



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – APS/DF

Área(s): Atenção Primária à Saúde

Portaria SES-DF Nº0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

- **Metodologia de Busca da Literatura**

- a. Bases de dados consultadas**

Foram consultadas, publicações do Ministério da Saúde (MS), publicações de outros Estados da Federação, textos técnicos, publicações técnicas relevantes para o tema.

b. Palavra(s) chaves(s)

Atenção Primária à Saúde (APS), Acesso, Acolhimento, Demanda Espontânea, Classificação de Risco, Avaliação de Vulnerabilidade e Escuta Qualificada (conceitos no Anexo 04).

c. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, utilizou-se como período referenciado publicações de 2004 a 2017. Em resumo, foram consultados para elaboração deste protocolo os seguintes documentos: 01 Decreto Federal, 07 Publicações do Ministério da Saúde (MS), 03 Portarias do Ministério da Saúde, 01 Lei de Exercício Profissional, 02 Resoluções de Conselho Profissional, 02 Portarias do Distrito Federal, 01 documento da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 02 publicações de Secretarias Municipais de Saúde, 03 livros, 03 Revistas Científicas e 11 artigos ou publicações de outros órgãos, 01 dicionário online.

• Introdução

O atendimento da demanda espontânea com equidade é um dos desafios para os profissionais que atuam na atenção primária à saúde, assim como para os gestores públicos. Para auxiliar nesse processo de reflexão destacam-se dois dos principais objetivos da APS: a ampliação do acesso e a continuidade do cuidado.

Uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisar, no horário **compatível com a disponibilidade da equipe e do paciente** e com a forma de agendamento viável.

Há necessidade da busca pelo equilíbrio entre demanda e oferta de serviço com objetivo de regular o tempo de espera, reduzir o absenteísmo do usuário/paciente, aumentar a resolutividade e proporcionar a longitudinalidade.

Se atualmente a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem uma agenda com vaga somente para dois meses e dificuldade para atender os usuários que a procuram diariamente, há necessidade de reorganização do processo de trabalho e das formas de agendamento. Precisa-se romper barreiras e escutar o usuário em sua queixa, seus medos e suas

expectativas; desta forma o profissional identificará riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, respondendo a demanda daquele momento.

O modelo assistencial que se busca baseia-se na Estratégia Saúde da Família (ESF) com ênfase na abordagem familiar e comunitária tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica/MS¹ e a Política de Atenção Primária à Saúde do DF².

A existência de mais de uma modalidade de atenção no mesmo serviço, assim como a variedade na conformação das equipes pode gerar dificuldade na atuação dos profissionais, assim como no entendimento da população de como funcionam os serviços da APS no DF e quais serviços são ofertados.

A cobertura de ESF deve estar baseada em 3.750 (três mil setecentos e cinquenta) habitantes por equipe⁴ (sendo no máximo 4.000 habitantes²), com área delimitada¹. A necessidade de adscrição dos usuários é imprescindível para entre outras atividades a realização de diagnóstico de área e proposição de ações condizentes com as necessidades da população, organizando o acesso aos serviços de forma mais adequada.

O propósito da APS do DF é que as equipes tenham os mesmos princípios de trabalho, onde o usuário, a família e a comunidade sejam o foco da atuação dos profissionais.

Como exemplo cita-se situações relacionadas ao acesso, que surgiram durante discussões técnicas realizadas em UBS do DF e que foi um dos estímulos para a elaboração deste documento:

- Agendamento de consultas que ultrapassavam tempo de espera superior a um ou dois meses (quando estes usuários não fizessem parte dos programas rotineiros da APS);
- Relatos de dificuldade no atendimento às pessoas que procuravam a UBS sem agendamento prévio independentemente da situação clínica e vulnerabilidade do indivíduo, mesmo tendo sobrado carga horária do profissional naquele período, com alegação de agenda completa (número de pacientes para o turno);
- Oferta de serviços desordenada e desconectada com o território e à necessidade da população;
- Atuação profissional direcionada à doença, sendo o usuário somente um espectador de seu próprio cuidado;

¹O parâmetro de população assistida pela ESF poderá variar de acordo com as determinações da Secretaria de Estado de Saúde/DF.

- Pacientes sem atendimento pela sua equipe no momento que necessitavam, buscando outros pontos de serviços de atenção primária, emergências dos hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA);
- Absenteísmo elevado dos usuários às consultas pré-agendadas;
- Falta de integração entre os profissionais da própria UBS;
- Falta de integração da APS com os serviços de atenção especializada, serviços de apoio diagnóstico e demais setores da rede, aumentando ainda mais a fragmentação do sistema.

Todas essas situações geravam dificuldades e barreiras de acesso dos usuários aos serviços da APS/DF.

Diante disso fez-se necessário discutir a reorganização do processo de trabalho dos profissionais; as formas de acesso dos usuários e a organização da agenda das equipes da atenção primária em saúde e, os fluxos dentro da rede de atenção à saúde (RAS).

As equipes precisavam “estar abertas” para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando junto a população: aliviar o 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 abandono⁵.

Para tanto a Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) iniciou a reestruturação da APS com ênfase na Estratégia Saúde da Família promovendo a conversão dos modelos tradicionais para equipes de ESF, conforme publicado nas Portarias 77 e 78 de 14 fevereiro de 2017²/DODF.

Tendo em vista que não há uma única forma dos serviços se organizarem, uma vez que temos territórios e comunidades com características e necessidades distintas, este documento se propõe a apresentar os princípios e diretrizes para nortear os profissionais e gestores na organização do acesso aos serviços de APS.

• **Justificativa**

Como a APS é a principal porta de entrada³ e de contato preferencial² do usuário ao sistema de saúde, considera-se necessário subsidiar os profissionais quanto ao acesso aos

² Disponíveis no DODF de 15 de fevereiro de 2017, páginas 4 à 8.

³ Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. Decreto nº7508, de 28/06/2011.

serviços da APS. Este documento justifica-se por não existir protocolo de acesso e acolhimento da APS para o DF e pela necessidade de reorganização dos processos de trabalho das equipes de Estratégias de Saúde da Família após a publicação das portarias supracitadas (nº 77 e 78/2017)^{2/3}

- **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

Não se aplica

- **Diagnóstico Clínico ou Situacional**

Para o diagnóstico situacional é necessário realizar, territorialização em saúde, identificação das necessidades da população adscrita, das vulnerabilidades e das potencialidades, análise de indicadores, revisão do processo de trabalho da equipe de saúde.

- **CrITÉrios de Inclusão**

Todas as equipes de APS do DF.

- **CrITÉrios de Exclusão**

Não se aplica

- **Conduta**

A ampliação do acesso requer que ele ocorra em tempo oportuno e seja resolutivo. É necessário uma postura acolhedora, desburocratizada de todos os profissionais que atuam na unidade e que permeie qualquer atendimento realizado na UBS, no domicílio ou nos espaços comunitários.

É fundamental que os profissionais da APS estejam preparados para acolher o usuário que chegar a UBS, incluindo as demandas que não foram programadas, ou seja, as eventualidades e os imprevistos. Esta ação poderá ser realizada por qualquer trabalhador da UBS. O modelo de distribuição de senhas por ordem de chegada deve ser totalmente eliminado.

Ao otimizar as práticas em saúde fortalecemos o vínculo com a população, entre os profissionais, melhoramos a resolução do atendimento e favorecemos à integralidade da atenção. Considerando a PNAB¹:

“Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.”¹

Se olharmos para uma pessoa/usuário para além da doença/queixa trazida perceberemos que as pessoas têm características diferentes, vivem em contextos familiares, sociais e econômicos diferentes, sendo assim as suas necessidades também são diferentes. O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea.

“As necessidades das pessoas são diferentes, portanto, os tempos de consulta precisam ser diferentes.”⁶

“É prudente oferecer consultas mais rápidas para quem procura com problemas pontuais, e mais longas para casos mais difíceis, procedimentos ou visitas domiciliares. Ao oferecer uma consulta rápida, a UBS não está se transformando numa UPA, pois conhece o paciente e pode revê-lo brevemente, diferente do que acontece na UPA, na qual é atendido sem continuidade do cuidado”.⁶

Para a ampliação do acesso é necessário a mudança de postura e das práticas profissionais, além da participação da comunidade local (na identificação das necessidades e do que será ofertado pela UBS), o aprimoramento na gestão dos insumos e recursos, sejam eles materiais, humanos ou de estrutura física. O objetivo deve ser comum, o de prestar um atendimento resolutivo que impacte na saúde da população.

Segundo o Caderno de Atenção Primária à Saúde nº 28, publicado pelo Ministério da Saúde em 2013⁵:

“Não existe uma única e melhor forma de dar acesso a demanda espontânea para todos os contextos, ao contrário, há diferentes possibilidades de modelagens que podem permitir um

acolhimento eficiente, principalmente ao propiciar vinculação e responsabilização. [...] Vale salientar que a maioria das modelagens tem limites e potencialidades, a depender de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros”.

A Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) do DF apresenta como diretrizes⁴ para o acesso dos serviços da APS:

- a) Facilitar o acesso, a escuta e estimular uma postura acolhedora a todos os usuários e fornecer resposta adequada para cada caso;
- b) Planejar a organização do atendimento a partir da necessidade da população;
- c) Garantir que todos os profissionais conheçam o fluxo e as atividades desenvolvidas nas UBS;
- d) Atender a demanda espontânea durante todo o horário de funcionamento da UBS;
- e) Acolher os usuários independentemente de serem da área de atuação da UBS. No acolhimento considerar também as condições de vulnerabilidade individual, familiar e social para definição da conduta;
- f) Realizar a classificação de risco e definir condutas baseada nos protocolos da SES/DF;
- g) Realizar o primeiro atendimento às urgências e caso necessário encaminhar a outro ponto de atenção de acordo com as referências pactuadas;
- h) Estimular o usuário a ser protagonista em sua saúde e conhecer as ofertas da Unidade Básica de Saúde;
- i) Reservar parte da agenda para atendimento à demanda espontânea sem divisão por programas. O restante do período para as consultas programadas podendo ou não ser organizada por linhas de cuidado sempre com horário marcado;
- j) Implantar o sistema de monitoramento de satisfação dos usuários;

⁴Conceito de Diretrizes: **Diretrizes** são **orientações, guias, rumos**. São **linhas** que **definem e regulam** um traçado ou um caminho a seguir. Diretrizes são **instruções ou indicações** para se estabelecer um plano, uma ação. <https://www.significadosbr.com.br/diretrizes>

- k) Mensurar a capacidade resolutive das equipes, com base na análise de demanda do território e ofertas de serviços das equipes.

I. ANÁLISE DE DEMANDA DO TERRITÓRIO E OFERTAS DA UBS

Sabe-se que a demanda na APS é complexa, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, mas em geral não há uma avaliação mais sistematizada sobre as questões que o território apresenta.

A partir da análise do território pode-se construir um Projeto de Saúde no Território (PST)⁸ que deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe.

Deve ser baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão.

É no espaço coletivo em que a comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade e seu processo de implementação avaliados.

O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades num território determinado. O projeto de saúde do território busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território.

Um dos primeiros passos para organização do acesso facilitado nas UBS é realizar uma avaliação de quais os tipos de demanda e qual o percentual destas que chegam à UBS.

Para auxiliar nessa reflexão é necessário responder as seguintes perguntas:

- Qual é o número total de pacientes acolhidos no mês e desses quantos são de fora do área/território?
- Quais os problemas de saúde mais frequentes na população?
- Quais as porcentagens de atendimentos de usuários portadores de condições crônicas, de condições agudas, de condições crônicas agudizadas e outros tipos de demanda?

- A demanda está concentrada em enfermidades⁵ ou doenças⁶?

Segundo Mendes, 2014, apud BRASIL, 2015⁸ os diferentes **tipos** de **demandas** identificados na APS podem ser agrupados conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais a elas pela APS:

- a. Por condições agudas;
- b. Por condições crônicas agudizadas;
- c. Por condições gerais e inespecíficas;
- d. Por condições crônicas não agudizadas;
- e. Por enfermidades;
- f. Por pessoas hiperutilizadoras;
- g. Administrativas;
- h. Por atenção preventiva;
- i. Por atenção domiciliar;
- j. Por autocuidado apoiado.

Dependendo de como a APS está organizada (tipo de oferta e forma de organização de serviços), poderá ou não ser capaz de dar respostas as demandas que surgirem. Para isso são necessárias mudanças em processos básicos de organização dos cuidados redesenhando ou introduzindo novos processos como mostra o exemplo abaixo:

⁵Enfermidade é uma condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente (CONASS, 2015).

⁶ Doença é uma condição do organismo e de parte dele que promove distúrbios em suas funções (CONASS, 2015).

Tabela 01: Comparação entre as ações comumente ofertadas em UBS e as novas possibilidades de ofertas para ampliação do acesso⁷.

DEMANDA	OFERTAS EM UBS COM ACESSO RESTRITO	POSSIBILIDADES DE NOVAS OFERTAS QUE CONTRIBUEM PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO
<ul style="list-style-type: none"> • Por eventos agudos • Por condições crônicas não agudizadas • Por condições gerais e inespecíficas • Por enfermidades • De pessoas hiperutilizadoras • Demandas administrativas • Por atenção preventiva • Por atenção domiciliar • Por autocuidado apoiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem • Consultas médicas • Consultas de enfermagem • Consulta odontológica • Trabalhos em grupo (frequentemente palestras) • Vacinação • Procedimentos em geral • Visitas domiciliares (oferecidas por algumas UBS) • Dispensação de medicamentos • Solicitação, coleta ou realização de exames • Fornecimento de atestados de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento com escuta qualificada e ampliada • Avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades • Consultas médicas • Consultas de enfermagem • Consulta odontológica • Grupos terapêuticos⁸ • Educação popular • Educação em saúde com estímulo ao autocuidado • Vacinação • Rastreamento de doenças • Atenção domiciliar⁹ • Dispensação de medicamentos • Solicitação, coleta ou realização de exames • Fornecimento de atestados de saúde • Atendimentos compartilhados • Matriciamento de especialistas e generalistas • Atendimentos de outros profissionais • Práticas Integrativas em Saúde - PIS

II. SERVIÇOS DE LIVRE ACESSO

Considerando a Política Distrital da APS (77/2017), a Carteira de Serviços da APS/DF e as diretrizes citadas, será livre o acesso aos serviços da APS independente de território, as seguintes situações:

⁷Este quadro foi adaptado pelas autoras baseado em Mendes 2014, APUD BRASIL, 2015.

⁸ Grupos Terapêuticos: atividade profissional executada por profissional de nível superior em grupo de pacientes (grupo operativo; terapêutico), composto por no mínimo 05 (cinco) e no máximo 15 (quinze) pacientes, com duração média de 60 (sessenta) minutos, realizado por profissional com formação para utilizar esta modalidade de atendimento. sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download

⁹ Atenção domiciliar inclui assistência domiciliar, visita domiciliar, acompanhamento domiciliar, vigilância domiciliar e internação domiciliar.

- a) Situações agudas ou crônicas agudizadas: terá seu primeiro atendimento em qualquer UBS e por meio de encaminhamento responsável deverá dar continuidade na UBS próxima à sua residência;
- b) Procedimentos: vacinação, nebulização, sutura;
- c) Medicamentos injetáveis, possíveis de serem aplicadas na UBS, desde que apresentada a receita;
- d) Entrega de medicamento¹⁰: exceto medicamentos estratégicos e medicamentos sujeitos a controle especial, dispensados em unidades de referências indicadas pelas regiões de saúde;
- e) Curativos que não necessitem de continuidade. O primeiro curativo poderá ser realizado em qualquer UBS, caso necessite ser repetido, o usuário será referenciado à UBS a qual está cadastrado e/ou vinculado.

O propósito da definição de diretrizes para acesso e das mudanças propostas na portaria nº 77 para o funcionamento da UBS (ampliação do horário de funcionamento, definição da ESF como modelo de atenção da APS) é resolver a maior parte das necessidades em saúde da população na APS.

Ao se dispensar uma agenda fragmentada por faixas etárias e/ou programas, possibilita-se a inclusão de usuários que poderiam não ter acesso ao serviço por não se encaixar nos grupos específicos.

Vantagens da ampliação do acesso:

- a) Agendar de acordo com a necessidade do usuário, respeitando a situação clínica e o tempo pertinente para espera, evitando sofrimento prolongado;
- b) Atender no horário agendado, diminuindo o tempo de espera e possibilidade de tumulto;
- c) Diminuir o prazo de espera por uma consulta agendada com a organização do acesso;
- d) Diminuir absenteísmo dos usuários, evitando desperdício de tempo do profissional;

¹⁰ Com relação a entrega de insumos, consultar protocolo específico.

- e) Possibilitar maior interação entre os profissionais;
- f) Organizar os fluxos de atendimento objetivando melhor acesso e uma melhor relação entre os usuários e os profissionais;
- g) Aumentar o grau de satisfação do profissional por intervir em situações que promovam o alívio do sofrimento do usuário.

III. ACOLHIMENTO

A APS deve ser capaz de resolver 85% das demandas apresentadas no território, utilizando-se de conhecimentos, protocolos, materiais e equipamentos que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. As equipes de saúde precisam estar preparadas para programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais e estarem abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado; as eventualidades e os imprevistos³.

Segundo Mendes, 2011⁹, uma mudança fundamental para se alcançarem interações produtivas entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção está na busca de um equilíbrio entre a atenção à saúde não programada e a atenção à saúde programada.

Nesse sentido a proposta de mudança na forma de acolher o usuário constitui um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado. O atendimento qualificado nos momentos que surgem as necessidades dos usuários é fundamental para a criação e fortalecimento de vínculos³.

O acolhimento em saúde se caracteriza pela forma de conduzir os processos de trabalho de modo a acolher, ouvir e dar respostas mais diretas ao usuário, estabelecendo vínculo, por meio da prática da escuta qualificada, da responsabilização pela saúde do indivíduo e da articulação com outros pontos da rede¹⁰.

O acolhimento é uma forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios.

Contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de cada usuário.

A. Objetivos do acolhimento:

- Garantir acesso, avaliação e cuidado resolutivo;
- Organizar o atendimento à demanda espontânea por meio de definição de critérios clínicos e de vulnerabilidade;
- Desenvolver a escuta qualificada e ampliada centrada no usuário e família.

B. Questões norteadoras para reflexão sobre processo de trabalho e para definição do modelo de acolhimento mais adequado à UBS:

Propõe-se algumas questões norteadoras, são elas:

- Como realizamos o acolhimento em nossa UBS?
- Qual o caminho/fluxo que o usuário faz até ser atendido?
- Que profissionais estão na “linha de frente” do acolhimento? Eles mudam em diferentes horários?
- O que ofertamos no acolhimento?
- O acolhimento é seguido de escuta qualificada? Quem normalmente faz?
- Como são as ofertas na UBS?
- Qual a distribuição das ofertas da UBS ao longo do dia e no decorrer da semana?
- Qual o perfil da demanda espontânea?
- O que as pessoas que estão “cedo” na UBS estão demandando?
- Quantas são em cada grupo de demandas?
- Essa distribuição varia ao longo do dia ou certos padrões de demandas se concentram em determinados horários?
- As demandas são passíveis de serem negociadas para outros horários de menor movimento?
- O que não é atendido na UBS e por quê?
- Como é feito o encaminhamento dos casos não atendidos na UBS? (realizada orientação verbal e encaminhado para outro serviço? É formalizado o encaminhamento por escrito e entregue ao usuário? Realizado contato prévio com o serviço a qual o usuário será encaminhado?)
- Há articulação com a rede de serviços de saúde (sistema de referência e contra referência? Como funciona?

C. Resultados esperados com o acolhimento:

- Ampliação da resolutividade da APS;
- Qualificação do atendimento;
- Detecção precoce de usuário com potencial de agravamento de sua condição clínica;
- Organização do processo de trabalho;
- Mudança no perfil da demanda, no decorrer do tempo;
- Aumento do grau de satisfação dos usuários e profissionais de saúde.

Ressalta-se que as UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ampliada e qualificada dos usuários que a procuram de modo universal e sem exclusões, mesmo que não sejam da área de abrangência da UBS, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva sempre que necessário.

Dependendo da forma como o serviço será organizado ou de quem faça o acolhimento poderá ocorrer do mesmo servidor realizar o acolhimento e a classificação de risco.

Quando o usuário chegar à unidade com a consulta já agendada e por algum motivo, esta não puder ser realizada, o usuário deverá ser acolhido e sua consulta remarcada de acordo com a situação.

D. Diretrizes para o acolhimento:

- a) O acolhimento ao usuário deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da UBS por qualquer profissional, sempre buscando otimizar as agendas dos profissionais;
- b) Os profissionais de saúde deverão realizar o acolhimento por meio de escuta ampliada e qualificada, que inclui reconhecer riscos e vulnerabilidades buscando facilitar o acesso, realizar ou acionar intervenções necessárias, conforme protocolos clínicos vigentes;
- c) A equipe deverá definir o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento;
- d) O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel importante no acolhimento por ser membro da equipe e pela sua inserção na comunidade em razão da sua prática profissional;
- e) As necessidades de saúde bucal também precisam ser apreciadas no acolhimento, podendo os profissionais que atuam no cuidado à saúde bucal também serem inseridos no processo de escuta qualificada, bem como os outros

profissionais que realizam a primeira escuta precisam estar atentos para eventuais queixas que podem ter relação com a saúde bucal e necessitariam de uma avaliação específica;

- f) A realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe. Na definição do papel de cada membro da equipe no acolhimento deve-se considerar as atribuições de cada um dos profissionais da equipe de APS conforme disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, salientando-se as atribuições comuns a todos os profissionais;
- g) A definição da conduta deverá seguir as diretrizes clínicas e os protocolos assistenciais da SES/DF e MS;
- h) Os profissionais deverão acolher e atender durante seu horário de trabalho independentemente da quantidade de atendimentos já realizados;
- i) A modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade pode variar, de acordo com a quantidade de equipes que atuam em uma mesma unidade e de acordo com as características do território numa perspectiva populacional.

As informações obtidas no acolhimento, na classificação ou estratificação de risco e em cada atendimento deverão ser registradas em prontuário.

Encontra-se no anexo 01 uma planilha para gerenciamento do acolhimento, que deverá ser implantada pelas UBS para monitoramento de informações e organização do processo de trabalho.

E. Modelos de Acolhimento

Segue as possibilidades de organização do acolhimento que deverá ser avaliada pelos profissionais considerando o número de equipes na unidade; a realidade de cada território e a gestão de base populacional. As Equipes de Saúde Bucal (eSB) deverão ser inseridas na organização, observando-se a relação ESF/ESB e o número de ESB na UBS.

- a) O enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na área de abrangência da equipe e também os seus usuários agendados. Nessa situação o enfermeiro faz acolhimento e classificação de risco no mesmo momento; o médico e o cirurgião-dentista fazem a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atendem os usuários agendados;

- b) Mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento e posteriormente assumindo suas demais atribuições;
- c) O enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, momento em que também acolhe e classifica risco, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem e/ou técnico de saúde bucal, estando o enfermeiro, o médico e o cirurgião-dentista na retaguarda;
- d) UBS com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem e/ou técnico de saúde bucal de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, durante um turno ou o dia inteiro, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico e cirurgião-dentista da equipe responsável pelo acolhimento do dia ou turno ficam na retaguarda. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade atendem os casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia ou do turno;
- e) UBS com mais de uma equipe também é possível o enfermeiro acolher todos os usuários independente da área, e encaminhar para o médico ou cirurgião-dentista da equipe correspondente;
- f) UBS com mais de uma equipe também é possível a equipe de acolhimento ser composta por profissionais das diversas equipes; exemplo: técnico de enfermagem da equipe A, enfermeiro da equipe B, médico na retaguarda da equipe C, técnico de saúde bucal da equipe A e cirurgião dentista de equipe B. Essa escala pode ser alterada a cada turno ou dia;
- g) Cada enfermeiro acolhe os usuários de sua área adscrita/adstrita em horário predeterminado; no momento seguinte um dos enfermeiros continua fazendo acolhimento de todos os usuários que chegam à UBS e os demais enfermeiros assumem outras atividades junto a sua equipe. Assim, em dias alternados, um dos enfermeiros da UBS ficará sem atendimento agendado. Haverá na retaguarda um médico e um cirurgião-dentista para atender os casos agudos independentemente da área de abrangência da equipe. Esta forma de organização exige uma comunicação mais intensa entre os membros da equipe e incorporação de ferramentas para facilitar a gestão das agendas;

- h) UBS com quatro ou mais equipes, pode-se formar “equipes pares ou equipes irmãs” em que uma apoia a outra. Alterna-se os horários dos profissionais de modo que uma dê cobertura para a outra. Por exemplo: O médico da equipe A pode ser escalado no mesmo horário do enfermeiro da equipe B e vice-versa. Esse modelo possibilita preservação do vínculo do usuário com algum profissional da sua equipe de referência. Nesse caso, observar a proporção ESF/ESB para inserção da saúde bucal.

IV. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE

A estratégia para atender várias pessoas que tenham necessidades distintas é a adoção da classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades,⁴ pois possibilita identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas prioridades.

A classificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades orientarão não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também, o tempo em que a ação deve ocorrer.

Diferentemente de outros pontos de atenção à saúde, os protocolos de classificação de risco na APS devem ser ajustados para atender a seus princípios, exigindo um olhar diferenciado por parte dos profissionais, o qual leve em consideração algumas observações:

- a) Há possibilidade de mudança no grau de risco de um usuário por isso a classificação precisa ser dinâmica;
- b) Pessoas que comparecem a UBS com problemas clinicamente simples, de baixo risco é adequado ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado, ou seja, não basta olhar o risco clínico/biológico, uma vez que há condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas;
- c) Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões) em dia posterior;
- d) Existindo condições de grande vulnerabilidade avaliar a possibilidade das intervenções serem realizadas no mesmo dia, agendadas para data próxima ou deve ser construído um projeto terapêutico singular, em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;
- e) As situações não previstas fazem parte da rotina. Como por exemplo no dia em que a quantidade de atendimentos for abaixo do esperado, os profissionais podem atender os usuários que, em outros momentos de maior demanda, seriam

agendadas para atendimento posterior. Essa atitude otimiza a agenda, responde mais rapidamente às necessidades e pode aumentar a vinculação;

- f) Em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber se isso deve ser abordado de imediato ou num momento posterior (se há alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida) ⁴.

No momento do acolhimento o profissional de saúde deve ter um “olhar ampliado”, atento à realidade e ao contexto de sua população, sabendo identificar as particularidades e singularidades a fim de adotar a conduta necessária e adequada a cada caso específico.

Se forem considerados apenas os fatores biológicos no acolhimento, não será possível garantir a saúde em sua complexidade e o acesso de acordo com a real necessidade do sujeito.

Apesar disso, dentro da classificação de risco na APS os fatores biológicos são considerados em primeiro plano, definindo a prioridade do atendimento. Contudo, é necessário que o profissional tenha tato, bom senso, competência técnica e sensibilidade para reconhecer situações que exijam uma abordagem para além daquelas ações determinadas nos protocolos estabelecidos, com vistas à garantia do princípio da equidade.

O acesso de indivíduos e grupos aos serviços de saúde pode ser dificultado devido ao contexto social, vulnerabilidades e riscos sociais, que compõe parte dos determinantes sociais de saúde. Segundo a Política Nacional de Assistência Social¹¹, algumas particularidades devem ser consideradas, tais como:

- a. Famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade (ex.: pessoa em situação de rua, imigrantes);
- b. De acordo com o ciclo de vida¹² (ex.: crianças, adolescentes, idosos);
- c. Identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual (ex.: negros, ciganos, indígenas, homossexuais, transsexuais, travestis);
- d. Desvantagem pessoal resultante de deficiências (ex.: visual, auditivo, físico, cognitivo);
- e. Exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas (ex.: insegurança alimentar e nutricional, moradia precária, ausência de saneamento básico, baixa escolaridade);
- f. Usuário de substâncias psicoativas (ex.: usuário de álcool e outras drogas);

- g. Envolvidos em violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos (ex.: violência doméstica, violência contra criança e adolescente, homofobia, racismo, tentativa de suicídio);
- h. Inserção precária ou não-inserção no mercado de trabalho formal e informal (ex.: trabalhadores informais, domésticos, autônomos, desempregados);
- i. Estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (ex.: profissionais do sexo, catadores de lixo).

Segundo a Política Nacional de Assistência Social (2004)¹¹ determinados ciclos de vida já são considerados vulneráveis por si. Porém, para a saúde, apenas o fato de um indivíduo estar na faixa etária de determinado ciclo de vida não significa que ele será vulnerável. Há necessidade de avaliar a situação clínica e de vulnerabilidade que possa agravar a saúde do indivíduo independente do ciclo de vida.

Além disso, há outros determinantes sociais e de saúde que implicam na avaliação da vulnerabilidade, tais como:

- a) Crise familiar: como exemplo: desemprego, analfabetismo, nascimento de filho, divórcio, síndrome do “ninho vazio”, situação de extrema pobreza;
- b) Fatores de risco familiar: família uniparental, doença crônica incapacitante, membro da família acamado, abuso sexual;
- c) Desnutrição;
- d) Beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF);
- e) Faltas consecutivas (ausências) às consultas programadas;
- f) Mulheres que não realizam exames preventivos há anos;
- g) Adolescente ativo sexualmente sem uso de preservativo;
- h) Pessoas que trabalham durante todo o horário de funcionamento da UBS e “aproveitam” uma folga para comparecer à unidade. Nesse caso podem ser oferecidos ou programados outros serviços além daquele que motivou a procura.

A forma de organização do acolhimento será definida pelos profissionais das equipes (entende-se ESF e eSB) e deverá ter uma abordagem integral do usuário.

Os profissionais de saúde da UBS devem ficar atentos às necessidades de saúde bucal dos usuários e ter ciência da classificação de risco das urgências odontológicas e do fluxo do usuário para a odontologia. Do mesmo modo, os profissionais da Equipe de Saúde

Bucal devem estar envolvidos no processo de acolhimento não somente no que diz respeito às questões da odontologia.

As reuniões estruturadas de equipe são imprescindíveis para planejamento, organização e avaliação de como está funcionando o processo de trabalho, incluindo o acolhimento, assim como momentos para a pactuação dos critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação de risco e vulnerabilidade.

O acolhimento assim como a realização da classificação de risco na APS implica numa mudança do modo de organizar as agendas de trabalho e o fluxo na UBS. Precisa-se implementar o planejamento e gestão das agendas de forma a contemplar as diferentes situações e garantir a retaguarda à demanda espontânea.

Ainda assim, pode haver dificuldades na classificação do risco, que pode ser por uma fragilidade técnica, por falta de aceitação ou suporte dos colegas de trabalho (falta de retaguarda). Por isso a importância de monitorar as formas de acesso aos serviços da UBS, as formas de agendamento e os demais processos. Ajustes são necessários e sempre serão, uma vez que o território é dinâmico assim como a população com suas características e necessidades. Cabe então aos serviços se ajustarem as novas necessidades. Nas reuniões de equipes pode-se realizar o planejamento estratégico; aplicar a matriz de intervenção do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) ou outro instrumento de intervenção; avaliar a implantação e qualificação das ações previstas na Carteira de Serviço do DF; além de pactuar capacitações seguindo as orientações técnicas dos protocolos da Instituição.

Segundo a portaria nº 77₂ a classificação de risco deverá ser realizada preferencialmente pelo profissional Enfermeiro¹¹ e, na sua ausência, outro profissional de nível superior₂, seguindo normas e protocolos vigentes, buscando ambiente reservado para a escuta e atendimento.

Os casos de urgências médicas e odontológicas deverão ter seu primeiro atendimento garantido na UBS, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, e caberá à UBS, o contato imediato com outro ponto de atenção a fim de prover atendimento adequado à situação.

¹¹ O enfermeiro está habilitado para atender a demanda espontânea embasado pela lei do exercício profissional 7.498/86 e resoluções do 195/97 e 153/93 (COFEN).

Para fins de classificação dos casos de demanda espontânea na APS seguiremos o modelo elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado no Caderno de Atenção Básica (CAB) Acolhimento a demanda espontânea nº 28, volume II₁₂ que aborda as queixas mais comuns na APS.

V. CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em relação à definição de intervenções segundo a classificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidades), sugere-se classificá-las em “Não Agudo” (intervenções que podem ser programadas) e “Agudo” (intervenções onde o atendimento precisa ser imediato, atendimento prioritário ou no dia).

Tabela 2: Classificação da demanda espontânea na APS

DEMANDA ESPONTÂNEA	SITUAÇÕES ENCONTRADAS	CONDUTAS POSSÍVEIS
SITUAÇÃO NÃO AGUDA	Necessidades assistenciais sem queixa clínica	Orientação específica e/ou sobre ofertas da UBS
	Prevenção e promoção à saúde	Realização de ações previstas em protocolos
	Questões administrativas	Agendamento e programação de intervenções
	Procedimentos em geral	A conduta e o tempo para agendamento devem considerar a história do usuário, a vulnerabilidade e o quadro clínico
SITUAÇÃO AGUDA OU CRÔNICA AGUDIZADA	Queixas agudas Agudização de condições crônicas	Atendimento imediato Necessita de intervenção imediata da equipe O paciente deve sempre ser atendido na APS Deve ser referenciado com relatório escrito para o hospital de referência se necessário Alto Risco
	Sufrimento agudo	Atendimento prioritário Necessita intervenção breve da equipe Influencia na ordem do atendimento

		Risco Moderado
	Queixas crônicas	Atendimento no dia Risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante Manejo no mesmo dia A escolha do profissional para atendimento dependerá da situação e dos protocolos estabelecidos

Fonte: BRASIL, 2013a, adaptado

VI. FLUXO DO USUÁRIO NA UBS

Os usuários que procurarem a UBS serão acolhidos e orientados quanto ao fluxo da UBS de acordo com a sua demanda e, dependendo da situação direcionados para avaliação de risco e vulnerabilidade. Após a escuta qualificada, será definida a conduta adequada que poderá ser atendimento imediato, agendamento e/ou encaminhamento responsável à UBS de referência. A marcação de consultas por demanda programada ou espontânea deverá estar disponível diariamente, durante todo o período de funcionamento da UBS.

i. Fatores que podem interferir no fluxo dos usuários na UBS:

- Estrutura física;
- Número de equipes;
- Perfil do profissional que realiza o acolhimento e classificação de risco;
- Situação de risco e vulnerabilidade da população;
- Pressão assistencial da população.

Os fluxogramas a seguir buscam representar o fluxo dos usuários na UBS partindo do pressuposto de que esta estará aberta para o acolhimento com espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções.

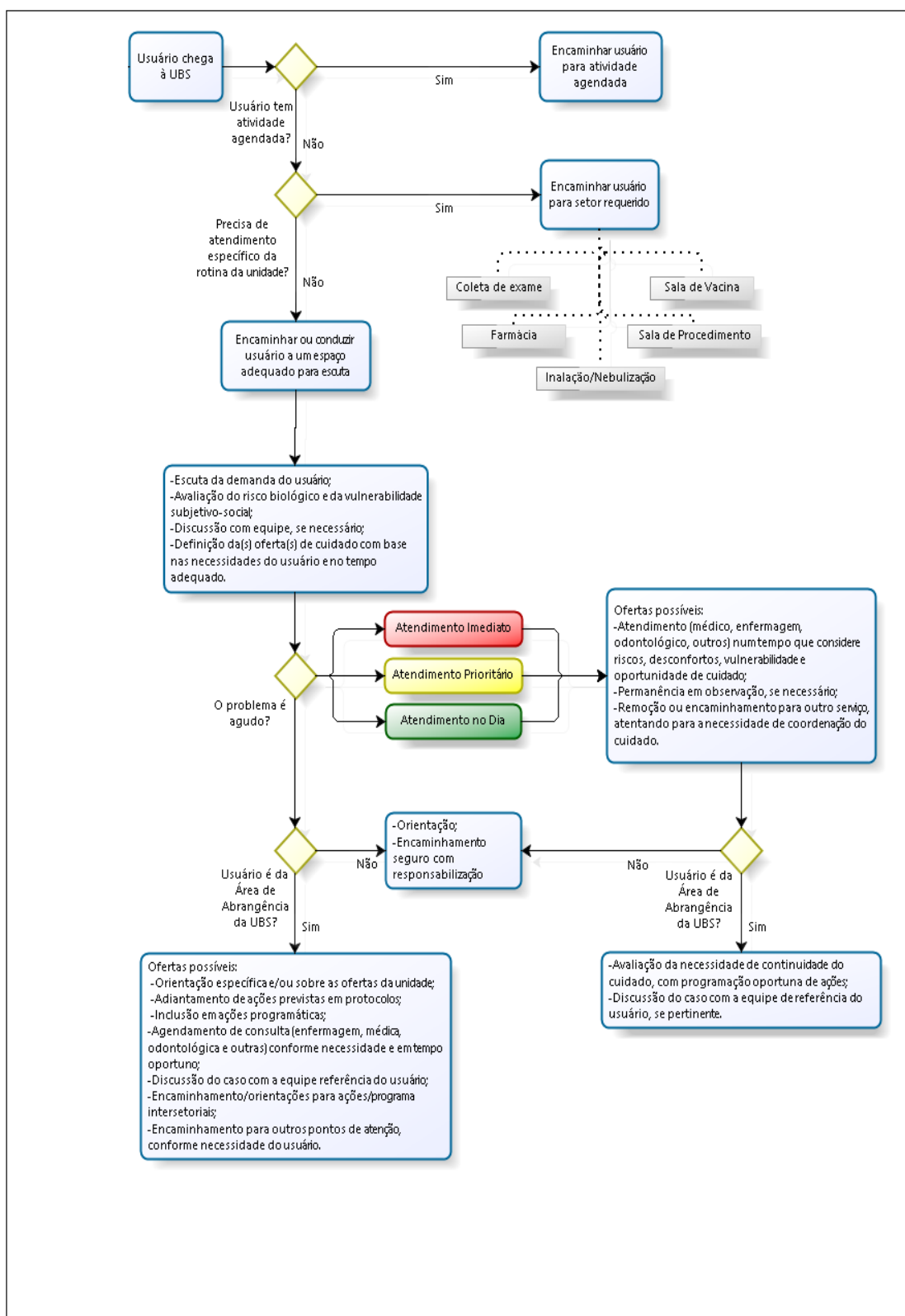
O espaço destinado para a escuta não precisa ser necessariamente uma sala exclusiva para esse fim.

Como todo padrão recomendado, os ajustes são necessários para adequação a realidade com características singulares.

Independentemente do local e de quem atue na escuta qualificada e ampliada deve ser assegurado que:

- a) Usuários com atividades agendadas ou da rotina devem ser recebidos e direcionados corretamente; por isso é importante que todos os trabalhadores tenham o conhecimento do funcionamento da UBS;
- b) Situações imprevistas sejam acolhidas e dado o devido encaminhamento;
- c) Profissionais encarregados de escutar as demandas dos usuários que chegam espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter:
 - Capacidade de analisá-las (identificando riscos e analisando vulnerabilidade);
 - Clareza das ofertas das ações e serviços existentes na UBS;
 - Possibilidade de diálogo com outros profissionais;
 - Algum grau de resolutividade;
 - Respaldo para acionar as ofertas das ações e serviços em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

Figura 1: Fluxo do usuário na UBS



Fontes: BRASIL, 2013.

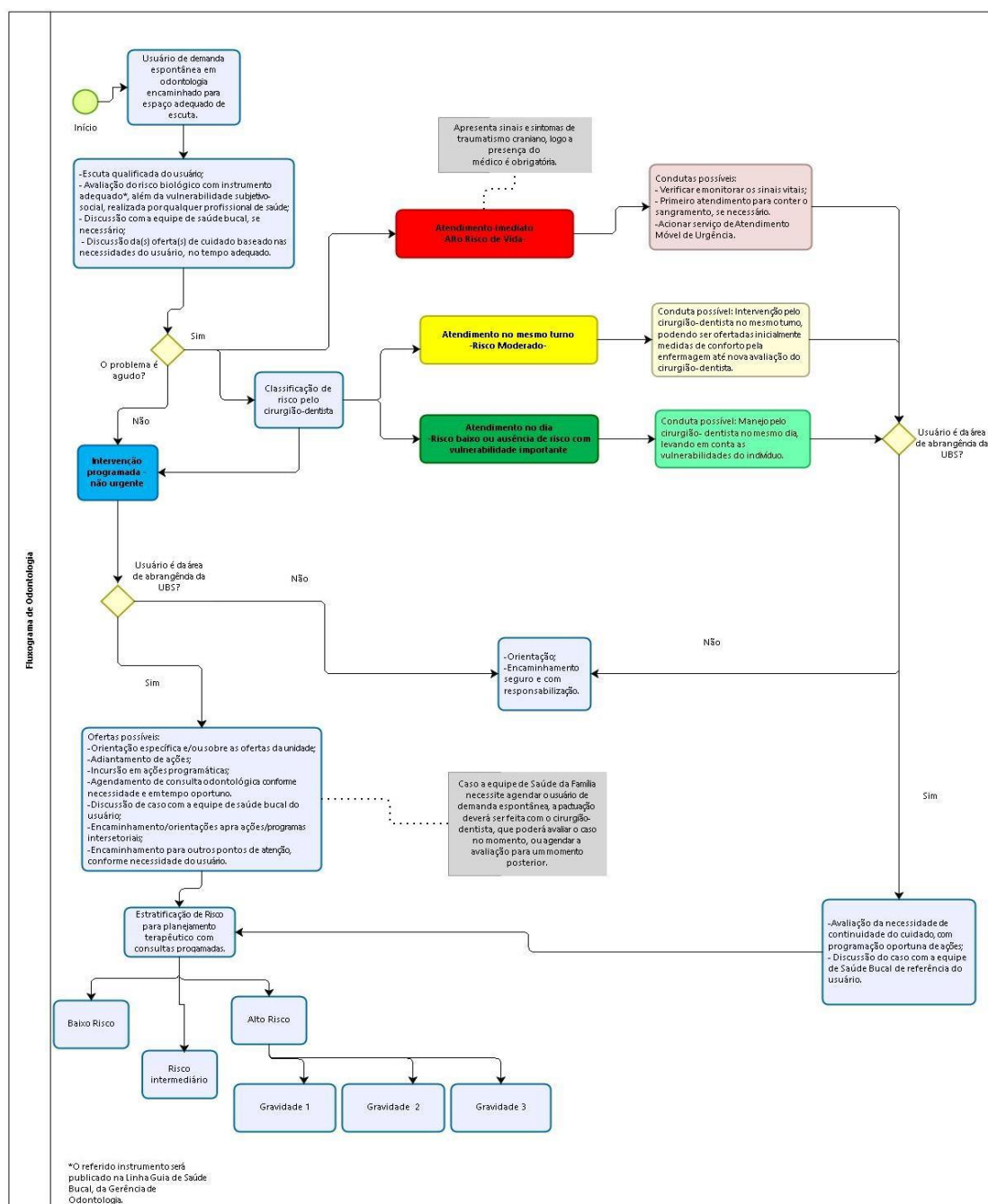
Descrição do fluxograma acima:

- a) Usuário chega à UBS para uma atividade agendada (demanda programada) ou de rotina da unidade (exemplo: vacina, curativo, consulta agendada). Qualquer profissional de saúde poderá acolhê-lo e direcioná-lo para o local correto evitando a espera desnecessária;
- b) Quando o usuário chega à UBS sem atendimento agendado (demanda espontânea) deverá ser acolhido por qualquer profissional da área de saúde e direcionado ao profissional que estiver realizando a classificação de risco (qualquer profissional de saúde que tenha sido capacitado para esta atividade). O classificador deverá identificar vulnerabilidades e definir a prioridade do atendimento;
- c) Na classificação de risco sendo detectada uma situação aguda, o usuário seguirá para atendimento específico (imediato, prioritário ou no turno seguinte) independentemente do local de moradia. Sendo o usuário da área de abrangência será avaliada a necessidade de continuidade do cuidado; se não for “fora de área de abrangência”, orientar os cuidados em saúde e encaminhar à UBS de referência (encaminhamento responsável).

Exemplo de caso e seu prosseguimento de acordo com o fluxo:

“Chega à UBS uma mulher com uma criança de cinco meses no colo. A usuária informa ao profissional que passa no corredor de entrada que seu filho está doente. A mãe é questionada se tem consulta marcada e esta informa que não. É então encaminhada ao local definido pela equipe - para escuta - onde são relatados e observados os seguintes sintomas: respiração rápida; frequência respiratória de 77 irpm (incursões respiratórias por minuto); tiragem subcostal; gemidos; temperatura 38°C; criança não consegue mamar no peito. O profissional classifica o problema em agudo que necessita de atendimento médico imediato (vermelho). A usuária faz parte da área de abrangência da UBS. O médico faz o atendimento e verifica que há necessidade de continuidade do cuidado com programação de visita domiciliar. Posteriormente, o caso é apresentado em reunião de equipe onde é discutida a vulnerabilidade da família.”

Figura 2: Fluxo do usuário na UBS para queixas odontológicas



Fonte: Quadro elaborado pelas colaboradoras alunas de residência multiprofissional em saúde coletiva, ESCS, 2017 e residência multiprofissional em atenção básica, UnB, 2017.

VII. CONSTRUÇÃO DA AGENDA

A ampliação do acesso, do acolhimento, da classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades são ferramentas utilizadas na APS com o objetivo de aumentar a resolutividade e a capacidade de cuidado com um escopo diversificado de ofertas de cuidado, tendo como propósitos: a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários; a (re)construção de graus progressivos de autonomia; a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes de cuidado sociais e comunitárias).

Para tal, pode-se associar práticas tradicionais a outras estratégias, incluindo grupos educativos, oficinas, vivências, práticas corporais e de autocuidado apoiado, atividades lúdicas e laborais.

Existem várias formas de se organizar uma agenda, mas a escolha do modelo requer o entendimento da demanda e das características da população adstrita/adscrita.

Além disso, deve-se definir a oferta, desconstruindo a lógica do modelo medicocentrado e, considerar as atribuições, fragilidades e potencialidades de cada membro da equipe.

A agenda também depende do funcionamento da UBS, capacidade instalada; escala de consultório e pactuação entre “equipes pares” ou “equipes irmãs”.

Os usuários serão atendidos preferencialmente por sua própria equipe com o objetivo de estimular a formação do vínculo e de proporcionar uma atenção integral e longitudinal ao indivíduo, família e comunidade. A construção do vínculo favorece uma maior adesão aos tratamentos e obtêm-se melhores resultados terapêuticos, mas na impossibilidade do atendimento pela sua equipe de referência e, a situação não puder aguardar, outra equipe deverá atender.

A construção da agenda de trabalho pela equipe fortalece sua autonomia e favorece a capacidade de pensar e atuar sobre seus processos de trabalho.

Para auxiliar na construção dessa agenda pode-se realizar um levantamento de dados dos sistemas de informação, colher dados junto aos Agentes Comunitários de Saúde, ter conhecimento das linhas de cuidado propostas pelo DF, conhecer as principais queixas e necessidades dos usuários, analisar a frequência de retornos dos usuários, se dispor a observar e ouvir as necessidades relatadas durante as visitas domiciliares e atividades de

grupo, entre outras ações. Estas informações obtidas pela “Territorialização e Diagnóstico de Área” subsidiam o planejamento da equipe e organização da agenda de trabalho.

O usuário que apresentar uma doença crônica deverá ter o seu risco estratificado considerando os fatores de risco adicionais, aspectos sócio econômicos, características do estilo de vida dentre outras questões pontuadas em protocolos específicos. A presença de riscos adicionais aumenta o potencial de risco do paciente. Como exemplo pode-se citar: “Uma equipe identifica 250 pessoas como hipertensas; dessas 100 estão em uso de medicamentos da forma adequada; exames dentro dos padrões de normalidade; realizam atividade física e alimentação adequada; as 150 demais apresentam comorbidades; dessas 50 com lesão de órgão alvo e com dificuldade na adesão ao tratamento.” Está evidente que as necessidades de acompanhamento da equipe de saúde para estes pacientes são diferentes, portanto a frequência e tempo de atendimento para as consultas serão diferentes. Com a realização da estratificação será possível avaliar as necessidades em saúde e as ofertas possíveis para o acompanhamento adequado a cada caso.

A partir do momento que a equipe passar a incorporar novas formas de organização, algumas informações serão necessárias para adequar as demandas provenientes da população usuária. Para isso será necessário o monitoramento de alguns dados:

- a) Mensurar as ações e serviços presentes na Carteira de Serviços da APS/DF₁₃ que são oferecidas/realizadas na unidade;
- b) Mensurar o número total de usuários/pacientes acolhidos no mês e desses quantos são “fora da área de abrangência”;
- c) Mensurar o número total de pacientes que passaram pela classificação de risco no mês e quantos de cada tipo de demanda;
- d) Calcular o intervalo médio entre a demanda espontânea por consulta ou procedimento e a data agendada (tempo médio de espera para agendamento e realização de consulta);
- e) Identificar a proporção de faltosos às consultas previamente agendadas;
- f) Anotar o horário de maior demanda na UBS (concentração de demanda);
- g) Registrar o número de usuários encaminhados para outros pontos da rede (motivo e o ponto da rede que o usuário foi encaminhado).

A organização da agenda deverá contemplar atendimentos individuais, atenção/visitas domiciliares, reuniões de equipe, atividade de matriciamento e de educação em saúde e outras atividades que a equipe considere necessária. Desses atendimentos

alguns serão pré-agendados e outros virão por demanda espontânea. Deve haver um equilíbrio entre essas duas, sendo recomendado um percentual mínimo de 50%₂ dos horários de consulta, para atendimento à demanda espontânea. Proposição de agenda:

- a) Reuniões de equipe: 2 horas/semanais;
- b) Atendimento coletivo: 2 horas/semanais ou a cada 15 dias;
- c) Atenção domiciliar: 4 horas/semanais;
- d) Atividade de matriciamento e/ou de educação em saúde: 2 horas/semanais;
- e) atendimentos individuais: 30 horas/semanais (15 horas para demanda espontânea e 15 horas para demanda programada).

Salientando que a organização da agenda de trabalho e os serviços ofertados devem ser flexíveis, pois sofrem alterações à medida que ocorrem mudanças no perfil da população e do tipo de demanda que chega à UBS.

A carga horária de trabalho efetiva do profissional de saúde também influencia, podendo-se realizar distribuição da carga horária de cada serviço de forma proporcional.

O modelo de organização do serviço por equipe e não por profissional, possibilitará o atendimento integral e avançado à saúde da população, respeitando os atributos da APS.

Considera-se que tanto os atendimentos (individual, coletivo e familiar) quanto as atividades de Atenção Domiciliar poderão ser realizados de forma compartilhada com outros profissionais de acordo com a necessidade.

A gerência do território e responsável pela UBS deve conhecer o processo de trabalho e as agendas das equipes, garantindo o atendimento mínimo recomendado conforme a portaria nº 77₂.

Quanto às ações que devem ser contempladas na agenda semanal dos profissionais, consideram-se alguns pontos abaixo descritos:

a) Reunião de equipe: momento de trabalhar questões relacionadas ao funcionamento da UBS e entre os profissionais. Exige uma integração e reuniões sistemáticas entre os membros para avaliação permanente do processo de trabalho e ajustes. As reuniões devem ter data, hora e pauta(s) definida(s); registradas juntamente com os nomes dos presentes, ausentes (e motivo da ausência), principais pontos discutidos e encaminhamentos. Alguns temas precisam ser considerados e discutidos:

- Avaliação contínua do processo de atendimento para verificar se os objetivos estão sendo alcançados;

- Revisão das atribuições gerais da equipe técnica e específicas a cada categoria profissional;
- Realização de educação permanente/em saúde (podendo ser realizada pela própria equipe ou profissional externo);
- Avaliação das ofertas da UBS de acordo com o perfil da população, utilizando como documento a Carteira de Serviços da APS/DF¹³;
- Pactuação de fluxos internos e externos;
- Discussão de casos e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e/ou coletivo;
- Monitoramento do Projeto de Saúde no Território (PST), ajustando-o quando necessário.

b) **Atendimentos/Atividades Coletivas:** são práticas da APS realizadas com um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma necessidade. Estas atividades buscam:

- Promover compreensão de situações que acometem indivíduos e comunidade segundo as diretrizes nacionais (puericultura, planejamento familiar, pré-natal, doenças crônicas, entre outros temas);
- Educar e potencializar o autoconhecimento e a gestão do estilo de vida que possibilite o controle das doenças; a reabilitação e autocuidado apoiado;
- Possibilitar a mudança de hábitos que favoreçam uma vida saudável;
- Estimular em seus integrantes a resolução de seus próprios problemas e a criação de vínculos, a partir da transferência de confiança entre os membros, podendo experimentar novos hábitos e comportamentos.

c) **Atenção Domiciliar¹⁴:** é uma prática que deverá estar incorporada na rotina das equipes de saúde de forma sistematizada e regular, pois possibilita uma maior interação com o indivíduo e o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Esta prática favorece o vínculo, o atendimento integral e mais humanizado, pois o indivíduo está inserido em seu contexto familiar; auxilia na identificação de fatores de riscos individuais e familiares; possibilita uma intervenção precoce evitando a evolução para complicações e internações hospitalares. Consiste em conhecer a realidade em que vive determinada família ajudando a equipe a trabalhar a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas de autocuidado apoiado. Poderá ocorrer por uma demanda individual, familiar ou no momento do cadastro domiciliar.

Como ferramenta para auxiliar as equipes na construção da agenda no que se refere à atenção domiciliar, COELHO E SAVASSI¹⁵ elaboraram uma escala de risco familiar baseada na ficha de cadastramento com o objetivo de estabelecer prioridades para a realização das visitas domiciliares. Na chamada Escala de Coelho a equipe define quais os eventos serão pontuados como sentinela de risco de acordo com a realidade do território. A partir disso as famílias são classificadas em risco 1 (risco menor), 2 ou 3 (risco maior). Após a classificação é possível estabelecer estratégias para priorizar as visitas domiciliares. Trata-se de um instrumento simples (Anexo 02) que pode classificar risco de maneira precisa, facilitando a tomada de decisões e os resultados.

d) Atividade de Matriciamento⁹: o matriciamento, ou apoio matricial, é uma metodologia que orienta o trabalho interdisciplinar de forma horizontal e dialógica. Especialistas de núcleos de saberes diferentes se apoiam, prestando assistência mútua em conhecimentos específicos, com o objetivo de ampliação da clínica e atuação mais eficaz. Proporciona assim a desfragmentação do usuário, de maneira a enxergá-lo integralmente e não de forma compartimentalizada. Entendido como um processo de educação permanente entre os profissionais, pode ocorrer durante: uma discussão de processo de trabalho, discussão de caso, a construção de projeto terapêutico singular, por meio de ações clínicas compartilhadas no atendimento individual, familiar ou atividade coletiva. A incorporação de novos saberes colabora para uma abordagem mais ampliada e resolutiva do usuário.

e) Educação em Saúde¹⁶: trata-se de um conjunto de práticas que envolvem questões do contexto biopsicossocial da vida cotidiana das pessoas, exige um envolvimento de diferentes atores, como profissionais de saúde, representações de outros pontos da rede de atenção e usuários de serviços de saúde. Inclui propostas pedagógicas centradas na melhoria da qualidade de vida e na promoção do sujeito. Essas práticas podem se desenvolver de forma individual ou coletiva, de modo sistemático, contínuo e permanente, a fim de estimular o autocuidado e a participação coletiva na mudança de fatos da realidade. Assim, a educação em saúde objetiva formar sujeitos com capacidade crítica relativas à sua saúde, tornando-o protagonista dentro desse processo.

f) Atendimentos Individuais: conjunto de ações no âmbito individual. O tempo necessário para os atendimentos individuais podem variar de acordo com o perfil do território, indivíduo ou família. À medida que a equipe conhece a população usuária os tempos de

consulta podem variar de acordo com a demanda apresentada. Os atendimentos que envolvem verificação de resultados de exames, renovação de receitas podem ser consultas mais rápidas. Para o atendimento individual ser realizado de maneira integral existem métodos apropriados de abordagem. Um destes métodos utilizados é o “Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)”^{17/18} e seu respectivo registro clínico pelo método SOAP¹⁹ (Subjetivo/Objetivo/Avaliação e Plano). Para realização de abordagem familiar e comunitária, sugere-se o uso de instrumentos de abordagem como genograma, ecomapa²⁰ (instrumentos de registro da família), Firo (sigla de Fundamental Interpersonal Relations Orientation ou, em português, Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, sendo categorizado como uma teoria de necessidades) e Praticice¹⁷ (funciona como uma diretriz para avaliação do funcionamento das famílias. O instrumento é focado no problema, o que permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com famílias), apgar familiar (instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro da família. A partir de um questionário pré-determinado, as famílias são classificadas como funcionais, e moderadamente/gravemente disfuncionais).

CONCLUSÃO

Ao considerarmos a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado discutir a questão do acesso à Atenção Primária significa discutir o acesso à Rede de Atenção à Saúde como um todo minimizando as barreiras para a utilização de seus serviços.

Assim, a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde deve ser facilitadora para que o usuário seja inserido na rede. A APS representa o alicerce dessa rede e deve ter a capacidade de resolução em 85% das demandas do território.

Para que nesse novo modelo o acesso possa apresentar-se de forma efetiva, é necessário que haja uma articulação com outros pontos e serviços de atenção à saúde e que os profissionais estejam aptos a adotar práticas em conformidade com as diretrizes da APS.

Com a adoção das diretrizes apresentadas no presente documento é possível organizar os processos de trabalho dentro da UBS e dentro das equipes a fim de que esses possibilitem o acolhimento de forma adequada.

A postura acolhedora; a escuta qualificada e ampliada; a classificação e estratificação de risco; a construção de uma agenda baseada nas reais demandas no território bem como a noção de responsabilização por este, e, o monitoramento dos processos são

ações que, quando implementadas na prática das UBS possuem potencial para modificação e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma a organização da APS e dos demais pontos de atenção que constituem a rede de serviços de saúde são estratégias para que o acesso universal seja possível e para que o sistema trabalhe em prol do usuário e seja orientado de acordo com as reais necessidades da população.

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

- **Benefícios Esperados**

O objetivo de implantar as diretrizes para acesso, acolhimento e classificação de riscos e avaliação de vulnerabilidades é a organização da APS - para que esta se torne capaz de aumentar a resolutividade clínica e a capacidade de cuidado com opções diversificadas de ofertas de cuidado, tendo como propósitos: a diminuição do sofrimento e da dependência dos usuários, a (re)construção de graus progressivos de autonomia, a capacidade dos usuários de gerir a própria vida (com apoio e suporte dos profissionais de saúde e das redes de cuidado sociais e comunitárias).

- **Monitorização**

O monitoramento dos resultados será realizado mensalmente pelas equipes e trimestralmente pelas Gerências e Diretorias da Atenção Primária das Regiões de Saúde em conjunto com as suas equipes por meio do instrumento de avaliação específico para este protocolo.

Os critérios definidos para monitorar a implantação deste protocolo terão como base o consolidado da planilha de gerenciamento do acolhimento (anexo 1). Que deverá ser alimentada diariamente pelo profissional que estiver no acolhimento.

- **Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica

- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica

- **Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

A avaliação qualitativa será realizada em cada região com os gestores locais e regionais, com objetivo a efetividade e qualidade do acesso ao usuário.

- **Referências Bibliográficas**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de Setembro de 2017, Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. **Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal de 15 de fevereiro de 2017, páginas 4 a 7.
3. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. **Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família**. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal de 15 de fevereiro de 2017, páginas 7 e 8.
4. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Brasília Saudável. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/programas.html>. Acesso em: 18/10/2016.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – 1. ed.; 1. Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).
6. PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Novas Possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde.** Curitiba.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
8. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015.
9. MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde. / Eugênio Vilaça Mendes.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
10. BARRA, S. A. R. **O Acolhimento no Processo de Trabalho em Saúde.** SERV. SOC. REV., Londrina, V. 13, N.2, P. 119-142, Jan. /jun. 2011.
11. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/SUAS.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).
13. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária de Saúde/DF.** Aprovada pela deliberação nº 25 – DODF de 18/11/2016. Brasília, 2016.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Volume 2, Brasília, 2012.
15. COELHO, F. L. G; SAVASSI, L. C. M. **Aplicação de Escala de Risco Familiar Como Instrumento de Priorização das Visitas Domiciliares.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Volume 1, n. 2, 2004.

16. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I**/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.
17. LOPES, J. M. C. **Tratado Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**, Capítulo 40: Registro de Saúde Orientado por Problemas. Editora Artmed, volume I, 2012.
18. STEWART, M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W.; MCWHINNEY, I.R.; MCWILLIAM, C.L.; FREEMAN, T.R. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
19. CORIOLANO, D. Método SOAP de Medicina: **Uma Excelente Maneira de Documentar seus Atendimentos na Atenção Primária à Saúde**. Profissão Médica Class, Núcleo M.D.: 2017.
20. PENSO, M. A.; COSTA, L. F. (Org.). **A transmissão Geracional em Diferentes Contextos**. São Paulo: Summus, 2008. v. 1. 304p.
21. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Subsecretaria de Promoção. Atenção Primária e Vigilância em Saúde do Rio de Janeiro. **Ficha de Gerenciamento do Acolhimento**. Disponível em: https://docs.google.com/document/d/1YpMbVZ0cv6WtcYxrv_LQnJ9BH0eF0GdVoBBXQJ6reSo/edit?hl=en Acesso em 06/06/17.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
23. PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: **Recomendações para a Organização do Processo de Trabalho no Nível Local**. Belo Horizonte / 2014.
24. MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014 - **Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência"**. Brasília: 2014.
26. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNA-SUS. **Projeto Terapêutico Singular**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1177>. Acesso em: 12/10/2017.

27. HINO, P.; CIOSEK, S.I.; FONSECA, R.M.G.S.; ENGRY, E.Y. **Necessidades em Saúde e Atenção Básica: Validação de Instrumentos de Capacitação**. Rev. Esc. Enferm. USP vol.43 nº 2 São Paulo, Dez. 2009.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1337-5.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **E-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014
30. BRASIL. Presidência da República do Brasil. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a lei 8080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 07/10/2017.
31. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: < [http:// www.portalcofen.gov](http://www.portalcofen.gov) >. Acesso em: 26 de junho de 2017.
32. _____. Resolução COFEN-195/97. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros**. Disponível em: < [http:// www.portalcofen.gov](http://www.portalcofen.gov) >. Acesso em: 26 de junho de 2017.

ANEXO 01 - PLANILHA DE GERENCIAMENTO DO ACOLHIMENTO

Fonte₂₁: SMS/RJ, com adaptações

PLANILHA DE GERENCIAMENTO DO ACOLHIMENTO						
Nº	DATA	TURNO*	FAIXA ETÁRIA	Motivo da Procura	Tipo de Atenção Prestada**	CLASSIFICAÇÃO***

LEGENDAS

*TURNO:
M = MANHÃ
T = TARDE

**TIPO DE ATENÇÃO PRESTADA:

A= ACOLHIDO E ATENDIDO NO MOMENTO (RESOLVIDO NO ACOLHIMENTO)

B= ACOLHIDO E AGENDADO PARA CONSULTA NO DIA

C= ACOLHIDO E AGENDADO PARA CONSULTA EM ATÉ 7 DIAS

D= ACOLHIDO E AGENDADO PARA CONSULTA APÓS 7 DIAS

E= ACOLHIDO E ENCAMINHADO PARA UBS DE REFERÊNCIA

F= ACOLHIDO ENCAMINHADO PARA UPA

G= ACOLHIDO ENCAMINHADO PARA O PS DO HOSPITAL

***CLASSIFICAÇÃO (SEGUIR AS ORIENTAÇÕES QUE ESTÃO NO FLUXO DO USUÁRIO)

SR = SEM RISCO

BR = BAIXO RISCO

MR = MÉDIO RISCO

AR = ALTO RISCO

ANEXO 02 - Escala de Coelho Savassi

Dados da Ficha de Cadastro (Sentinelas de Risco)	Definições das Sentinelas de Risco	Escore de Risco
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência Física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência Mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas Condições de Saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3
Desnutrição (Grave)	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho	2

	doméstico), mesmo que não seja remunerado.	
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menor de 06 Meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1
HAS	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1
Diabetes Mellitus	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação Morador/Cômodo	Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	<p>> que 1 3</p> <p>Igual a 1 2</p> <p>< que 1 1</p>
<u>Nº cômodos</u>		
Nº moradores		

Cálculo do Risco Familiar	
Escore Total	Risco Familiar

5 ou 6	R1 – Risco Menor
7 ou 8	R2 – Risco Médio
Acima de 9	R3 – Risco Máximo

Fonte: Coelho et al (2004).

ANEXO 03 - SIGLAS

ACE: Agente de Combate à Endemias
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AD: Atenção Domiciliar
APS: Atenção Primária à Saúde
DODF: Diário Oficial do Distrito Federal
ESB: Equipe de Saúde Bucal
ESF: Estratégia Saúde da Família
FIRO: Fundamental Interpersonal Relations Orientation/Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais
NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PIS: Práticas Integrativas em Saúde
PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNH: Política Nacional de Humanização
PRATICE: Presenting problem (problema apresentado) Roles and structure (papéis e estrutura) Affect (afeto) Communication (comunicação) Time of life cycle (fase do ciclo de vida) Illness in family (doença na família) Coping with stress (enfrentamento do estresse) Ecology
PS: Pronto Socorro
PST: Projeto de Saúde no Território SUS: Sistema Único de Saúde
PTS: Projeto Terapêutico Singular
UBS: Unidade Básica de Saúde VD: Visita Domiciliar
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

ANEXO 04 – CONCEITOS

Acesso₅: Os serviços devem ser conhecidos pela população e percebidos pelos usuários como disponíveis, para todos que necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde.

Acolhimento_{5/22}: prática presente nas relações de cuidado, entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, sendo um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso.

Agenda Aberta₂₃: espaço flexível na agenda que fica disponível para realizar atendimentos no mesmo dia aos usuários que buscam a unidade com demanda espontânea (com ou sem queixa clínica).

Atenção Domiciliar₁₄: conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, segundo a necessidade das pessoas e das famílias atendidas. Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar.

Autocuidado Apoiado₂₄: consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde.

Classificação de Risco na APS_{5/22}: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade.

Demanda₅: procura, pedido ou exigência do usuário pelos serviços de saúde, seja de forma programada ou espontânea.

Demanda espontânea₅: busca por serviços de saúde pelo usuário, de forma não programada, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema. Pode ser caracterizada como: demanda espontânea sem queixa clínica e demanda espontânea com queixa clínica.

Emergência₂₅: constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Equipes Pares/Irmãs₂₃: modelo de organização onde sempre há alguém de cada equipe como responsável por atender as pessoas de sua área objetivando aumentar a

resolutividade de uma equipe que naquele horário só conta com o enfermeiro. Estas equipes organizam as agendas alternando os horários dos médicos e enfermeiros de modo a uma dar cobertura para a outra e apoiando-se nas atividades.

Escuta Qualificada^{5/22}: modo de escuta utilizado com o objetivo de ouvir com atenção e tempo, as necessidades e dúvidas trazidas pelo usuário.

Estratificação de Risco na APS²⁴: processo de avaliação dos usuários com doença crônica, considerando critérios clínicos e de vulnerabilidade. Para estratificação do risco deverão ser observados os protocolos clínicos vigentes.

Gestão de Base Populacional⁹: consiste em estabelecer necessidades de saúde de uma população no contexto de sua realidade, cultura e preferências. A partir disso prover cuidado, implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população com parâmetros de necessidades e não com parâmetros de oferta construídos a partir de séries históricas⁸.

Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) ^{17/18}: este método surgiu como forma de ajudar os profissionais a entender as pessoas de uma forma que fosse além dos aspectos estritamente orgânicos.

Modelo medicocentrado/biomédico²⁶: modelo hegemônico das últimas décadas, centrado no conceito de combate a doença e a seus agentes patogênicos onde a figura do principal é o médico – associado, em termos epistemológicos, ao modelo biomédico.

Não Urgente: situação clínica estável sem sinais ou sintomas de risco, normalmente de longa data com sinais vitais normais. Pode ser categorizado como problema que permite atendimento eletivo.

Necessidade em Saúde²⁷: diz respeito tanto às necessidades médicas, doenças, sofrimentos e riscos como também às carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, que envolvem condições indispensáveis para se ter saúde e para o gozo da vida.

Projeto de Saúde no Território (PST) ^{8/28}: é uma estratégia para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) ^{8/28}: são propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo ou para o coletivo, resultado da discussão de uma equipe

interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Pode ser considerado uma variação da discussão de “caso clínico”.

SOAP (Subjetivo /Objetivo /Avaliação e Plano) ¹⁹: método que permite que o profissional possa ordenar as informações do atendimento em uma sequência lógica para rápida consulta quando necessário.

Territorialização em Saúde: metodologia utilizada para definir territórios de atuação dos serviços com objetivo de adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Baseia-se no reconhecimento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

Urgência²⁵: ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Vulnerabilidade: conjunto de aspectos sociais, culturais e políticos que relacionados a determinado contexto social do indivíduo ou grupo podem provocar maior ou menor exposição a doenças e agravos.

Visita Domiciliar²⁸: o conceito de visita domiciliar foi redefinido considerando agora apenas de competência do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE). Para todos os outros profissionais de saúde, nível médio e nível superior, a visita domiciliar é definida como atendimento no domicílio.