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO			
FASE DE EXPANSÃO – MENORES DE 1 ANO ³			
	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora
2º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas
FASE DE EXPANSÃO – A PARTIR DE 1 ANO ³			
	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos
2º	Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos
³ Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10 ml/kg de peso.			
FASE DE MANUTENÇÃO/REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS			
	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
3º	Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10 kg	100 ml/kg
		Peso de 10 a 20 kg	1.000 ml + 50 ml/kg de peso que exceder 10 kg
		Peso acima de 20 kg	1.500 ml + 20 ml/kg de peso que exceder 20 kg (no máximo 2.000 ml)
	+		24 HORAS
	Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50 ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
	KCl a 10%	2 ml para cada 100 ml de solução da fase de manutenção.	
C.2 AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/ GOTEJAMENTO:			
C21	Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente.		
C22	Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.		
C23	Observar o paciente por pelo menos 6 horas.		
C24	Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com o C.		
OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM COMPLETAMENTE HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.			

Graus de desidratação - Adulto

	HIDRATADO	DESIDRATADO	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Aspecto geral	Alerta	Irritado, com sede	Deprimido, comatoso
Olhos	Brilhantes com lágrima	Fundos, lágrimas ausentes	Muito fundos, sem lágrima
Mucosas	Umidas	Secas	Muito secas
Turgor	Normal	Pastoso	Muito pastoso
Pulso	Cheio	Palpável	Débil ou ausente
Perfusão	Normal	Normal	Alterada
Circulação	(PA) Normal	Normal	Diminuída/taquicardia
Diurese	Normal	Pouco diminuída	Oligúria/anúria
Redução do peso	0%	≤ 10%	> 10%

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2016

Dicas de Postura

DICAS DE POSTURA

POSTURA EM PÉ

- 1. Mantenha a coluna ereta:** Evite se curvar ou arquear a coluna.
- 2. Distribua o peso:** Alterne o peso entre as pernas e mantenha os pés alinhados.
- 3. Relaxe os ombros:** Mantenha-os para baixo e ligeiramente para trás.
- 4. Olhe para frente**



POSTURA AO CAMINHAR

- 1. Caminhe com confiança:** Procure andar o mais ereto possível.
- 2. Braços relaxados:** Mantenha os braços soltos ao lado do corpo.
- 3. Mantenha a cabeça erguida:** Olhe à frente, acima da linha do horizonte.



COMO PEGAR E CONDUZIR OBJETO DE PESO

Agachamento:

- Flexione os joelhos e os quadris, como em um agachamento.
- Evite dobrar a coluna ao descer.



Pegar o peso:

- Segure o peso centralizado entre os pés com firmeza.



Levantamento:

- Empurre o chão com os calcanhares e levante lentamente.
- Mantenha o peso próximo ao corpo durante todo o movimento.
- Evite torcer o tronco ou dobrar a coluna durante o levantamento.



POSTURA PARA VARRER A CASA

- Use uma vassoura com um cabo na altura do seu peito, para evitar que você tenha que se curvar demais.



- Faça movimentos curtos e controlados, usando os braços e caminhando com a vassoura em vez de se esticar para varrer áreas distantes.



USAR O CELULAR

- Com o pescoço dobrado em um ângulo de 45 graus, você pode estar colocando até 22 kg de pressão sobre ele.

- Procure manter o pescoço o mais reto possível.





PASSAR ROUPA

- A tábua de passar deve estar na altura dos quadris ou um pouco acima.
- Fique com os pés afastados na largura dos ombros.
- Evite inclinar-se sobre a tábua.
- Faça movimentos curtos e fluidos com o ferro, movendo-se a partir dos ombros, e não apenas o punho ou cotovelo.



VESTIR A ROUPA

- Para maior estabilidade, sente-se em uma cadeira e coloque uma perna de cada vez na calça/sala/short. Isso evita a perda de equilíbrio e diminui a necessidade de se curvar excessivamente.
- A melhor forma de calçar sapatos é sentado. Posicione o pé sobre o joelho oposto ou em um banco para facilitar.



POSTURA PARA DORMIR zzz

1. Dormir de lado

- Essa é uma das posições mais comuns e saudáveis para a coluna.



- **Almofada entre os joelhos:** Colocar uma almofada entre os joelhos ajuda a alinhar os quadris e a coluna e também diminui a tensão na lombar.



- **Travesseiro para a cabeça:** Use um travesseiro que mantenha o pescoço alinhado com o restante da coluna.



2. Dormir de costas

Essa é uma das melhores posições para alinhar a coluna e prevenir dores.



Coluna: A coluna permanece em uma posição neutra. Um pequeno travesseiro pode ser colocado embaixo dos joelhos para reduzir a pressão na lombar.



DICAS GERAIS

Tamanho do travesseiro: O travesseiro deve preencher o espaço entre a cabeça e o colchão, mantendo a coluna cervical alinhada com o resto do corpo. Evite travesseiros que sejam muito altos ou muito baixos.



Colchão: Escolha um colchão que ofereça suporte adequado ao seu peso e à sua forma de dormir. Colchões muito macios podem afundar demais, causando desalinhamento da coluna, enquanto colchões muito duros podem gerar pressão excessiva em áreas como ombros e quadris.



POSTURA PARA LEVANTAR DA CAMA



1. Role para o lado

Use os braços para se apoiar: Apoie-se no braço de baixo (que está em contato com o colchão) e use o outro braço para ajudar a empurrar o tronco para cima. Enquanto isso, as pernas devem ser movidas lentamente para fora da cama, como um pêndulo.

2. Levante-se com os pés apoiados

Coloque os pés firmemente no chão, incline-se ligeiramente para a frente e use a força das pernas (não das costas) para colocar-se em pé.



Referências Bibliográficas

- ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.
- ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. *Revista APS, Juiz de Fora*, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1323-1330, 2009.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 28, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed., 5. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- CAMPOS, T. S. et al. Acolhimento e classificação de risco: percepção de profissionais de saúde e usuários. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 33, 2020.
- CASTRO, A. R. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Organizado por Abílio José Ribeiro de Castro e Maria Emi Shimazaki. Belo Horizonte: Escola da Saúde Pública, 2006. 240 p.
- COSTA, M. F. M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade Básica de Saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2010.
- DIEGUES, P. L. S. C.; SANTIESTEBAN, O. O.; PEGORARO, I. B. Estratégia Saúde da Família: acolhimento da demanda espontânea. *Anais Exposauêda da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, 2014.
- FLORÊNCIO, R. S.; MOREIRA, T. M. M. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito social. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, 2021.
- FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem. Volume 4: Demanda espontânea do adulto. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>>.
- GIRONDI, J. B. R. et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 20-27, 2010.
- ISSA, A. F. C. et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.
- JUNGES, J. R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. *Bioética*, vulnerabilidade e saúde, Brasília, v. 110, p. 138, 2007.
- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1997.
- MUÑOZ-SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do

- conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.
- PEDROSO, R. A.; KLS, C. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2006.
- PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal. Protocolo de acolhimento à demanda espontânea na atenção primária à saúde. 3. ed. Ponta Grossa: Prefeitura Municipal, 2022.
- PORTO, M. F. S. Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. Protocolo de atenção integral à saúde da criança. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Planejamento em Saúde, 2023.
- ROGER, V. L. et al. Heart disease and stroke statistics — 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, Dallas, v. 125, n. 1, p. e2-e220, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019. 419 p.
- SILVA, A. C.; RUDGE, A. M. Construindo a noção de sintoma: articulações entre psicanálise e pragmática. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 224-229, 2017.
- SILVA, A. F. da; LIMA, S. C.; LIMA, F. A. Análise multinível e diagnóstico de situação de saúde para avaliação de risco e vulnerabilidade social. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 14, n. 28, p. 114, 2018.
- SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 225-231, 2012.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.