

614
S241p

D
4846

PROJETO ACOLHIMENTO

**GERÊNCIA DE CONTROLE E GESTÃO DA
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA**

PROJETO PRIORITÁRIO/2003/SMS/SP

**BIBLIOTECA
CEFOR**

Coordenação: Márcia Marinho Tubone

Equipe:

**Ana Maria Bara Bresolin
Angela Aparecida Capozzolo
Eunice E. Kishinami de O. Pedro
Gilka Eva Rodriguez dos Santos
Helena Maria de Campos Magozo
Nelson Figueira Júnior
Rejane Alves Fraissat**

ÍNDICE

JUSTIFICATIVA	1
OBJETIVOS	3
CRONOGRAMA	8
ANEXO I - Fluxograma do Acolhimento	9
ANEXO II – Rotinas de Fluxo Assistencial	14
• Saúde da Criança	15
• Saúde do Adolescente e do Jovem	38
• Saúde da Mulher	44
• Saúde do Adulto	53
• Saúde Bucal	59

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROJETO PRIORITÁRIO ACOLHIMENTO-2003**

JUSTIFICATIVA

O Acolhimento foi definido como um dos Projetos Prioritários da Secretaria Municipal de Saúde em 2001, no contexto da reconstrução do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. A proposta centrou-se em estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos Serviços de Saúde, fundamentada na ética e na cidadania. (*Caderno de Acolhimento, 2002*). A partir de então, desenvolveram-se atividades e oficinas para atingir as metas estabelecidas na Agenda Municipal de Saúde que consistiam basicamente em sensibilizar e capacitar funcionários na proposta de Humanização dos serviços de saúde e na implantação de comitês de Acolhimento nas Unidades de Saúde.

Apesar dos investimentos realizados, ainda há diversos problemas no modelo de atenção da Rede Básica de Saúde que se expressam em processos de trabalho pouco acolhedores e resolutivos. Parte significativa da população não consegue ser atendida nas suas intercorrências e problemas de saúde, implicando maiores agravos no estado de saúde e perda da integralidade da atenção.

Quanto às respostas na pronta-atenção da demanda espontânea e sua decorrente organização em atendimentos, invariavelmente, predomina a atenção centrada na oferta de consultas médicas, pouco articuladas ao trabalho dos outros profissionais e às demais ações de saúde. O acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, com critérios rígidos, administrativos e burocráticos, sem uma priorização por risco/vulnerabilidade.

A rede de unidades básicas no município é bastante heterogênea e complexa, composta por unidades municipais, centros de saúde municipalizados, unidades com Equipes de Saúde Família ou mistas e unidades Qualis. Apesar dessas diferenças, a

atenção básica deve trabalhar na perspectiva de dar respostas positivas e responsabilizadas à população que procura os serviços de saúde.

No ano de 2003 o Projeto Prioritário Acolhimento foi assumido pela Gerência de Controle e Gestão da Qualidade da Assistência. Além de continuar avançando na perspectiva de ampliar as relações de solidariedade e confiança entre profissionais de saúde e população, o Projeto Prioritário Acolhimento, para o período de 2003 e 2004, deve transcender para ações que transformem o cotidiano e os processos de trabalho nas unidades, para a construção de um modelo de atenção que tenha como eixo o usuário e suas necessidades.

O Acolhimento é uma estratégia fundamental nesse modelo, pois consiste na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da Universalidade e a busca da Integralidade e da Equidade. Pretende uma mudança no fluxo de entrada dos usuários, através de uma escuta qualificada por profissionais da equipe de saúde da demanda espontânea com o objetivo de identificar risco/vulnerabilidade que considere as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário.

Visa ampliar o acesso potencializando o conhecimento técnico e agregando resolutividade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização clínica e sanitária com os usuários e, assim, otimizar os recursos existentes nos serviços para responder às necessidades de saúde da população na construção de um modelo centrado no usuário.

OBJETIVO GERAL

Garantir o direito à saúde ao usuário, reorganizando o processo de trabalho para aumentar o acesso com resolutividade, vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I. Acolher com resolutividade as pessoas que procuram a Unidade de Saúde.

Todas pessoas que procuram a unidade de saúde, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deverá escutar a queixa, identificar riscos/vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao seu problema. O acolhimento deverá ser utilizado para desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência e vincular o usuário ao sistema de saúde.

META 1.1: Implantar a recepção técnica com escuta qualificada em 100% dos serviços de atenção básica até o final de 2004.

Estratégias:

- As coordenadorias de saúde e suas equipes técnicas deverão apoiar e acompanhar o processo de implantação do Acolhimento nos serviços de atenção básica.
- Realizar oficinas regionais e locais com gestores e funcionários para discussão do processo de implantação da recepção técnica com escuta qualificada e redefinição dos papéis/competência dos diversos profissionais da unidade.

Ações:

- Organizar a unidade para a realização da recepção técnica da demanda espontânea.
- Estabelecer escala para que a recepção técnica seja realizada durante todo o período de funcionamento da unidade.
- Definir espaço para a recepção técnica garantindo privacidade para a escuta da queixa do paciente.
- Qualificar os profissionais para a recepção técnica.
- Definir supervisão e apoio local para o acolhimento.
- Utilizar fluxogramas assistenciais.

Indicador de Resultado:

- Número de unidades de saúde que implantaram recepção técnica com escuta qualificada por coordenadoria X total de unidades de saúde por coordenadoria.

Meio de Verificação do Resultado:

- Relatórios das Coordenadorias de Saúde
- Reuniões regionais de avaliação do acolhimento.

Custo estimado: R\$ 90 mil/ano – realização das oficinas, material de apoio

META 1.2.: Viabilizar a resolutividade das ações de saúde em 100% das unidades de saúde até final de 2004.

Estratégia:

- Articular o projeto acolhimento com as demais áreas temáticas e demais projetos prioritários.
- Disponibilizar material/protocolos de atenção para os ciclos de vida visando ações de promoção, prevenção e assistência aos problemas de saúde prevalentes.
- As áreas temáticas de SMS darão apoio para as equipes regionais no acompanhamento e adequação dos protocolos às necessidades dos serviços.

Ações:

- Organizar para o acolhimento retaguarda local dos demais profissionais, flexibilizando a agenda.
- Implantar ações programáticas e protocolos de atenção para o atendimento aos ciclos de vida.
- Diversificar e ampliar a oferta de ações dos diversos profissionais de saúde.
- Implantar planilhas de avaliação da resolutividade através do registro das orientações, condutas e dos encaminhamentos realizados no acolhimento.
- As coordenadorias deverão disponibilizar informações sobre recursos e serviços.

Indicador de Resultado:

- Análise quantitativa e qualitativa das respostas/intervenções à demanda espontânea

Meio de Verificação do Resultado:

- Relatório comparativo da produção e resolutividade dos profissionais no momento inicial e após seis meses da implantação do projeto.

Custo estimado: R\$ 90 mil/ano - computadores, impressão de protocolos, guia, material gráfico.

META 1.3.: Promover a qualificação de 80% dos profissionais das unidades de saúde para ampliar sua capacidade de escuta, até o final de 2004.
Estratégia: <ul style="list-style-type: none">- Promover educação permanente dos profissionais.- Buscar apoio técnico-científico das Universidades.- Buscar parceria com Sociedade Civil Organizada.
Ações: <ul style="list-style-type: none">- Inserir o acolhimento como tema transversal nas capacitações gerais e temáticas de SMS.- Organizar nas unidades espaços de qualificação com a equipe sobre as ações de acolhimento.- Organizar nas unidades treinamentos específicos para a utilização dos protocolos assistenciais.- Instituir nas unidades reuniões clínicas sistemáticas multiprofissionais para discussão de casos e promoção de troca de conhecimentos e experiências.- Implantar avaliação periódica para os casos atendidos pelo Acolhimento e que necessitem de supervisão.- Participar e apresentar o Projeto no Fórum de Empresários do Município de São Paulo e outras entidades afins.
Indicador de Resultado: <ul style="list-style-type: none">- Número de unidades por coordenadoria de saúde que implantaram de rotina reuniões clínicas, treinamento em serviço e avaliação periódica X total de unidades por coordenadoria.
Meio de Verificação do Resultado: <ul style="list-style-type: none">- Relatório das Coordenadorias de Saúde.- Reuniões regionais de avaliação do acolhimento.
Custo estimado: R\$ 210 mil/ano – R\$ 70,00 h/aula, 08 h/mensais/ano (31 Coordenadorias)

II – Humanizar as relações entre trabalhadores e usuários e entre serviços e usuários.

<p>META 2.1: Melhorar as condições de trabalho e assistência em 100% das unidades até o final de 2004.</p>
<p>Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar com as equipes locais ações que propiciem melhoria das condições de trabalho e assistência. - Propor em conjunto com CRH-G projetos de valorização dos funcionários - Aumentar o valor da verba de pronto-pagamento para as unidades.
<p>Ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a sinalização da unidade com identificação de salas. - Fixar em local de fácil visualização painel dos profissionais/serviços disponíveis na unidade. - Eliminar barreiras físicas entre profissionais e usuários como grades e vidros da recepção. - Eliminar barreiras burocráticas (exigência de documentos, horários restritos de atendimento) que dificultam a matrícula e o agendamento nos serviços. - Agendar as consultas com escalonamento de horário para diminuir o tempo de espera na unidade. - Garantir o uso de avental e de crachá para a identificação dos funcionários. - Adquirir mobiliário e equipamentos que garantam maior conforto para os trabalhadores e usuários.
<p>Indicador de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de unidades de saúde que promoveram melhorias das condições de trabalho e assistência por coordenadoria X total de unidades de saúde por coordenadoria.
<p>Meio de Verificação do Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatório da Coordenadoria de Saúde.
<p>Custo estimado: Cadeiras e bebedouros – R\$ 100 mil; Pintura – R\$ 800 mil; R\$ 500,00 /1.000,00 reais da verba de pronto-pagamento para manutenção das unidades.</p>

META 2.2: Garantir em 100 % das Unidades de Saúde a participação dos trabalhadores e usuários na gestão e organização do processo de trabalho
Estratégias: <ul style="list-style-type: none">- Implementar espaços coletivos de discussão entre gerentes/ gestores e trabalhadores da área da saúde para organização e avaliação dos processos de trabalho.- Estimular os representantes dos Conselhos Gestores a ampliar sua capacidade de reflexão, participação e deliberação na organização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde.
Ações: <ul style="list-style-type: none">- Garantir reuniões sistemáticas com os Conselhos de Saúde para a definição das políticas regionais e locais de saúde.- Estabelecer reuniões periódicas nas Unidades com a participação dos trabalhadores para análise, planejamento e tomada de decisão sobre a organização do trabalho.- Implementar discussões periódicas interdisciplinares com a equipe técnica para a melhoria do atendimento prestado à população.- Propor mecanismos que agilizem a comunicação e o fluxo de informação local e regional para trabalhadores e usuários.- Realizar encontros regionais para apresentação, avaliação e troca de experiências dos serviços de saúde.- Realizar encontros trimestrais com os 3 níveis de gestão (central, regional e local) para avaliação do processo de trabalho na Unidade
Indicador de Resultado: ***
Meio de Verificação do Resultado: ***
Custo: ***

PRÓXIMOS PASSOS

A. Interface com outros projetos / atividades de SMS:

- Projeto de Educação Permanente – CRH-G
- Projeto Piloto em parceria com o CEJAM – Hospital Pérola Byington e HC como retaguarda para ações de Saúde da Mulher
- PSF - Projeto Piloto em 10 Unidades (Processo de Trabalho na Equipe de Saúde)
- PSF – Projeto de capacitação dos auxiliares de enfermagem – momento II
- Cartão SUS

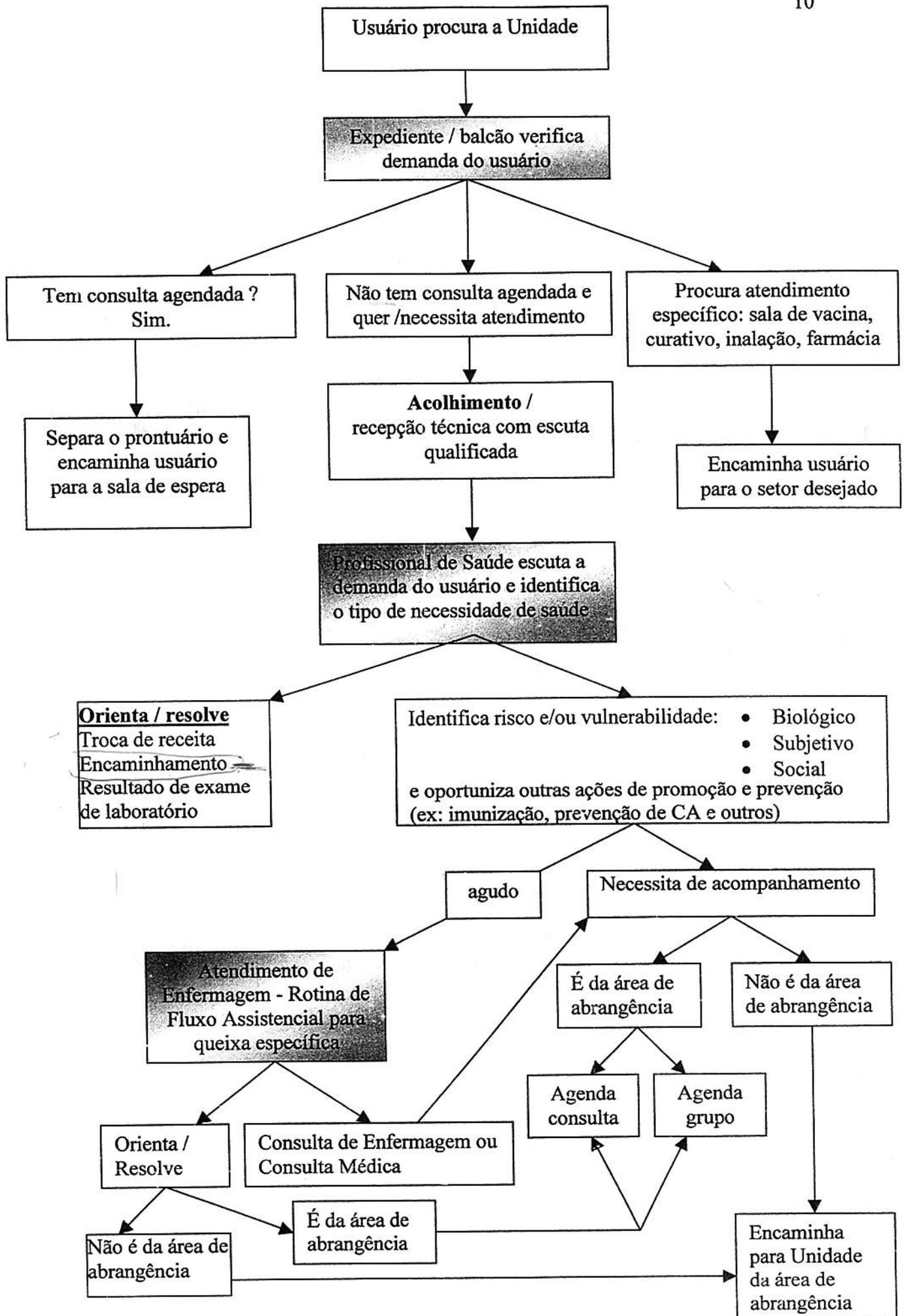
B. Cronograma de implantação:

	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Reunião com Gestores / Coordenadores de Saúde	X				
Reuniões regionais (10) Coordenadores de Saúde + equipe		X (*)			
15 Oficinas regionais com Coordenadores + equipes + gerentes		X	X		
Oficinas locais (UBS) dos Coordenadores e gerentes para implantação do projeto		X	X		
Qualificação dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem para implantação do fluxo assistencial		X	X		
Implantação e Implementação das ações do Projeto			X	X	
1º Seminário de avaliação da implantação / implementação das ações do projeto acolhimento/ 2.003					X

(*) Roteiro de atividades para as Reuniões Regionais

Fluxograma do Acolhimento

Anexo I



PROTOCOLO / FLUXO DO ACOLHIMENTO*

- O **Acolhimento** deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde – pessoa em cuidado.
- **Fluxo** – serão encaminhados para o Acolhimento todos os usuários que procurarem o serviço sem consulta previamente agendada.
- **Responsabilidades:**

I- Fluxo Geral:

a) Caberá a toda Equipe de Saúde:

- participar da implantação / acompanhamento / avaliação do acolhimento.
- Toda a equipe interdisciplinar deverá estar pronta para dar apoio e retaguarda às necessidades identificadas no Acolhimento.
- apresentar propostas que facilitem o atendimento aos usuários.
- nos casos de urgência / emergência é fundamental manter a calma e obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis. Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar um paciente que chega em sofrimento agudo.
- Quando for necessário colocar um paciente em observação, preocupar-se com o seu bem-estar, comodidade e privacidade. Em caso de crianças, solicitar que a mãe ou o pai permaneçam junto. Todo paciente tem o direito de comunicar-se com seu acompanhante.
- O paciente que chega agressivo, deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe, demonstrando calma, interesse e segurança.
- Nunca dispensar da recepção um paciente com traumatismo ou ferimento leve. Se for necessário encaminhamento ao Pronto Socorro, este deve ser feito pelo médico ou, na falta dele, pelo enfermeiro. Realizar as anotações no prontuário do paciente.
- Nenhum caso de urgência deve ser dispensado da Unidade sem avaliação, independente do número de atendimentos que o profissional realizou.

b) Caberá aos profissionais de nível universitário:

- Realizar o Acolhimento / Recepção técnica.
- Participar das capacitações e treinamentos relacionados ao Projeto.
- Participar das reuniões e atividades relacionadas ao processo de trabalho da unidade.
- Garantir apoio e retaguarda às demandas identificadas no Acolhimento dentro de sua especificidade.

c) Caberá ao Gerente da Unidade:

- Participar do processo de definição do cronograma de implantação do Projeto
- Organizar a implantação do Acolhimento / Recepção Técnica em sua Unidade
- Acompanhar e dar apoio à equipe de Saúde
- Participar das capacitações e treinamentos relacionados ao Projeto
- Garantir a realização das reuniões e atividades relacionadas ao processo de trabalho na unidade.

d) Caberá ao Coordenador de Saúde da Subprefeitura

- Definir o cronograma de implantação do Projeto
- Acompanhar e dar apoio aos Gerentes e às Equipes de Saúde
- Avaliar a implantação / implementação do Projeto
- Garantir a realização das reuniões e atividades relacionadas ao processo de trabalho na unidade.

II- Fluxo assistencial:**a) Caberá ao auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem:**

- Realizar o Atendimento de Enfermagem – Rotina de Fluxo Assistencial
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação
- Solicitar apoio / orientação ao enfermeiro ou ao médico em caso de dúvida.
- Participar das capacitações e treinamentos relacionados ao Projeto
- Participar das reuniões e atividades relacionadas ao processo de trabalho nas unidades.

b) Caberá ao enfermeiro:

- Realizar a supervisão do Atendimento de Enfermagem
- Realizar a Consulta de Enfermagem nos casos indicados
- Participar das capacitações e treinamentos relacionados ao Projeto
- Participar das reuniões e atividades relacionadas ao processo de trabalho nas unidades.

c) Caberá ao médico:

- Atender os pacientes encaminhados para consulta médica em seu período de trabalho
- Encaminhar os casos de urgência que necessitarem de atendimento em outros serviços
- Participar da retaguarda médica nos casos solicitados pelo profissional do Acolhimento (troca de receita, encaminhamentos e avaliação de resultado de exames)
- Participar das capacitações e treinamentos relacionados ao Projeto
- Participar das reuniões e atividades relacionadas ao processo de trabalho nas unidades.

d) Caberá ao cirurgião dentista:

- Atender os pacientes encaminhados para atendimento em seu período de trabalho.
- Participar das reuniões e atividades relacionadas ao processo de trabalho nas unidades.

* Fonte consultada: Protocolo de Acolhimento da SMS/Campinas/2001.

Rotinas de Fluxo Assistencial

- SAÚDE DA CRIANÇA
- SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM
- SAÚDE DA MULHER
- SAÚDE DO ADULTO
- SAÚDE BUCAL

Anexo II

Rotinas de Fluxo Assistencial

SAÚDE DA CRIANÇA

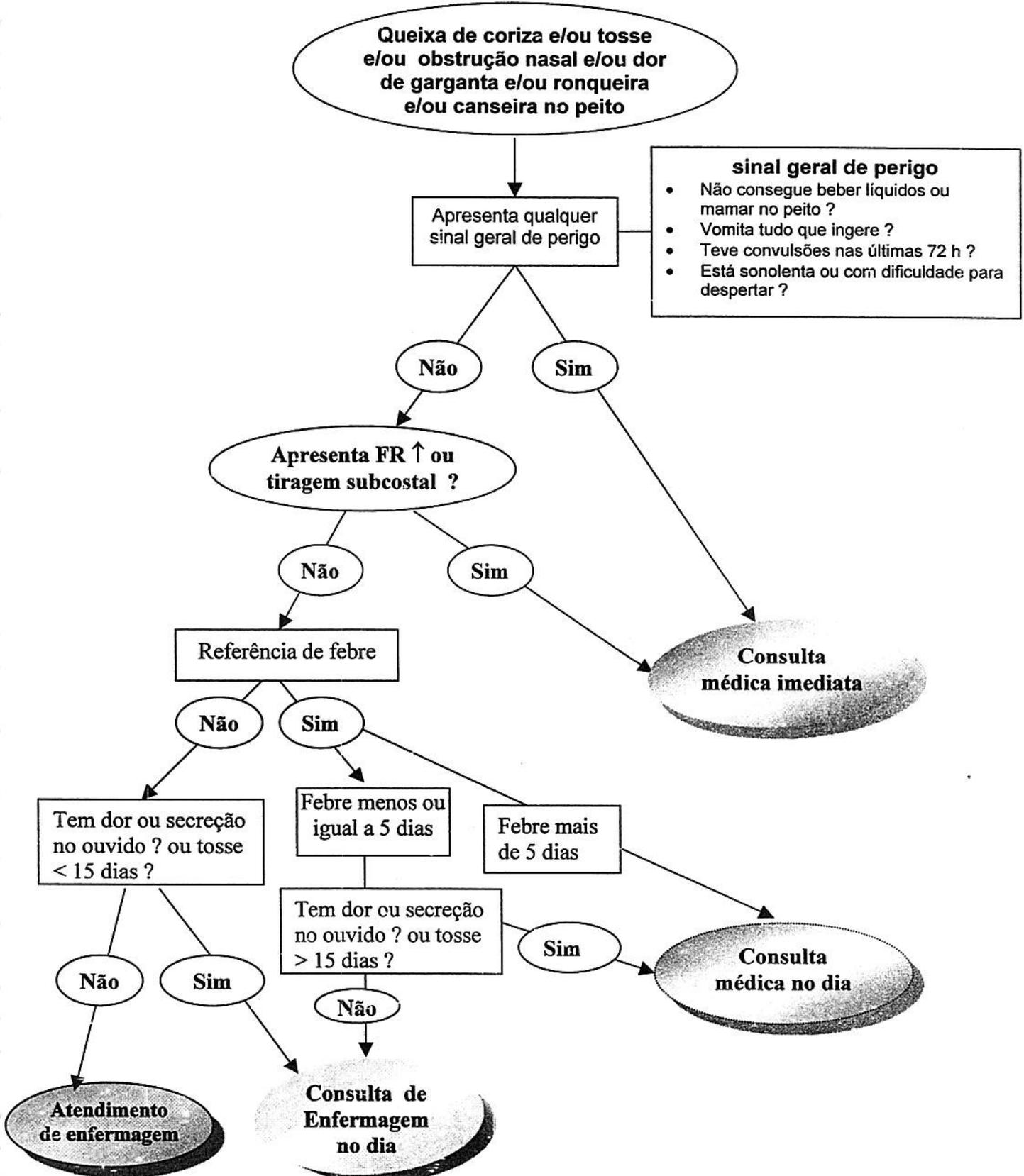
Elaboração:

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira – Cogest – Gerência de Projetos
 Ana Maria Bara Bresolin – Cogest – Coordenadora da AT Saúde da Criança
 Eunice E. Kishimami Oliveira Pedro – Cogest – AT Saúde da Criança
 Patrícia Pereira de Salve – PSF / GT Capacitação
 Sandra Maria Callioli Zuccolotto – Coord. Saúde da Subprefeitura do Butantã

COLABORAÇÃO:

Henriqueta Aparecida Norcia - Coord. Saúde da Subprefeitura de Santo Amaro
 Nilza Maria Piassi Bertelli – Coord. Saúde da Subprefeitura de São Miguel
 Márcia Freitas – Coord. Saúde da Subprefeitura de Campo Limpo
 Maria Elisabete J.Raposo Righi – Coord. Saúde da Subprefeitura de Campo Limpo
 Tânia Jogbi – Coord. Saúde da Subprefeitura de Campo Limpo
 Naira Regina dos Reis Fazenda – PSF / GT Capacitação
 Maria Laura Deorsola - Distrito de Saúde Capão Redondo

PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS AGUDOS
CRIANÇA **MAIOR** DE 2 MESES DE IDADE

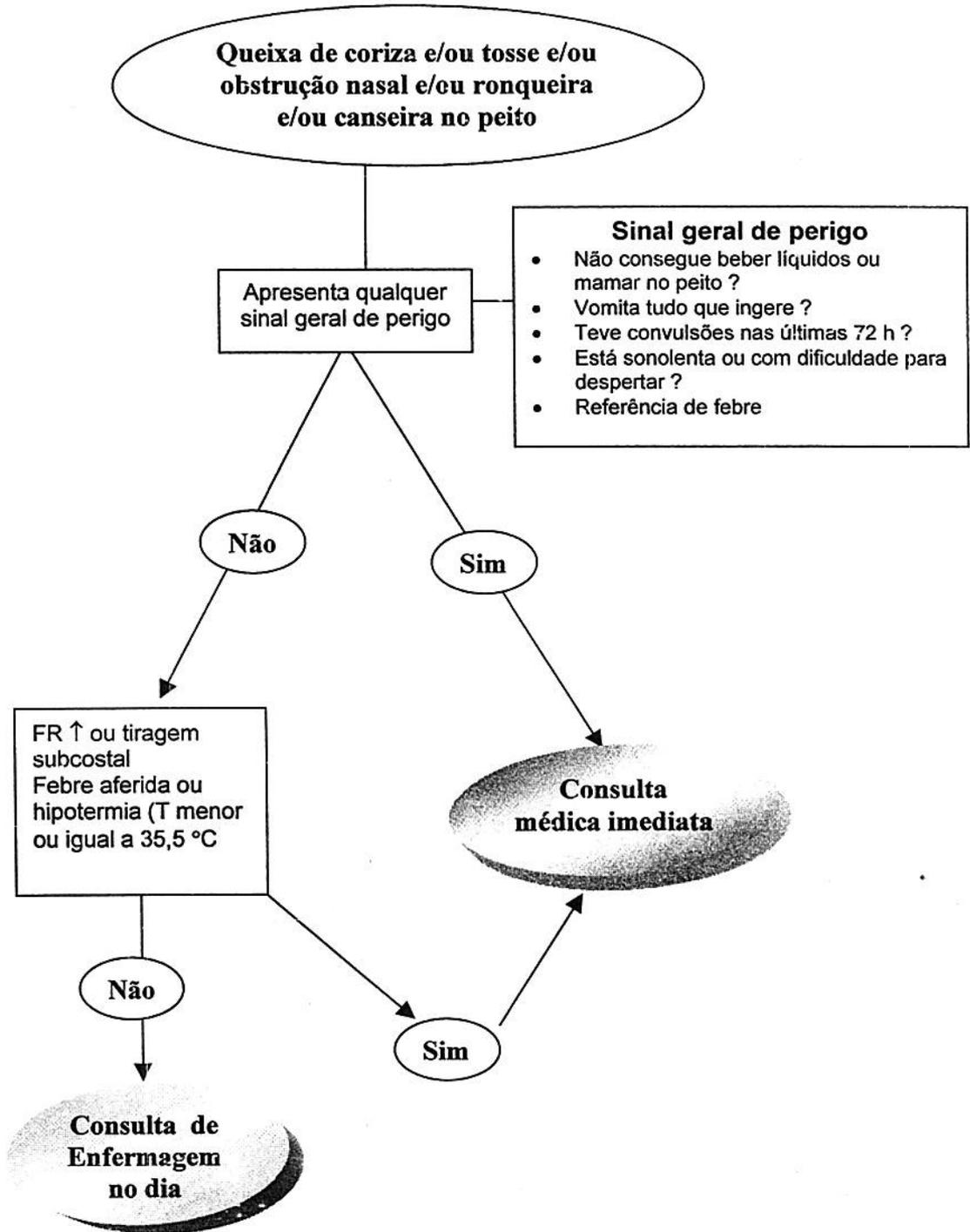


- sinal geral de perigo**
- Não consegue beber líquidos ou mamar no peito ?
 - Vomita tudo que ingere ?
 - Teve convulsões nas últimas 72 h ?
 - Está sonolenta ou com dificuldade para despertar ?

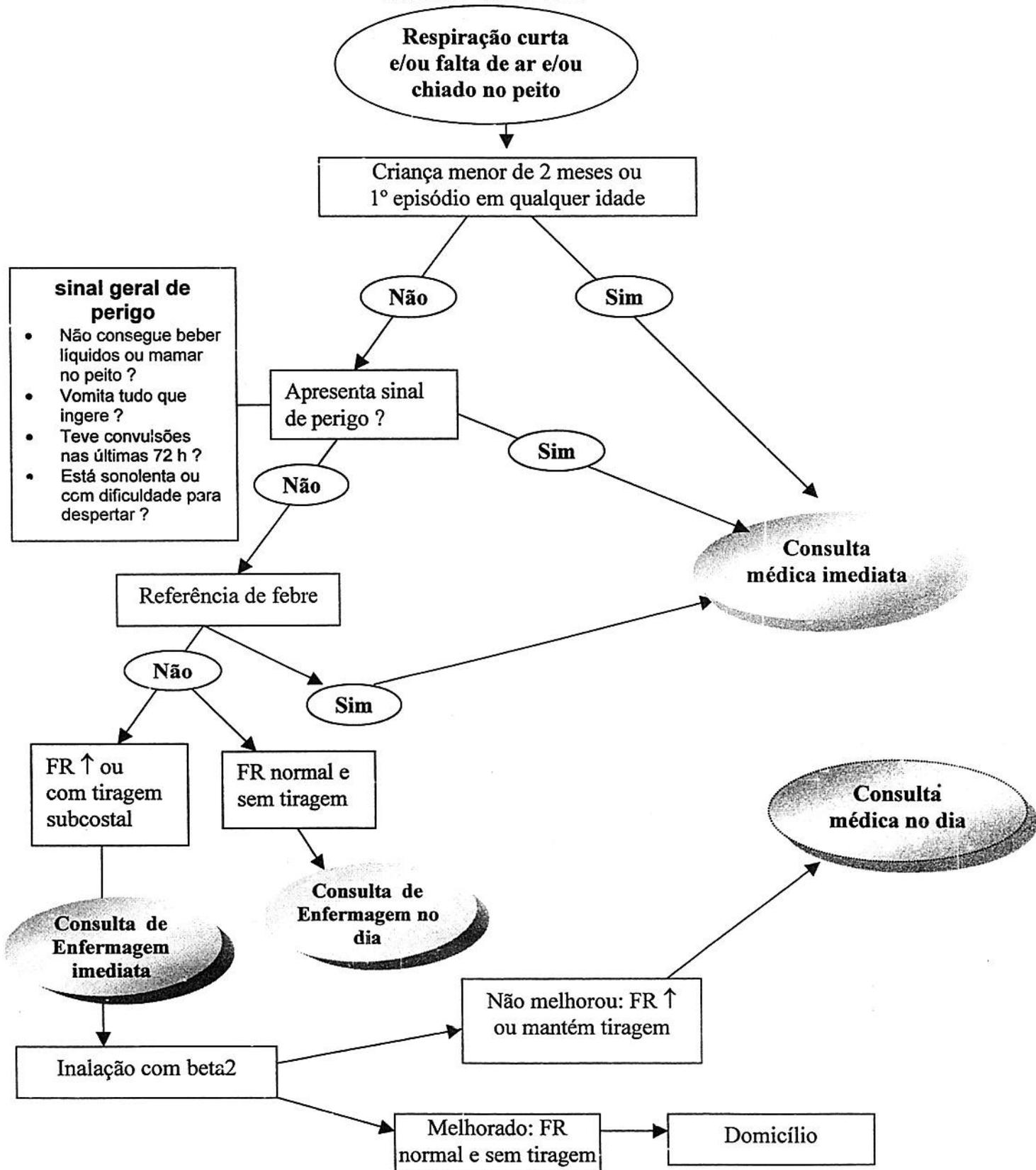


Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde

**PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS AGUDOS
CRIANÇA MENOR DE 2 MESES DE IDADE**



CHIADO NO PEITO



ASPECTOS IMPORTANTES NO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM QUEIXAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS

1. Identificar a idade (menor ou maior de 2 meses) e seguir o fluxo indicado.
2. Identificar se a criança apresenta algum sinal geral de perigo e seguir o fluxo indicado.
3. Se não houver sinal geral de perigo, perguntar:

Há quantos dias tem as queixas?
Tem febre? Há quantos dias? Medida ou não?
Quando não tem febre, a criança brinca e aceita a alimentação?
Tem dor de ouvido?
Tem cansaço ou dificuldade para respirar?
Tem chiado no peito?

4. Como avaliar o estado geral / atividade da criança:
 - Está ativa, brincando – sem gravidade
 - Fica quietinha, caída, apenas durante a febre – pode não ter gravidade
 - Fica prostrada, sem querer brincar mesmo sem febre – sinal de gravidade
5. PRESENÇA DE FEBRE (definida como T maior ou igual a 37,8 ° C)
 - Se sim, há quantos dias: < 5 dias, criança em bom estado geral, com tendência à melhora - possivelmente sem gravidade
 - Se febre > 5 dias, criança deve ser vista pelo médico

ORIENTAÇÕES

- Tranqüilizar a mãe / família; orientar banho morno; aumentar a oferta de líquidos e utilizar vestimentas leves.
- O uso de antitérmicos pode ser recomendado quando a temperatura for maior de 37,8° C
 - Acetaminofen: 1 gota / Kg de peso / dose até 4 x / dia
(intervalo mínimo de 4 horas entre as doses)
 - Dipirona: meia gota / Kg de peso / dose até 4 x / dia, intervalo de 6 horas
(dose máxima por dia: 60 gotas até 6 anos, 120 gotas de 6 a 12 anos e 160 gotas para maiores de 12 anos)
- Procurar a Unidade caso apareça qualquer sinal de alerta.

6. DOR DE OUVIDO
Deve ser vista pelo médico

7. VÔMITOS

Se sim, quantas vezes?

- Mais de 3 vezes em 2 horas – passar na enfermeira ou médico
- Após a alimentação ou acesso de tosse – sem gravidade
- Vômito em jato – deve ser vista pelo médico

8. CHIADO NO PEITO

- Se for o primeiro episódio de chiado no peito – deve ser vista pelo médico
- Se houver episódios repetidos de chiado no peito (sibilância), deve ser avaliada em consulta de enfermagem no dia

9. DIFICULDADE PARA RESPIRAR – CANSAÇO NO PEITO

Contar a frequência respiratória em 1 minuto e verificar a presença de tiragem sub-costal
Se FR e / ou tiragem subcostal deve ser vista pela enfermeira ou médico

Faixa etária	“Respiração rápida” ou frequência respiratória aumentada
menores de 2 meses	60 ou mais respirações por minuto
de 2 a 11 meses	50 ou mais respirações por minuto
de 1 a menos de 5 anos	40 ou mais respirações por minuto
de 5 anos ou mais	30 ou mais respirações por minuto

10. TOSSE

- < 15 dias – Consulta de Enfermagem
- > 15 dias – Consulta médica

11. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA QUEIXAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS

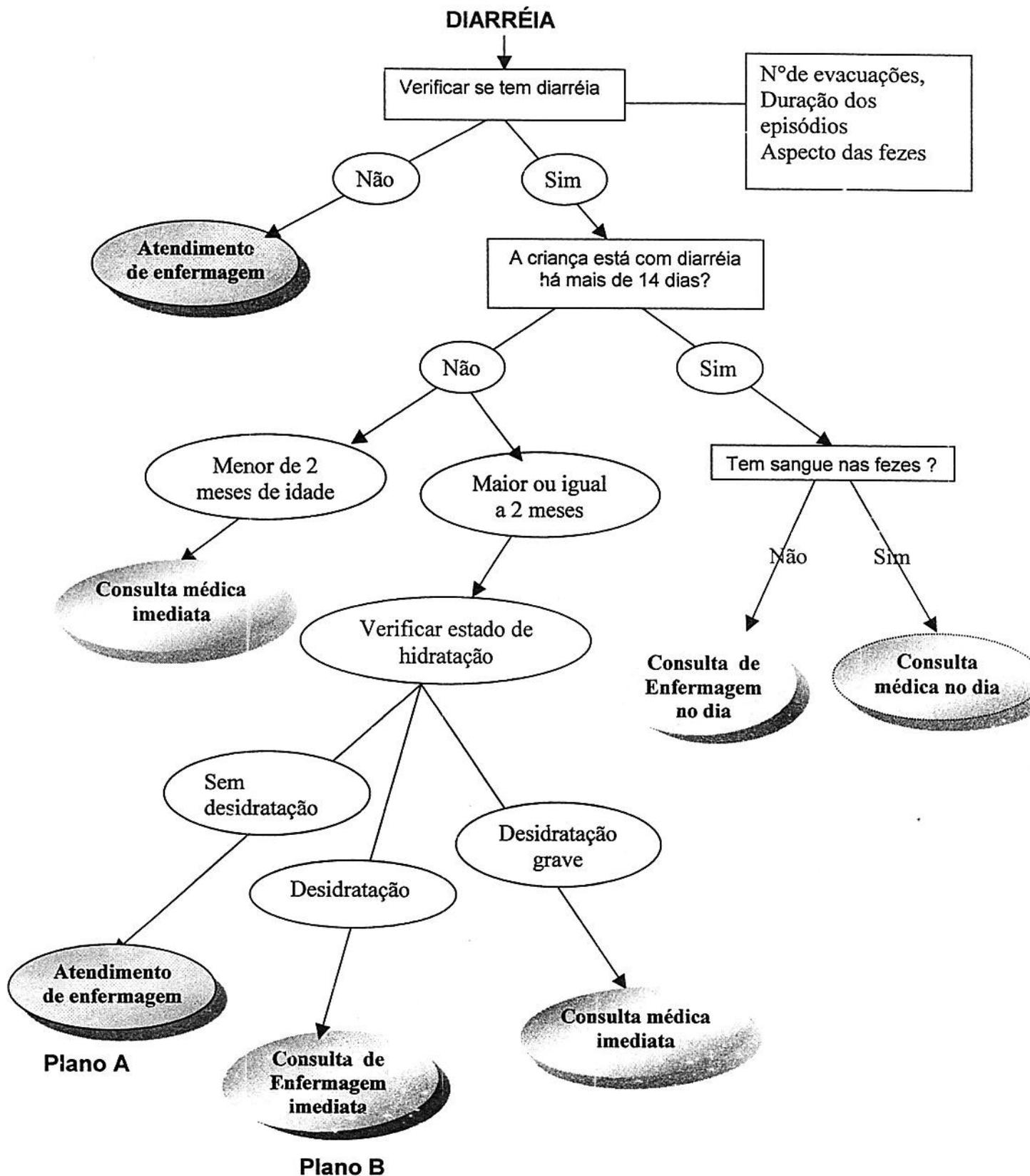
- Decúbito elevado
- Dieta fracionada
- Aumentar a oferta de água, suco de frutas ou chás para fluidificar a secreção e facilitar sua remoção
- Lavagem nasal com soro fisiológico
- Nebulização / Inalação

**NÃO DAR XAROPE OU ANTIBIÓTICO
ORIENTAR SINAIS DE PERIGO E O RETORNO, CASO NÃO MELHORE APÓS 3 DIAS**

12. SINAIS GERAIS DE PERIGO

- Piora do Estado Geral (letargia ou prostração)
- Aparecimento ou piora da febre
- Não consegue ingerir líquidos ou alimentos
- Presença de dificuldade para respirar

* Para as crianças com Sinais de Perigo, o profissional (médico ou enfermeiro) deverá providenciar as condições para que a criança seja atendida imediatamente no hospital. Estabelecer contato telefônico com o profissional da referência e enviar a Ficha de Referência explicitando o motivo do encaminhamento.



CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO

Sem Desidratação

Criança ativa,
Aceitando líquidos
Turgor de pele normal

Pano A: TRATAR A DIARRÉIA EM CASA

1. Dar líquidos adicionais à vontade
 - Amamentar com maior freqüência
 - Dar soro de reidratação oral
 - Dar água, chás, caldos, água de arroz,
 - Quantidade de líquidos adicionais:
 - Até 1 ano: 50 a 100 ml após cada evacuação diarréica
 - 1 ano ou mais: 100 a 200 ml após cada evacuação diarréica
2. Continuar a alimentar com a dieta habitual
3. Retornar se apresentar sinais de perigo.

SINAIS DE PERIGO

- Piorar o Estado Geral
- Não conseguir beber líquidos
- Ficar sem urinar por mais de 6-8 horas
- Se a diarreia persistir por mais de 5 dias
- Aparecer sangue nas fezes

Desidratação - Dois ou mais desses sinais

Criança irritada, inquieta
Olhos fundos
Bebe avidamente com sede
Turgor de pele semipastoso
(Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior)

Plano B: TRO NA UNIDADE

1. Quantidade de soro oral nas primeiras 4 horas

Peso (kg)	Soro (ml)
< 6	200 - 400
6 - < 10	400 - 700
10 - < 12	700 - 900
12 - 19	900 - 1400

- Demonstrar para a mãe como dar o soro
 - Oferecer o soro em pequenos goles com colher
 - Se vômitos, aguardar 10 min e continuar mais lentamente
2. Continuar a amamentar no peito
 3. Reavaliar o estado de hidratação após 4 horas
 4. Selecionar o plano adequado para continuar o tratamento

Desidratação Grave – Dois ou mais desses sinais

Criança letárgica ou inconsciente
Olhos fundos
Não aceita líquidos ou aceita muito mal
Turgor de pelo pastoso – Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior

Consulta médica
imediate

ASPECTOS IMPORTANTES NA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM DIARRÉIA

1. Criança abaixo de 2 meses deve sempre ser avaliada pelo médico.
2. Quando não houver tempo suficiente para acompanhar a TRO na unidade, pode-se iniciar a TRO e terminar a hidratação em casa, exceto nos seguintes casos:

Fatores de risco individual

- Criança menor de 2 meses
- Crianças menores de 1 ano com baixo peso ao nascer
- Crianças com desnutrição moderada ou grave

Fatores de risco situacional

- Dificuldade de acesso ao hospital
- Mãe ou responsável pela criança com dificuldade de compreensão
- Criança proveniente de microárea social de risco

Nesses casos, encaminhar para hidratação no hospital.

3. Orientações para retornar à unidade de saúde, se ocorrerem sinais de perigo

SINAIS DE PERIGO

- Piorar o Estado Geral
- Não conseguir beber líquidos
- Ficar sem urinar por mais de 6-8 horas
- Se a diarreia persistir por mais de 5 dias
- Aparecer sangue nas fezes

3. Indicações para encaminhamento para hospital

ENCAMINHAR PARA O HOSPITAL QUANDO:

- A criança não ganhar ou perder peso, após as primeiras 2 horas de TRO
- Houver alterações do estado de consciência (comatosa, letárgica)
- Vômitos persistentes (no mínimo 4 vezes em 1 hora)
- Íleo paralítico (distensão abdominal)

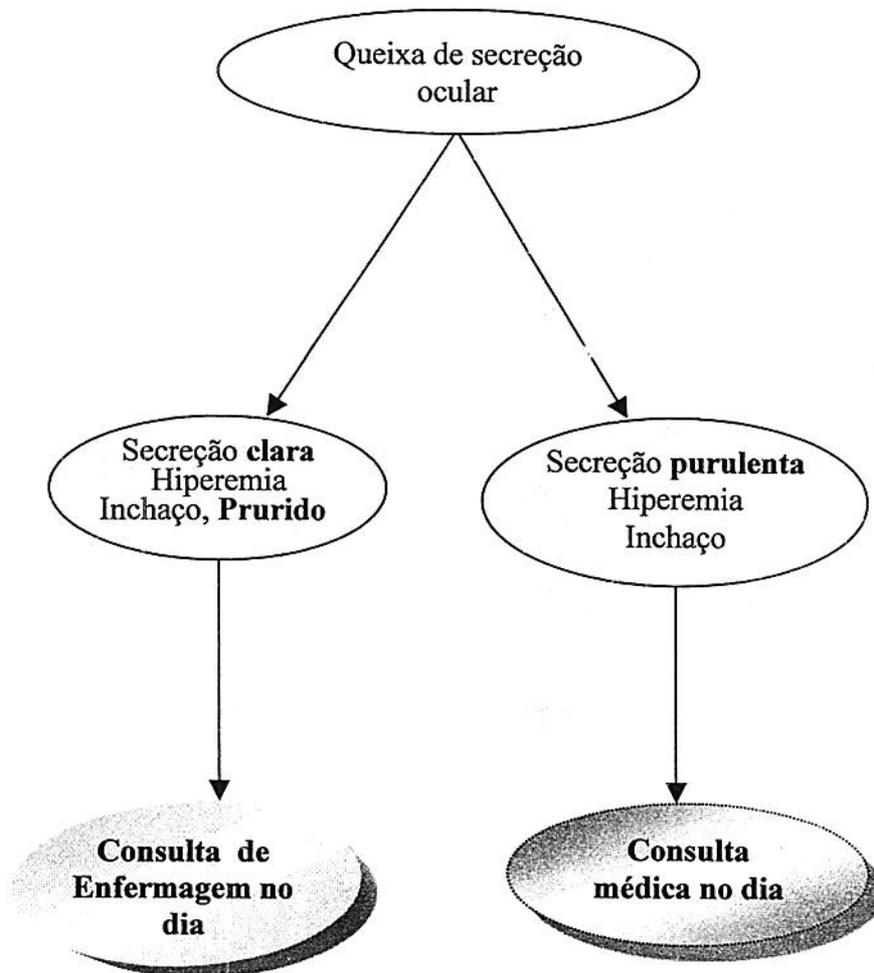
5. Não se recomenda o uso de antiemético, porque a criança fica sonolenta, o que dificulta a aceitação do soro oral.

6. Não se deve utilizar antidiarréicos e antibióticos para diarreia.

7. Orientações para prevenção da diarreia

- Incentivar o aleitamento materno
- Orientar alimentos de fácil digestão, pastosos ou líquidos
- Orientar higiene pessoal e dos alimentos
- Orientar utilizar água filtrada
- Orientar o destino adequado dos dejetos
- Orientar o uso da TRO no início dos sintomas diarréicos
- Esclarecer sobre a evolução da diarreia que pode demorar até 14 dias.

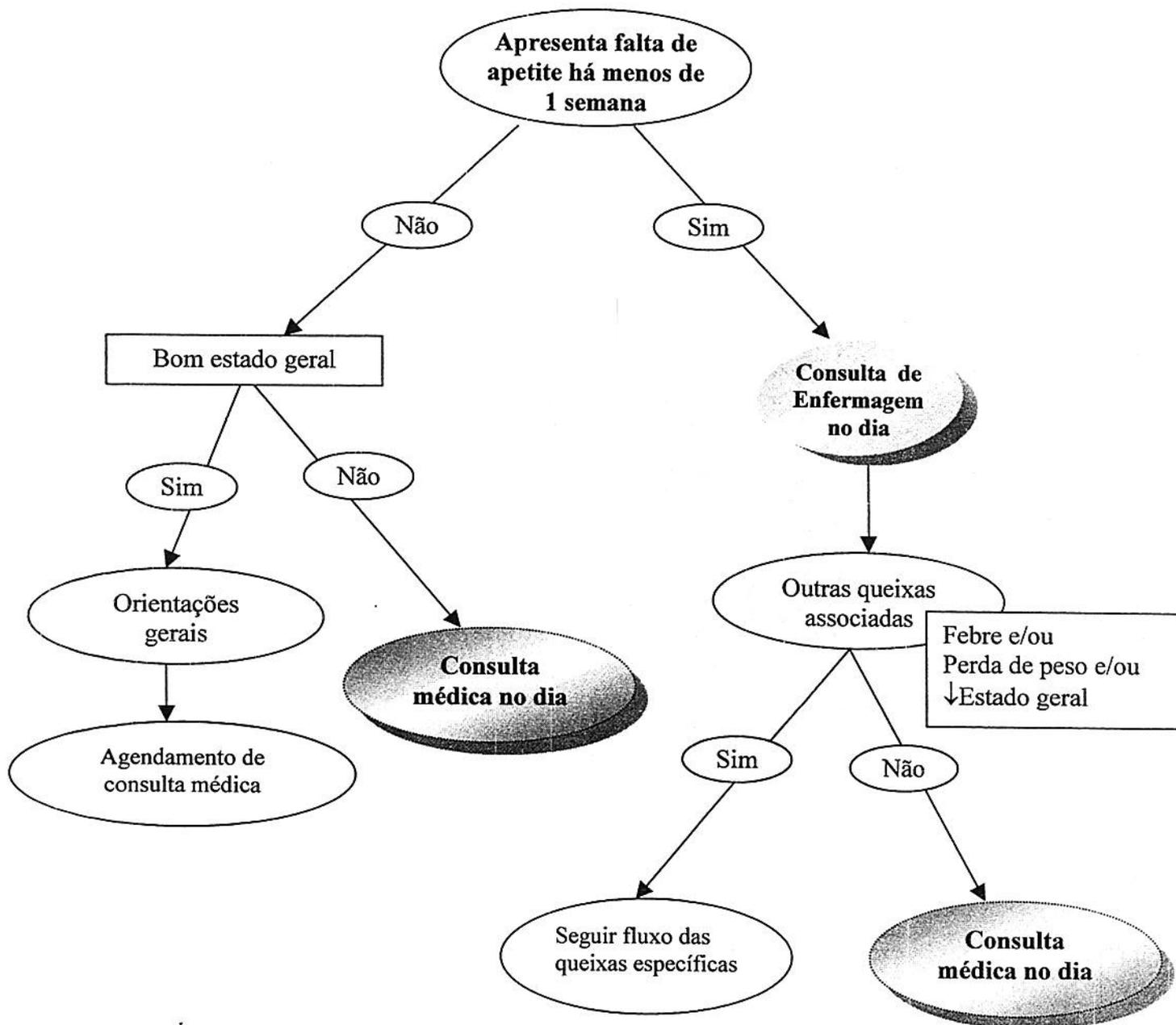
CONJUNTIVITE



Orientações Gerais

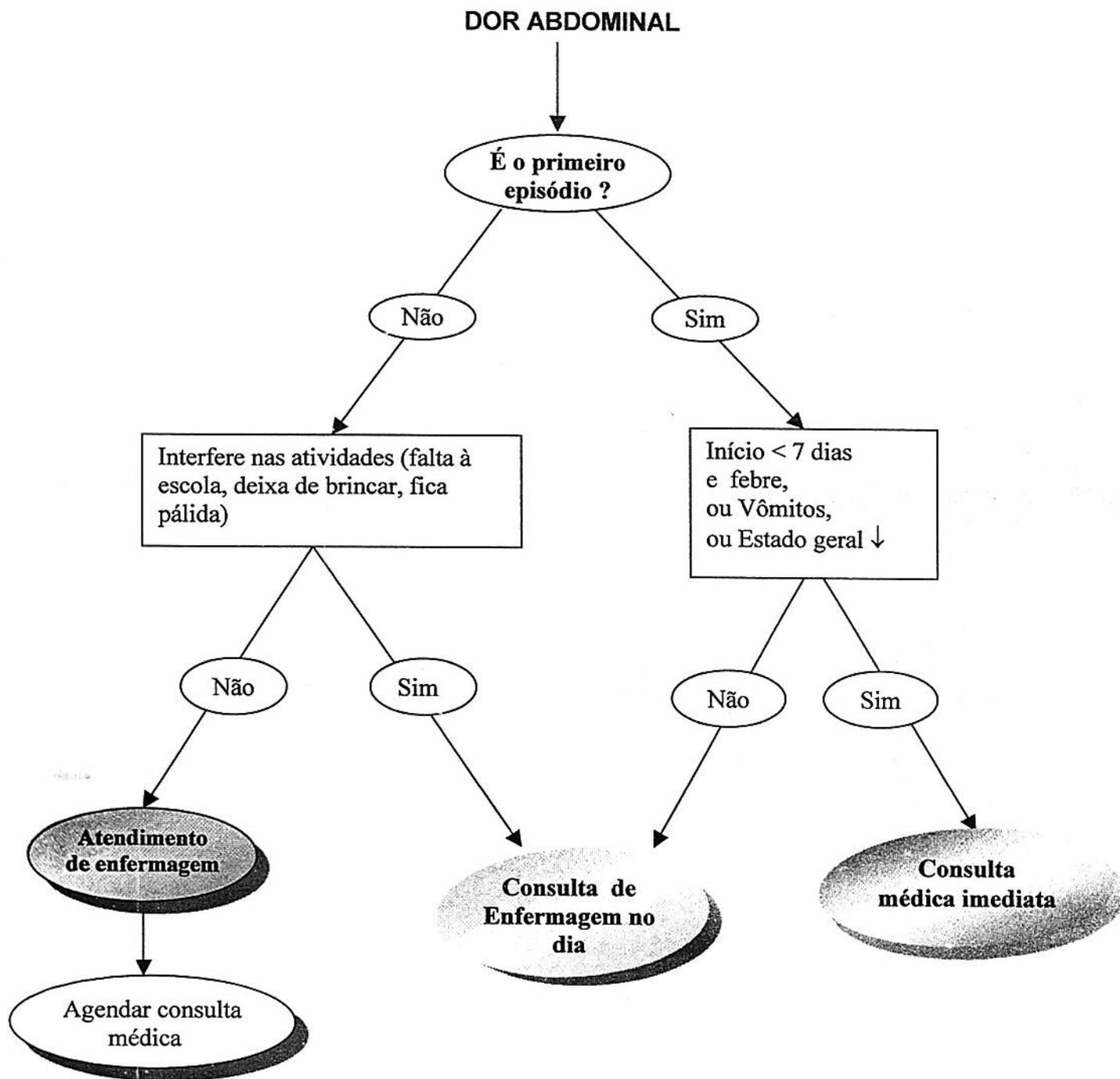
- Limpeza freqüente das secreções com água fria.
- Fazer compressas com água fria, várias vezes ao dia
- Lavar bem as mãos antes e após qualquer manipulação dos olhos
- Não utilizar água boricada ou outros produtos nos olhos
- Usar toalha separada

FALTA DE APETITE



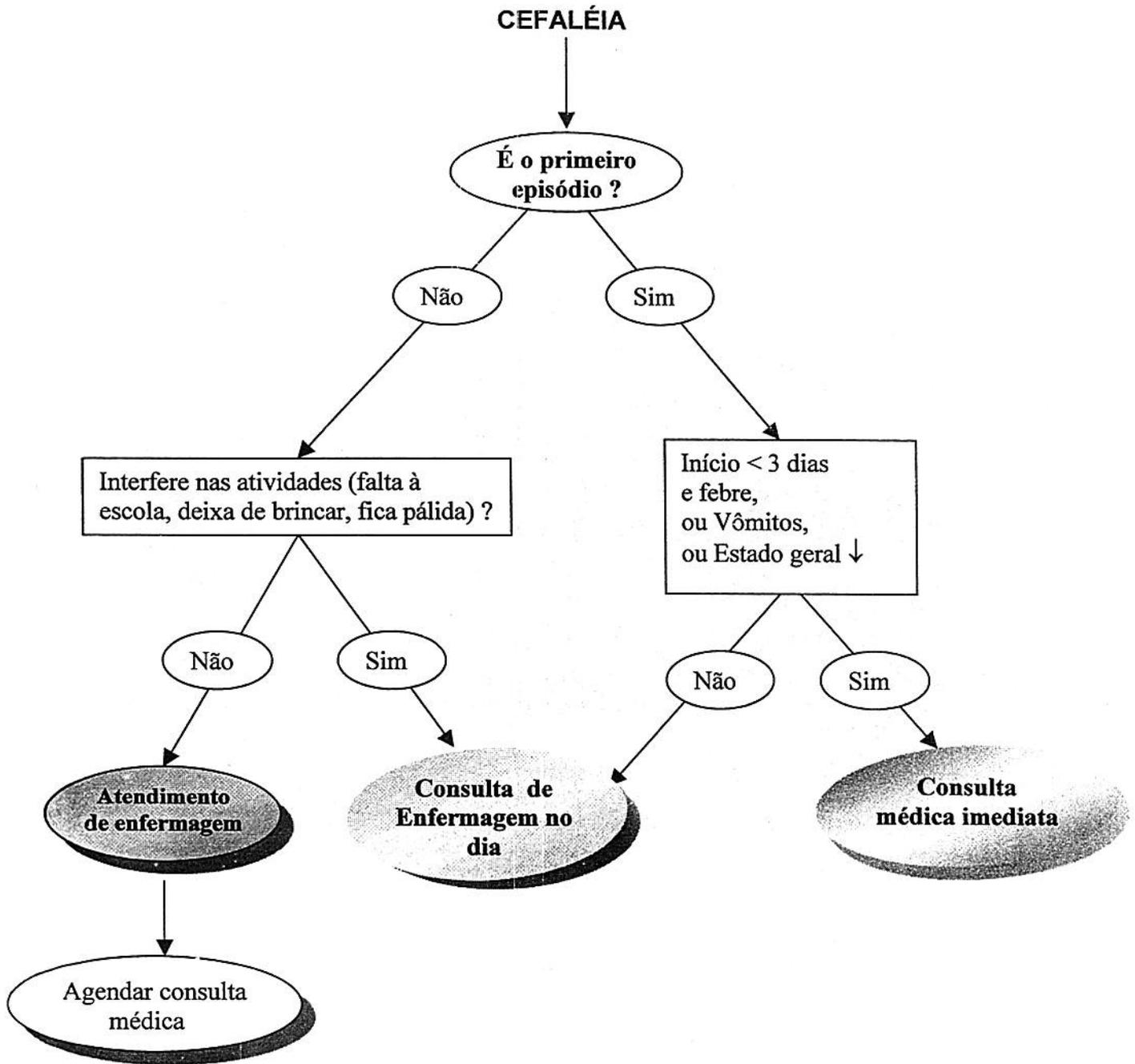
Orientações Gerais:

- Verificar quem assume os cuidados e a alimentação da criança
- Verificar se a dieta é adequada para a idade
- Verificar se a criança substitui a refeição de sal por leite
- Verificar se a criança ingere guloseimas, salgadinhos, refrigerantes nos intervalos das refeições
- Verificar se a criança frequenta a creche. Pedir relatório da aceitação alimentar.



Orientações para a dor abdominal:

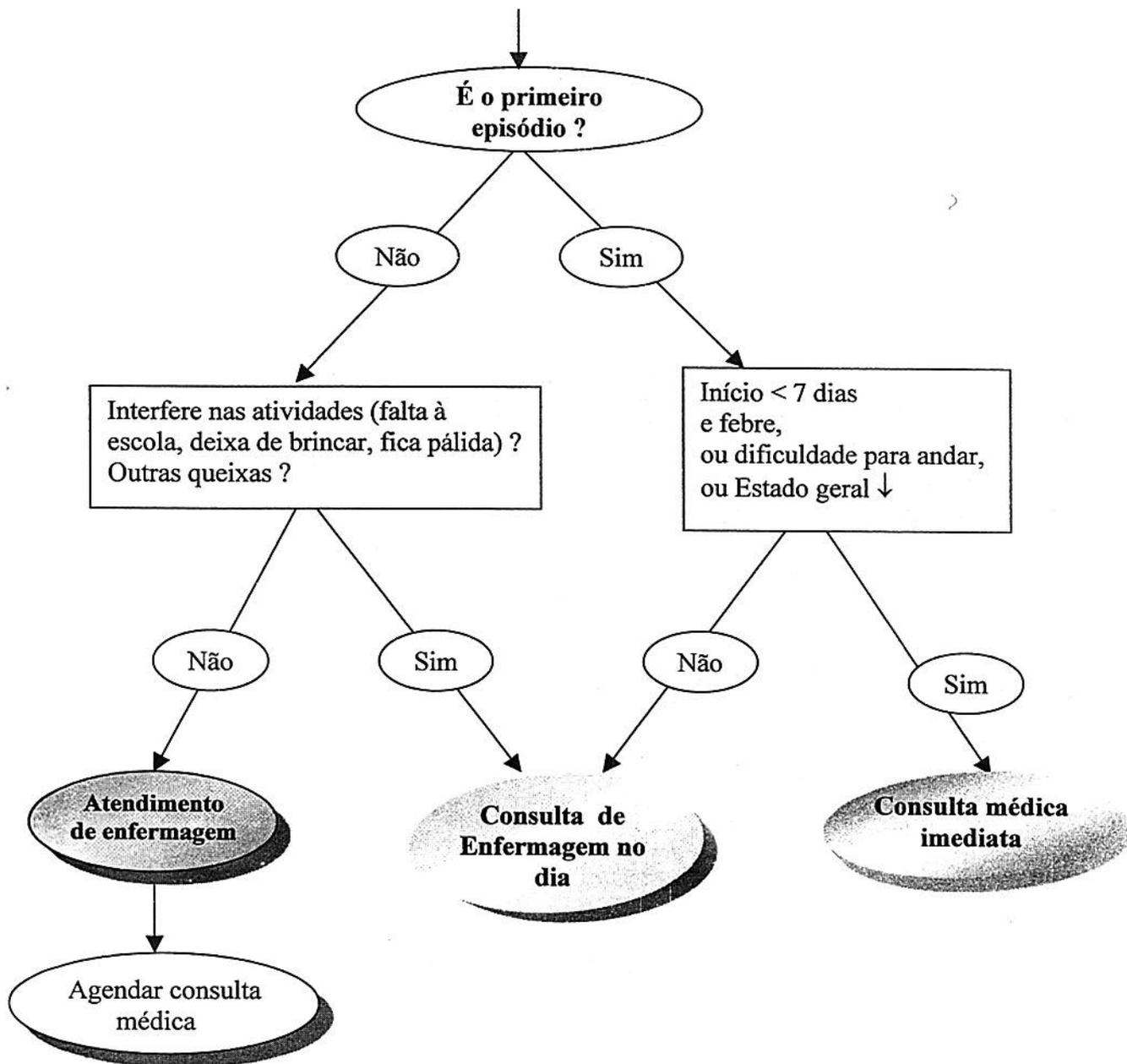
- Observar evolução da dor: nº de episódios, desencadeantes, tendência evolutiva e dinâmica emocional / relações na família e na escola
- Tranqüilizar e apoiar a família
- Orientar massagem local
- Verificar hábito alimentar e hábito intestinal
- Evitar uso de medicamentos



Orientações para a cefaléia:

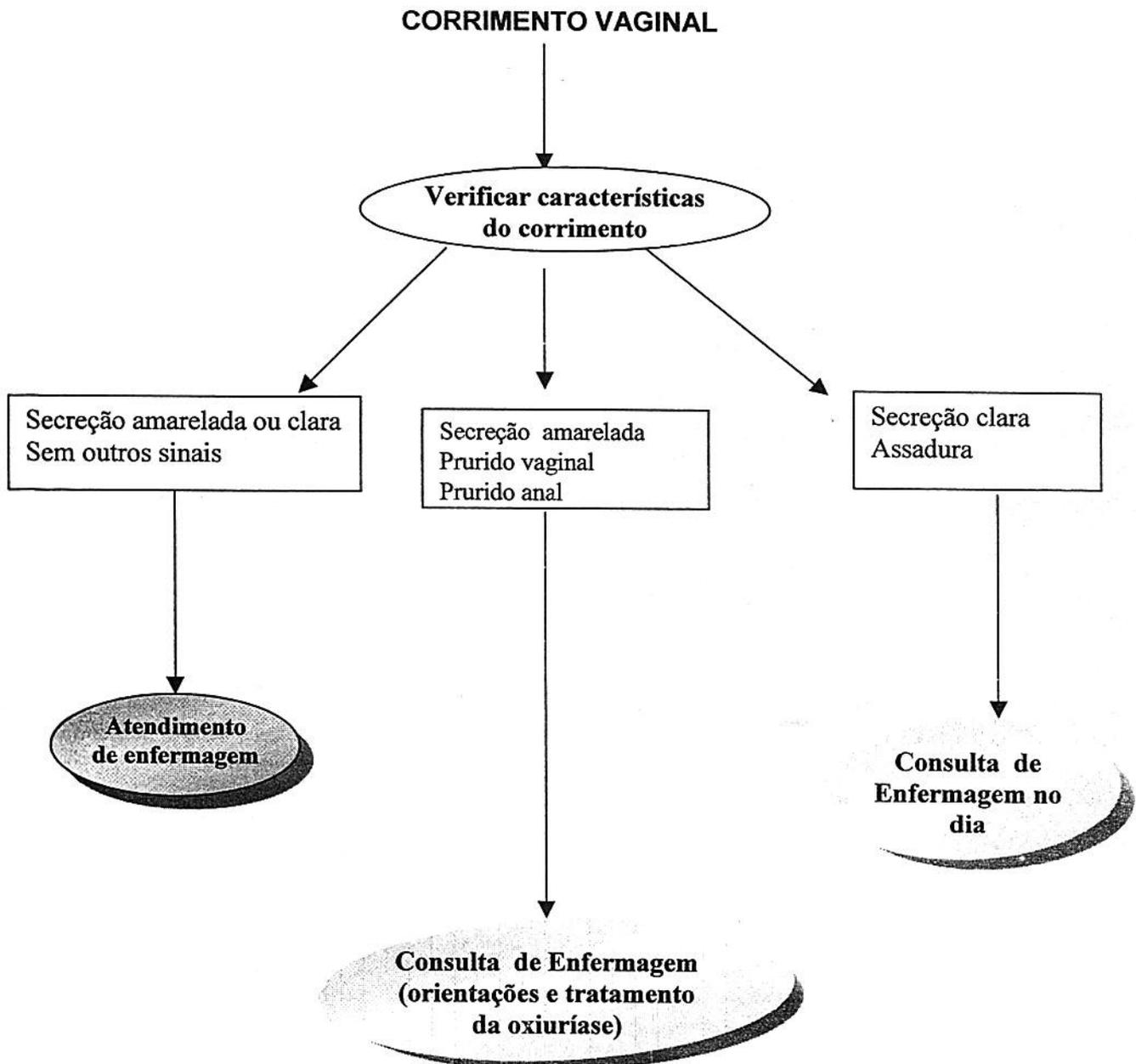
- Observar evolução da dor: nº de episódios, desencadeantes, tendência evolutiva e dinâmica emocional / relações na família e na escola
- Tranqüilizar e apoiar a família
- Colocar a criança de repouso, em local tranqüilo, sem muita luminosidade
- Utilizar analgésicos só se a dor for intensa.

DOR EM MEMBROS



Orientações gerais para dor em membros (não é o primeiro episódio):

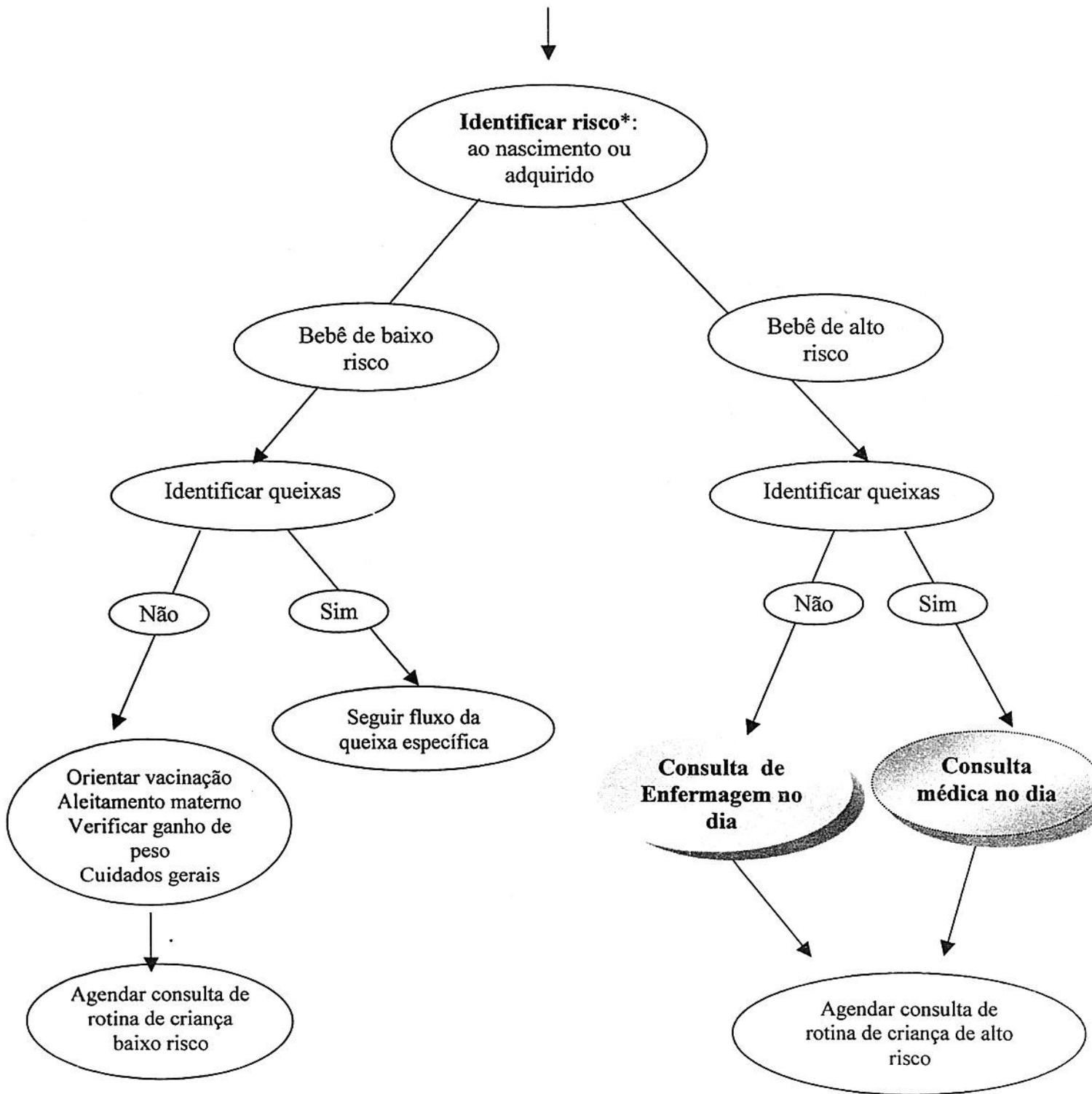
- Observar evolução da dor: nº de episódios, desencadeantes, tendência evolutiva e dinâmica emocional / relações na família e na escola
- Tranqüilizar e apoiar a família
- Orientar massagem local
- Evitar uso de medicamentos



Orientações:

- Higiene local, com água e sabão
- Orientar higiene do períneo, de frente para trás
- Banho de assento com 1 litro água e 1 colher de sopa de vinagre branco
- Verificar alergia ao tecido das roupas íntimas e aos produtos utilizados na lavagem das roupas

DEM PARA PUERICULTURA (MENOR DE 2 ANOS DE IDADE)



* Ver critérios de risco

CRITÉRIOS DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

O bebê é classificado como de baixo risco quando não preenche critérios de risco. É classificado como bebê de alto risco, quando preenche os critérios abaixo:

RISCOS AO NASCIMENTO

Críticos obrigatórios: Presença de qualquer um dos seguintes critérios

- Peso ao nascer <2.500g
- Morte de irmão menor de 5 anos
- Internação após a alta materna

Críticos associados, presença de dois ou mais dos seguintes critérios:

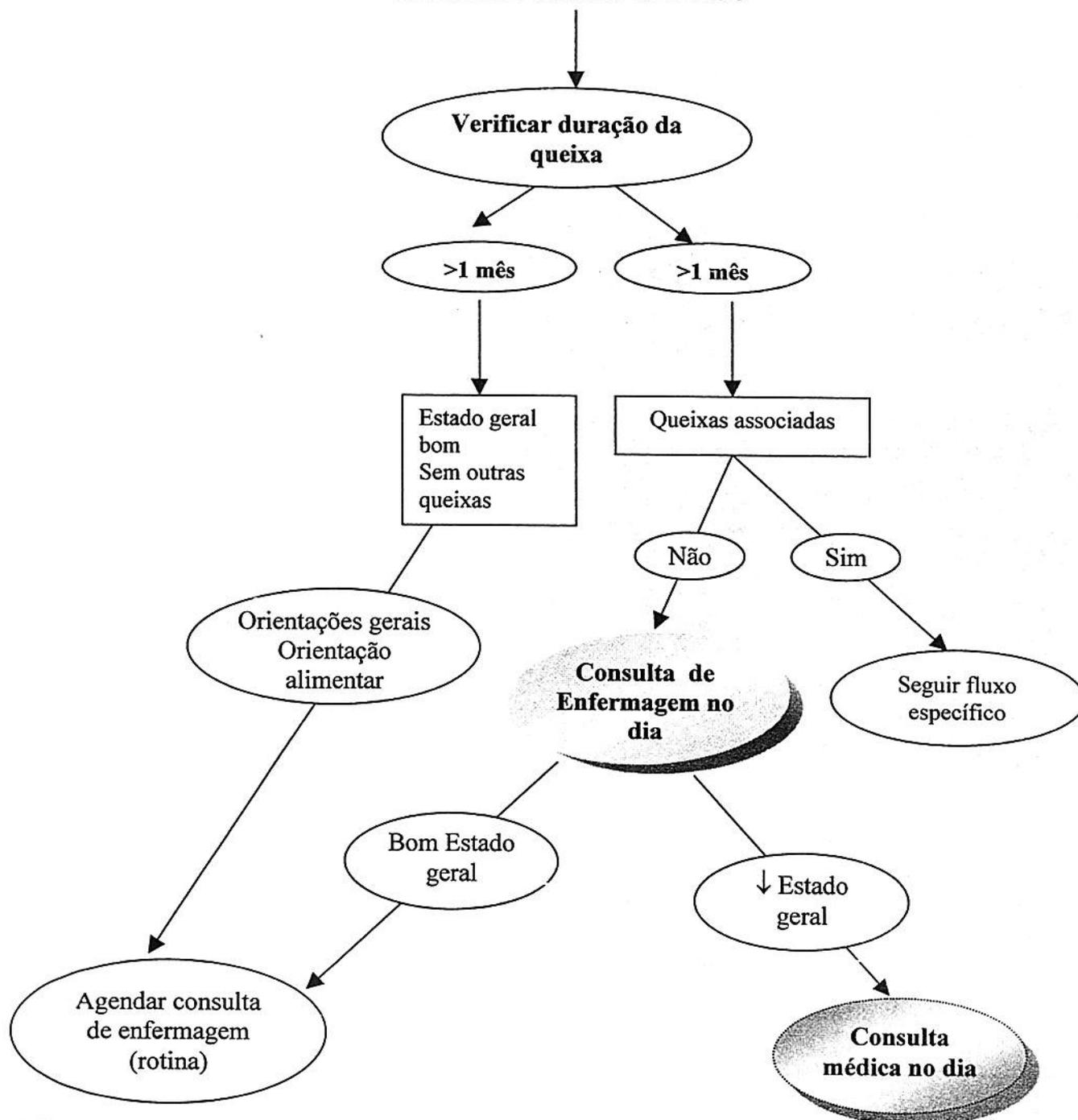
- Mãe adolescente abaixo de 16 anos
- Mãe analfabeta
- Mãe sem suporte familiar
- Mãe proveniente de área social de risco*
- Chefe da família sem fonte de renda
- História de migração da família há menos de 2 anos
- Mãe com história de problemas psiquiátricos (depressão, psicose)
- Mãe portadora de deficiência que impossibilite o cuidado da criança
- Mãe dependente de álcool e/ou drogas
- Criança manifestamente indesejada

RISCOS ADQUIRIDOS

Presença de um dos seguintes critérios, em qualquer idade:

- Dêsnutrição – abaixo do percentil 3 do NCHS para peso e altura
- Maus tratos
- Após a segunda internação
- Desemprego familiar e/ou perda absoluta de fonte de renda
- Criança manifestamente indesejada
- Criança com 3 ou mais atendimentos em Pronto Socorro em um período de 3 meses

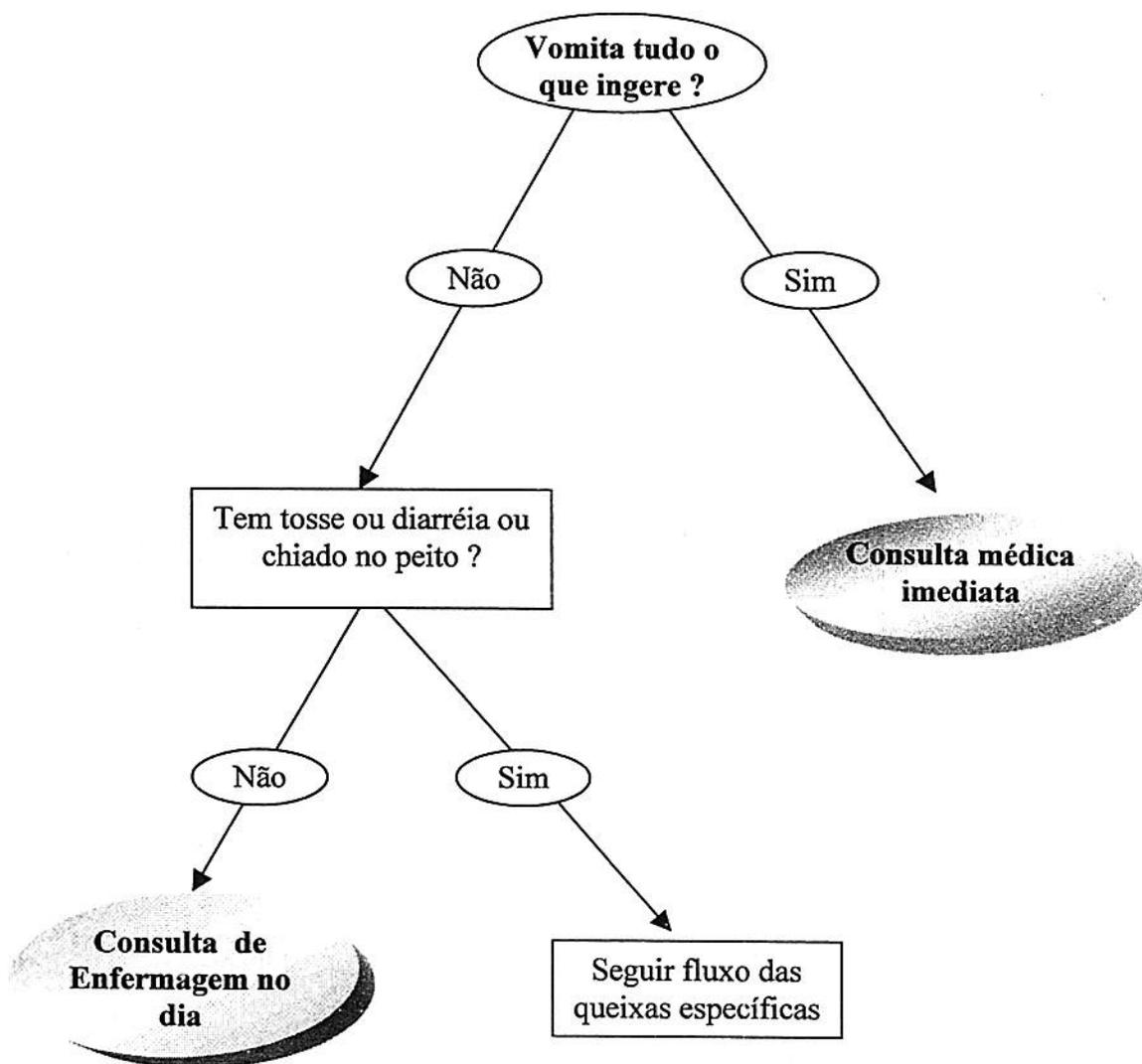
FALTA DE GANHO DE PESO



Orientações Gerais:

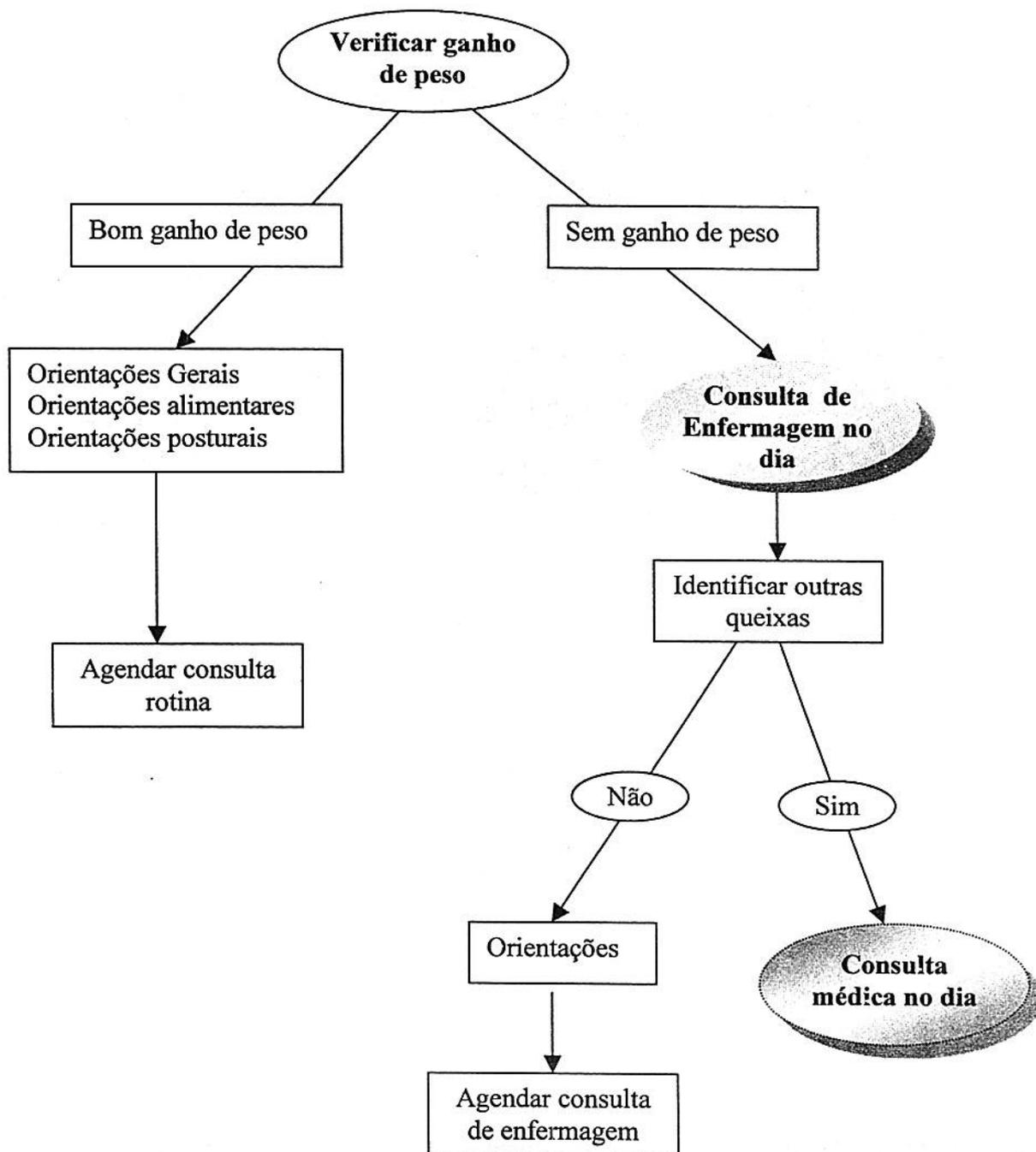
- Verificar quem assume os cuidados e a alimentação da criança
- Verificar se a dieta é adequada para a idade
- Verificar se a criança substitui a refeição de sal por leite
- Verificar se a criança ingere guloseimas, salgadinhos, refrigerantes nos intervalos das refeições
- Verificar se a criança frequenta a creche. Pedir relatório da aceitação alimentar.

VÔMITOS

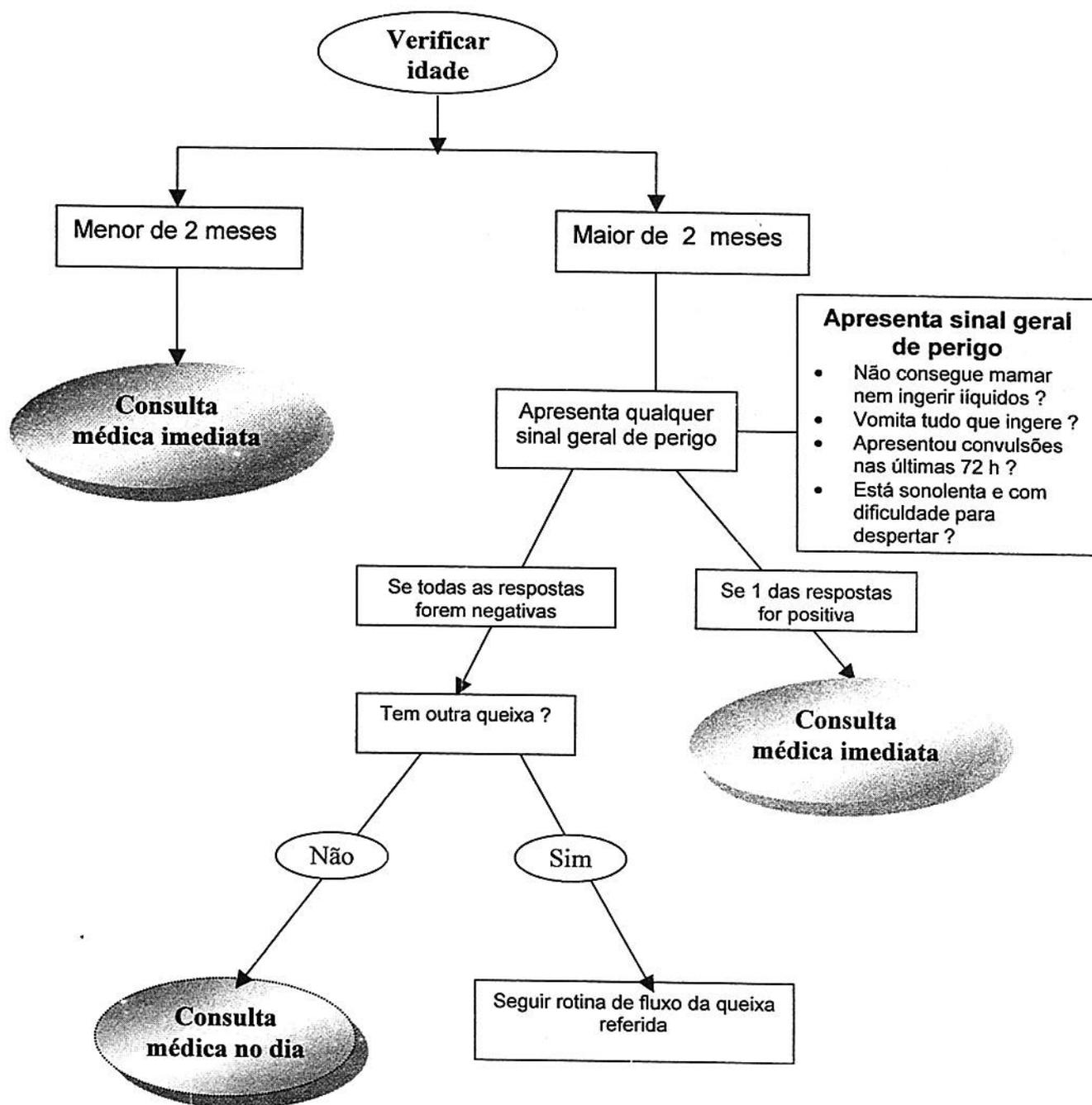


REGURGITAÇÕES

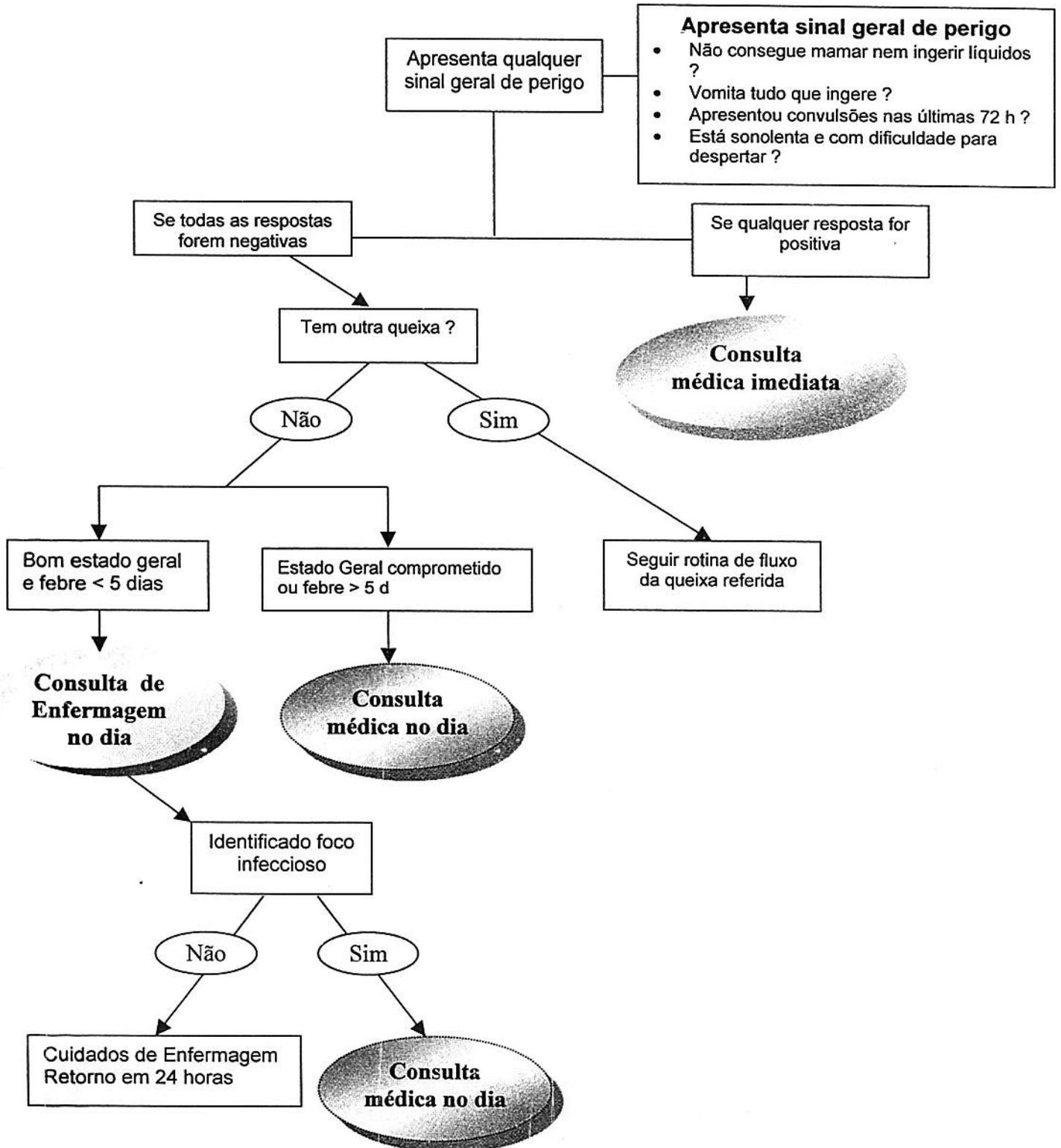
Eliminação de alimentos sem náuseas ou esforço abdominal
(Crianças menores de 12 meses)



**FEBRE REFERIDA
MENOR DE 3 ANOS**



**FEBRE REFERIDA
MAIOR DE 3 ANOS**





Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA FEBRE

A temperatura corporal normal situa-se na faixa de 36 a 37 °C

Febre: - É definida como temperatura do corpo acima da média normal, associada ou não a tremores, calafrios, rubor de pele, aumento da frequência respiratória e cardíaca.

Hipotermia: - É definida como temperatura corporal abaixo de 35,5° C, pele fria, palidez, calafrios, perfusão capilar diminuída, taquicardia, leito ungueal cianótico.

Calafrios: - Sensação de frio, contrações musculares quando a temperatura corporal cai abaixo do normal ou na fase de calafrios da febre.

BIBLIOTECA
CEFOP

ORIENTAÇÕES

- Tranqüilizar a mãe / família
- Banho morno.
- Aumentar a oferta de líquidos.
- Utilizar vestimentas leves.
- O uso de antitérmicos pode ser recomendado quando a temperatura for maior de 37,8° C

Acetaminofen: 1 gota / Kg de peso / dose até 4 x /dia

(intervalo mínimo de 4 horas entre as doses)

Dipirona: meia gota / Kg de peso / dose até 4 x / dia, intervalo de 6 horas

(dose máxima por dia: 60 gotas até 6 anos, 120 gotas de 6 a 12 anos e 160 gotas para maiores de 12 anos)

- Procurar a Unidade caso apareça qualquer sinal de alerta.



Rotinas de Fluxo Assistencial

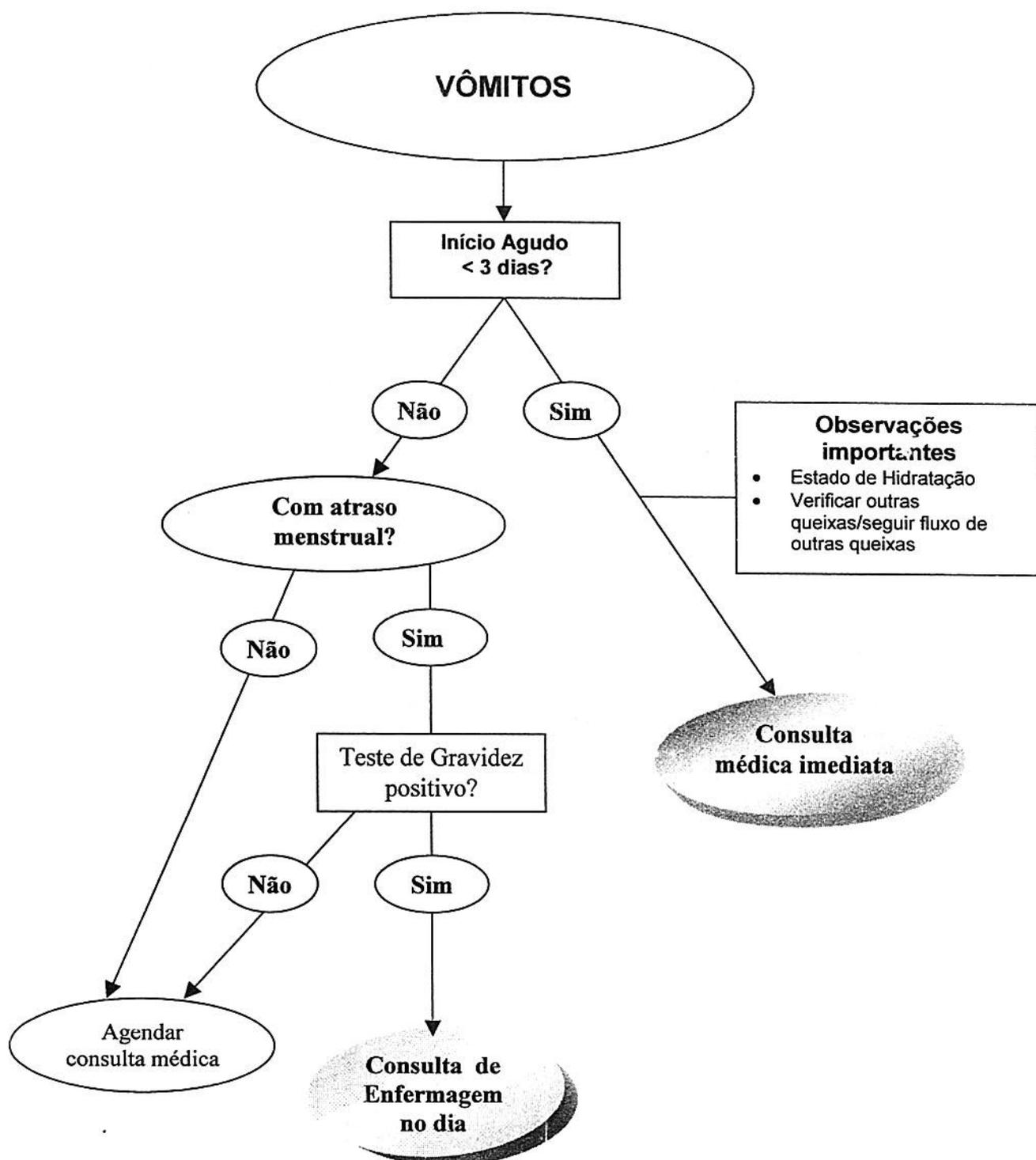
SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM

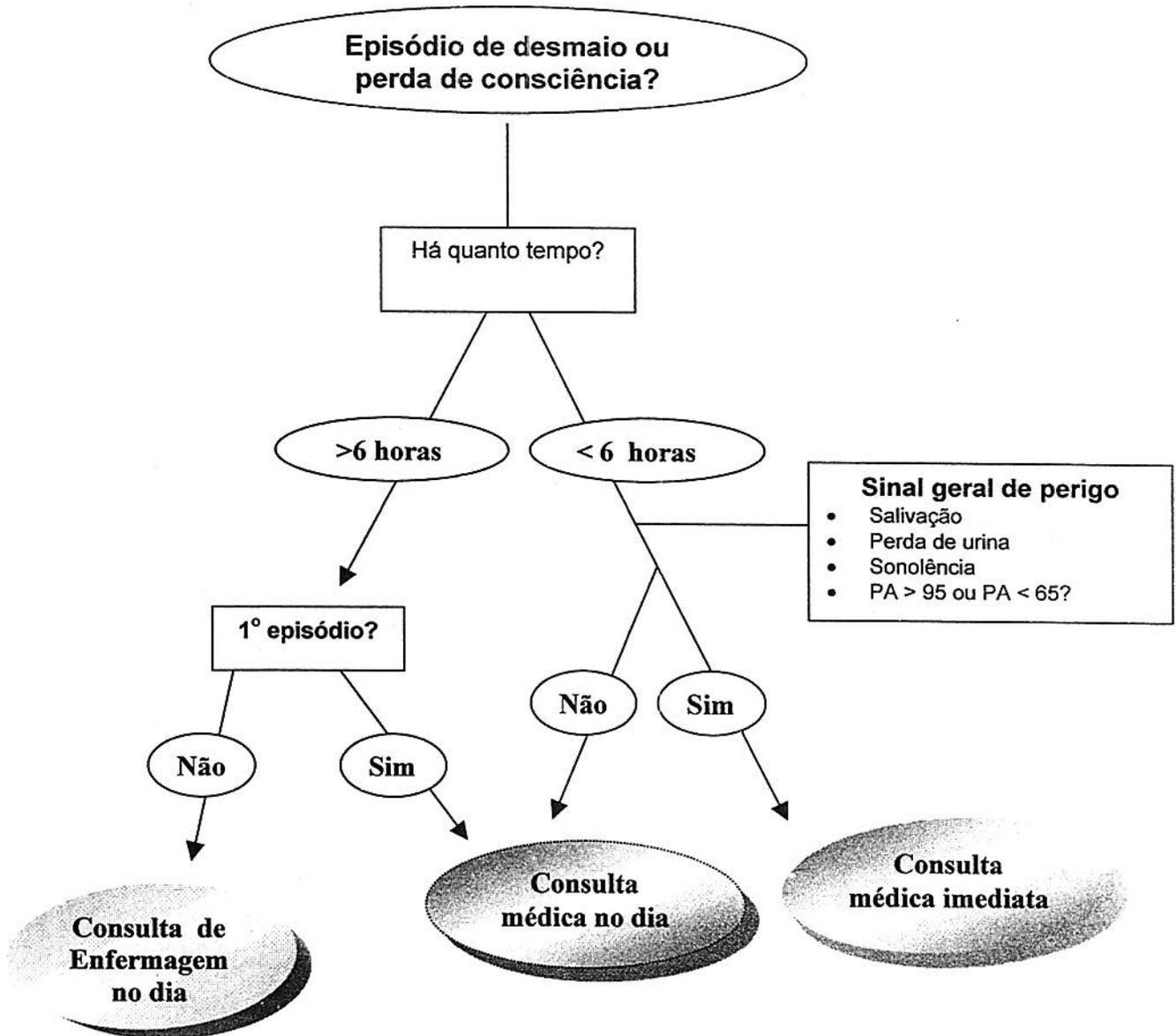
Elaboração :

Haraldo César Saletti Filho – Cogest – AT Saúde do Adolescente e do Jovem
Gabriela Junqueira Calazans – Cogest - Coordenadora da AT Saúde do Adolescente e do Jovem
Regina Guise de Almeida – Cogest – AT Saúde do Adolescente e do Jovem

Colaboração:

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira – Cogest – Gerência de Projetos
Ana Maria Bara Bresolin – Cogest – Coordenadora da AT Saúde da Criança
Benito Lourenço – Coord. Saúde da Subprefeitura de Parelheiros
Débora Gejer – Hospital Infantil Menino Jesus / Autarquia Hospitalar Central
Eunice E. Kishinami Oliveira Pedro – Cogest – AT Saúde da Criança
Heloisa A. Tocci – Coord. Saúde da Subprefeitura de Santo Amaro
Jaime Yoshio Yonamine – UBS Jd Brasília – Coord. Saúde da Subprefeitura de Itaquera
Mariângela Aoki – Cogest – Projeto Prioritário Resgate Cidadão
Mônica Rodrigues - UBS Jd Grimaldi - Coord. Saúde da Subprefeitura de Vila Prudente
Orival Silva Silveira – Cogest – AT DST/AIDS

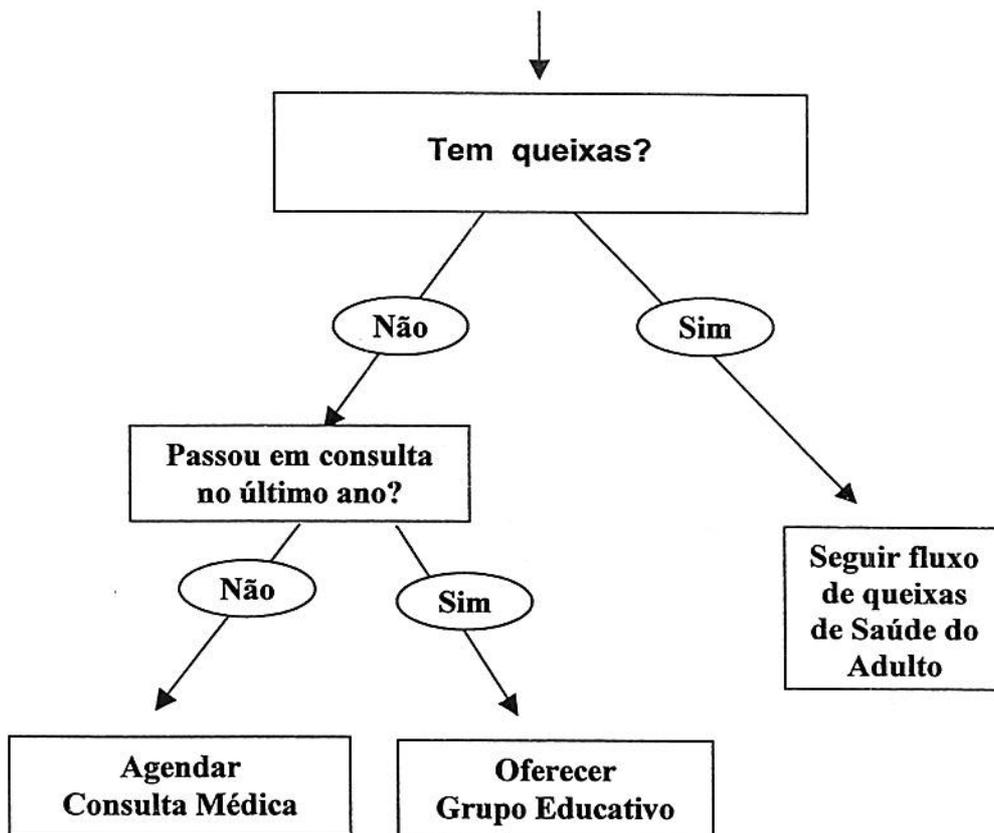


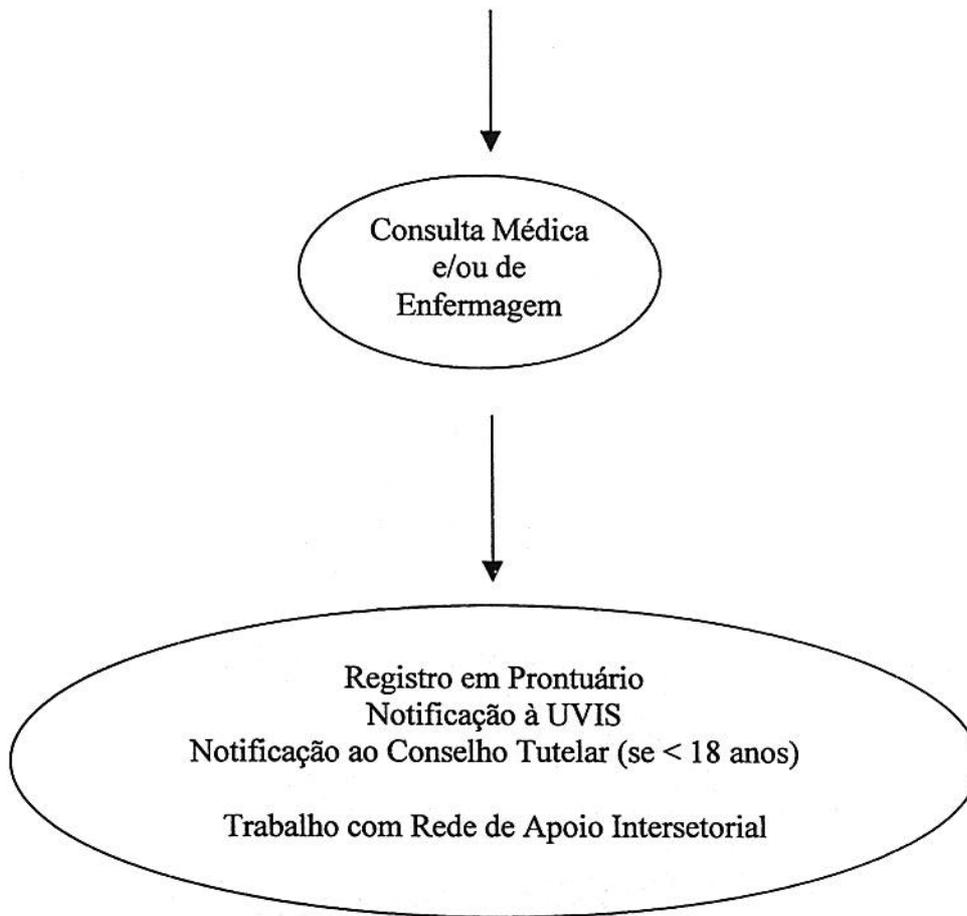


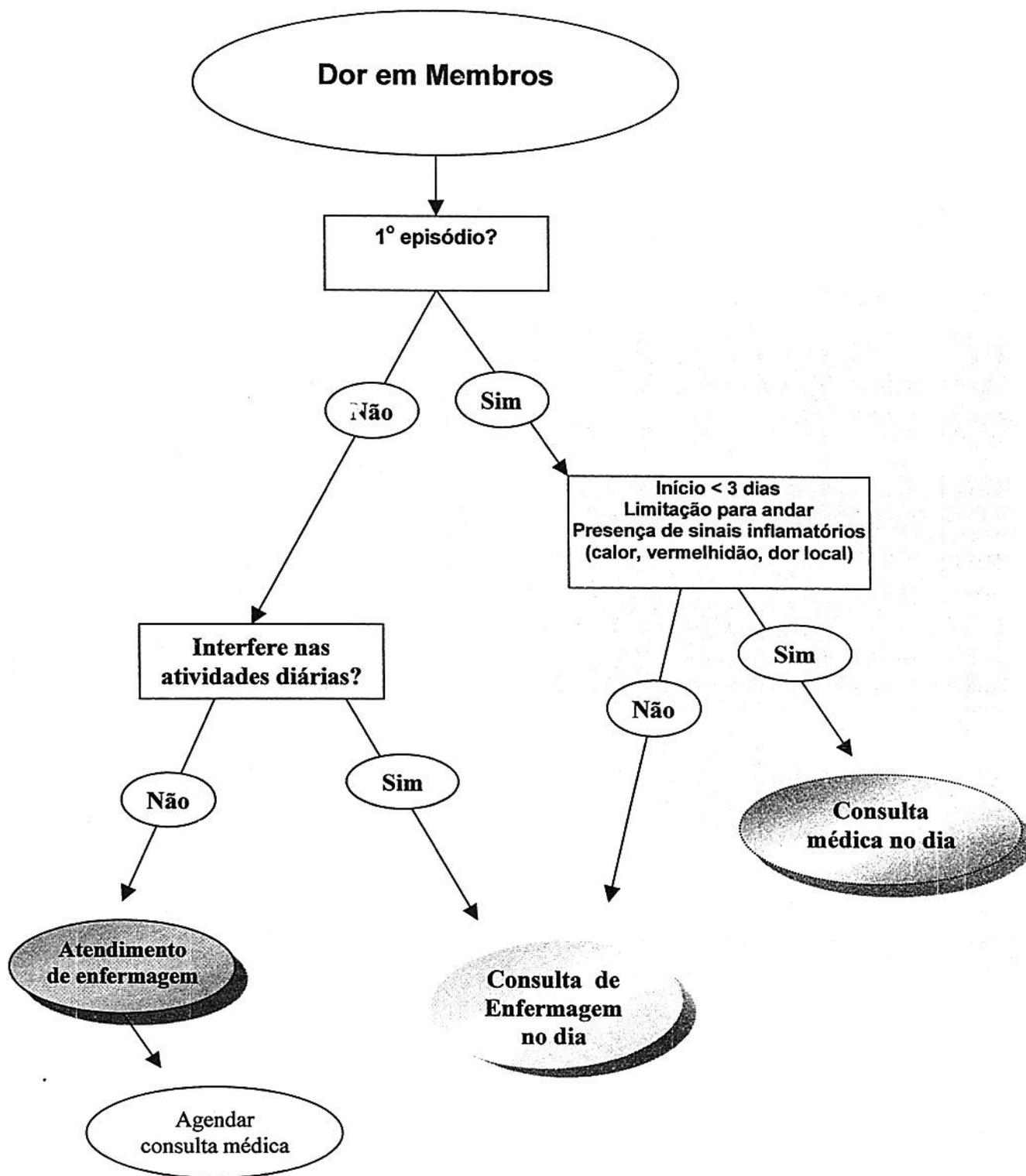
Consulta de Enfermagem – Orientações

1. Verificar uso de medicação para epilepsia e diabetes e se uso regular ou não (abandono).
2. Investigar situação emocional, vínculos familiares, escolares e de trabalho e uso de álcool e drogas.
3. Diferenciar causas epiléticas/convulsivas, emocionais e metabólicas.

Adolescente procura por atendimento









Rotinas de Fluxo Assistencial

SAÚDE DA MULHER

Elaboração :

Jael Barbosa de Albuquerque – COgest – Coordenadora da AT Saúde da Mulher

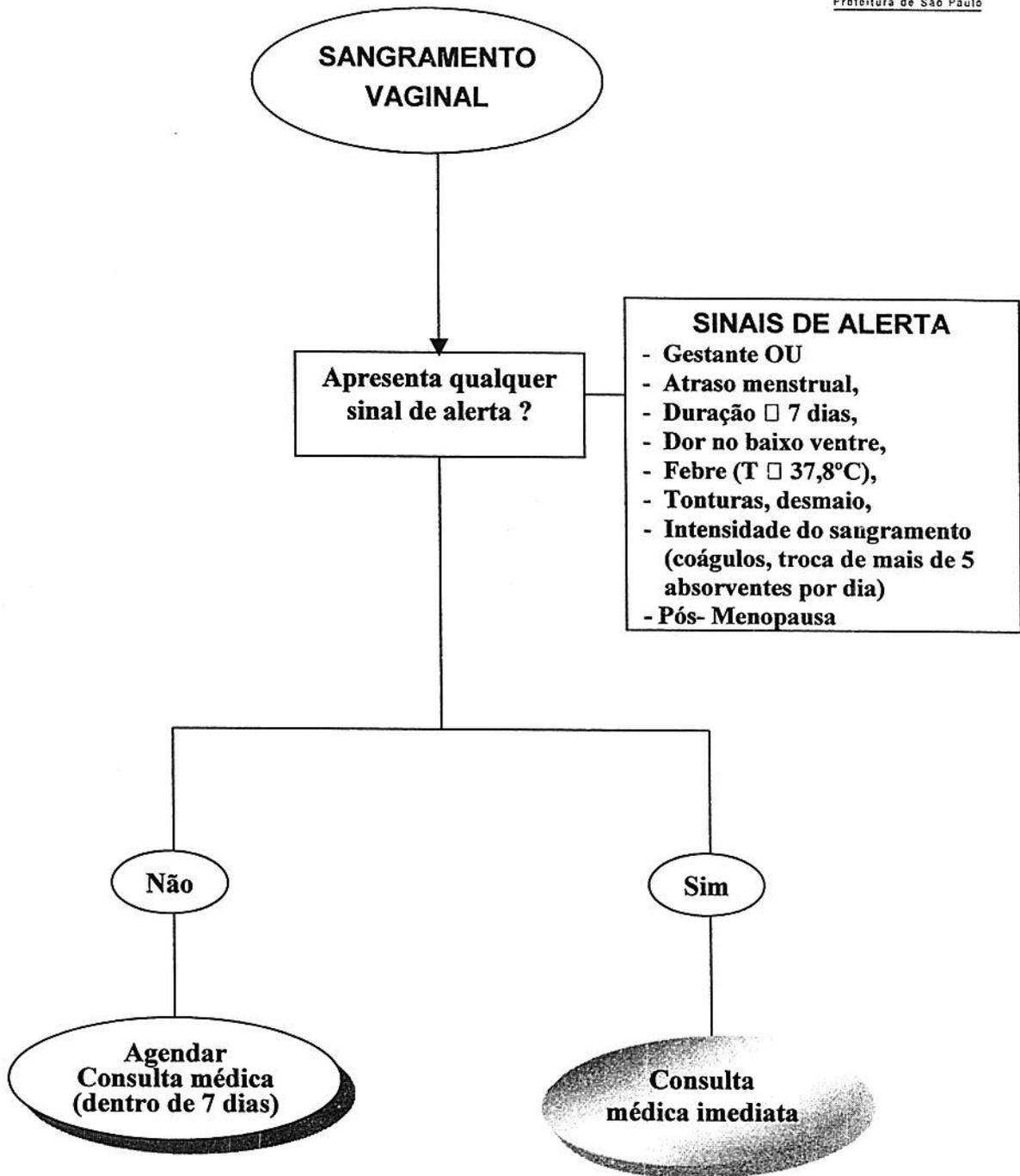
Luis Carlos Pazero – Cogest – AT Saúde da Mulher

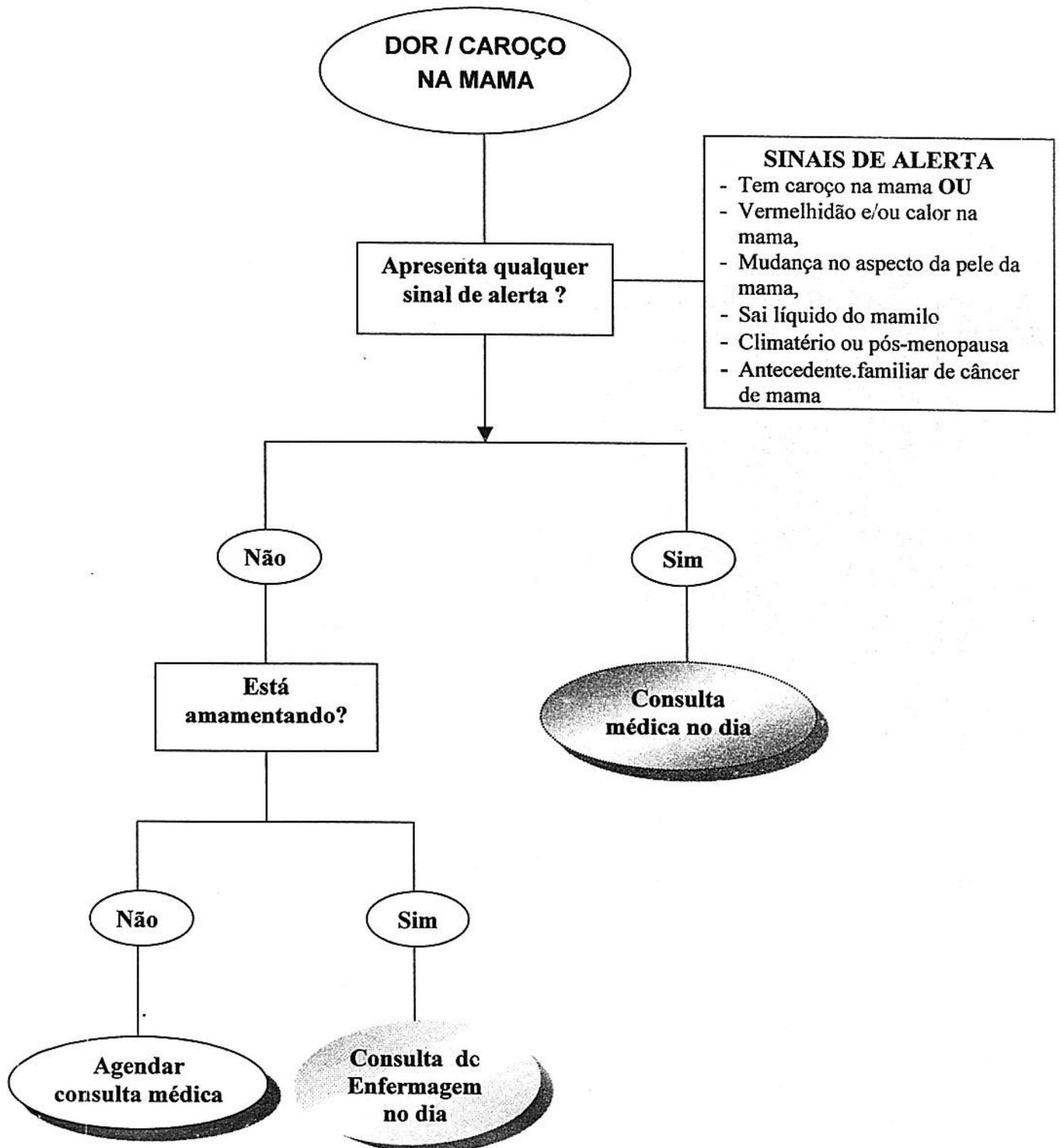
Patrícia Pereira de Salve - PSF / GT Capacitação

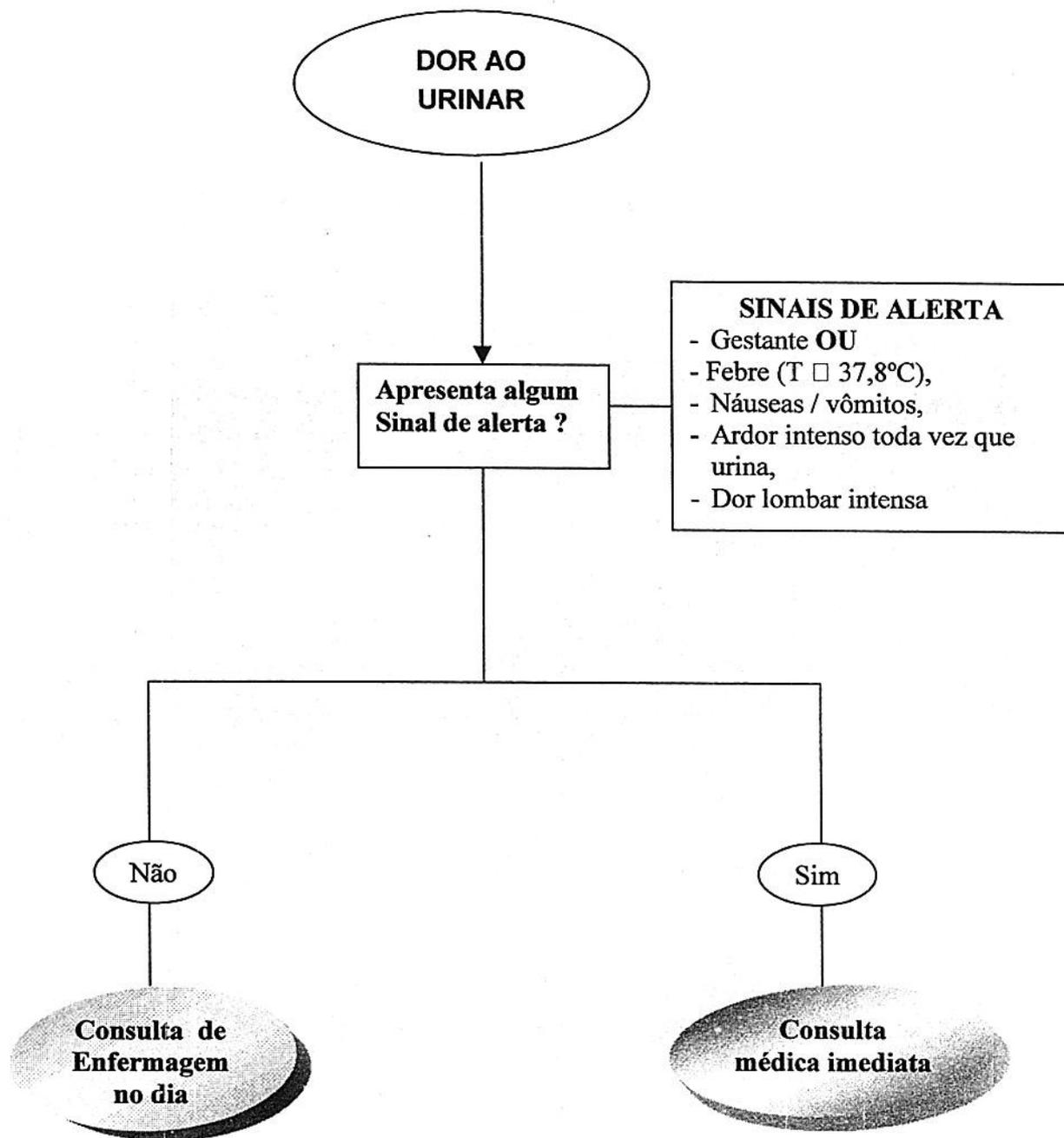
Colaboração:

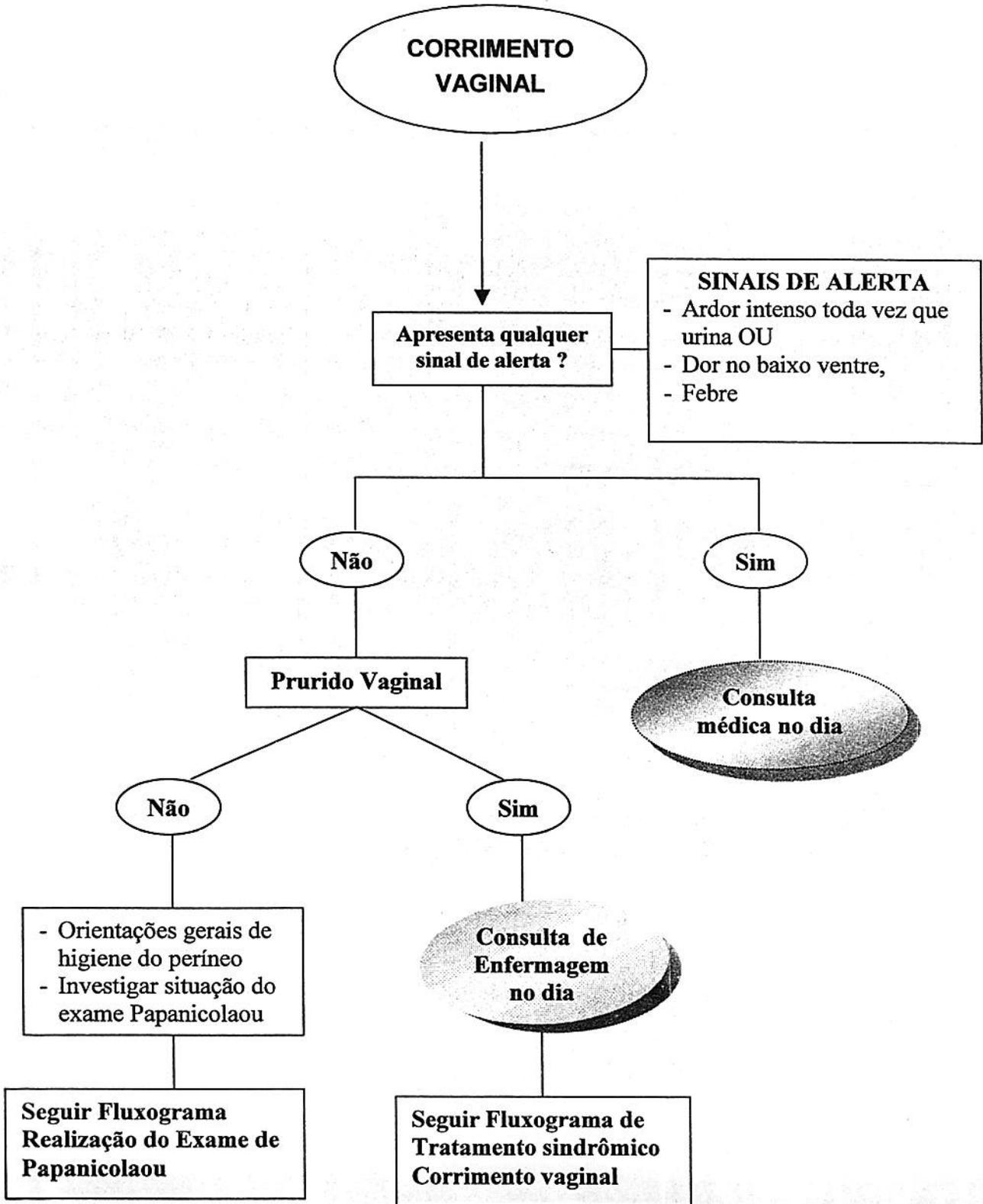
Naira Regina dos Reis Fazenda – PSF / GT Capacitação

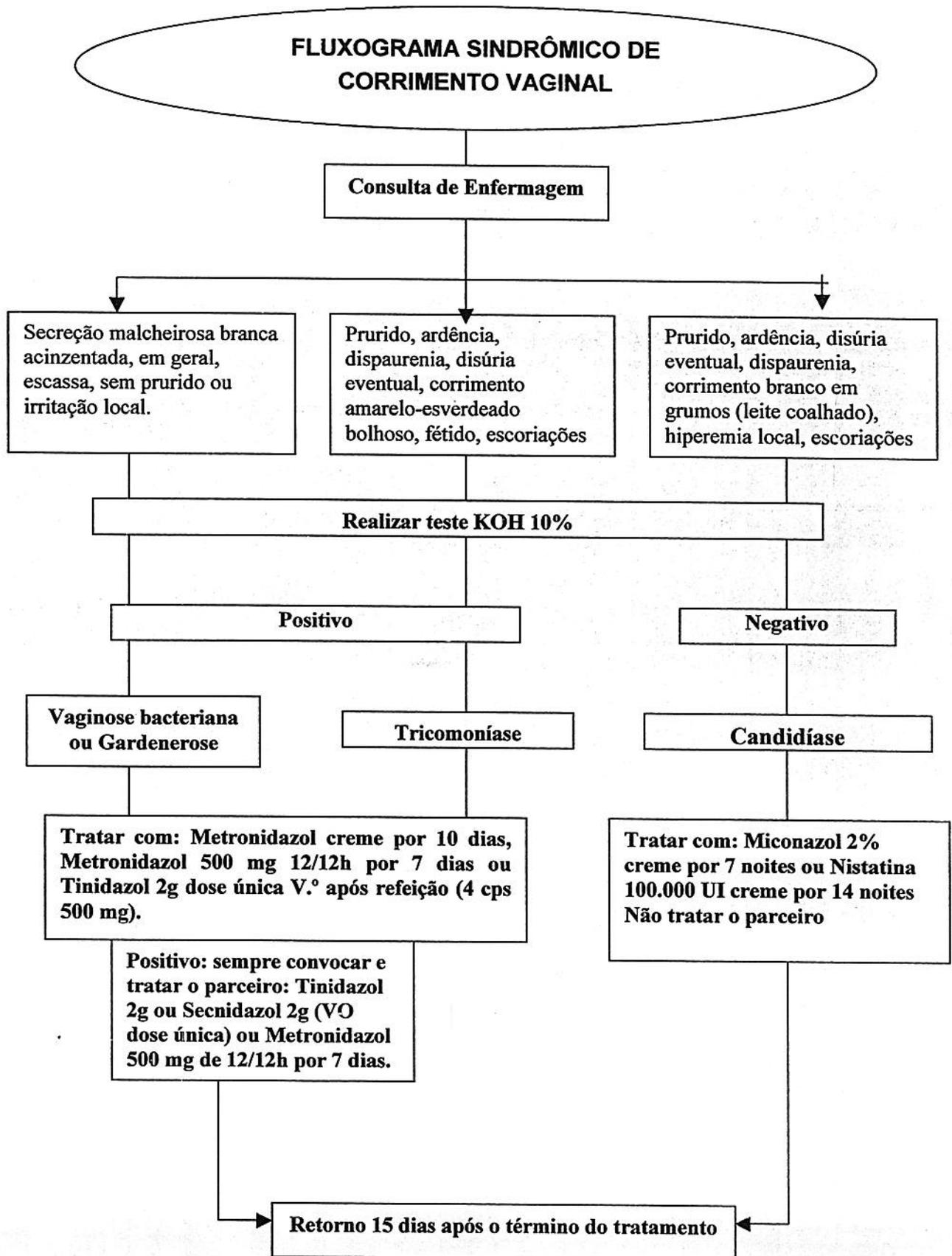
Patrícia Luna - PSF / GT Capacitação

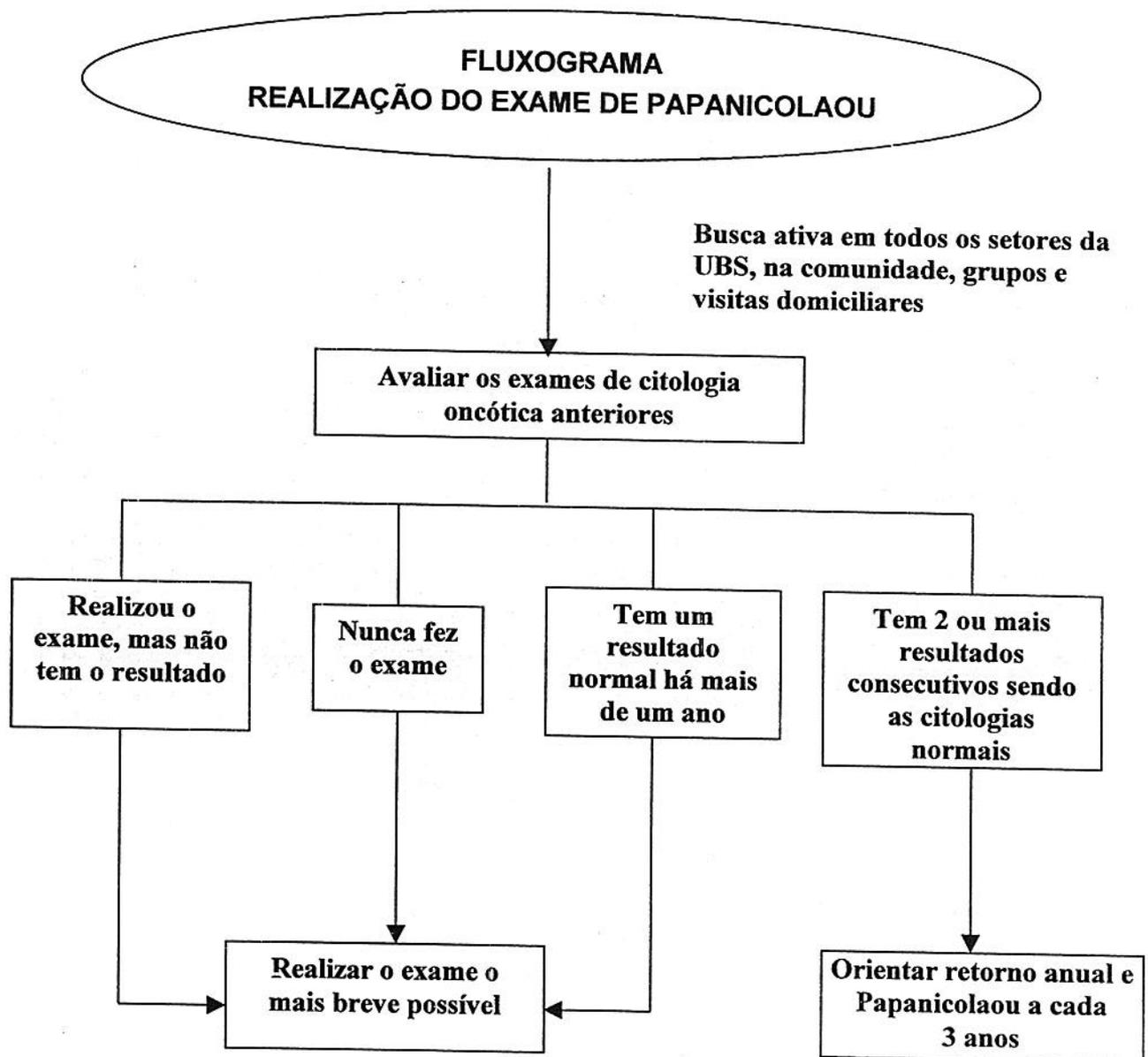


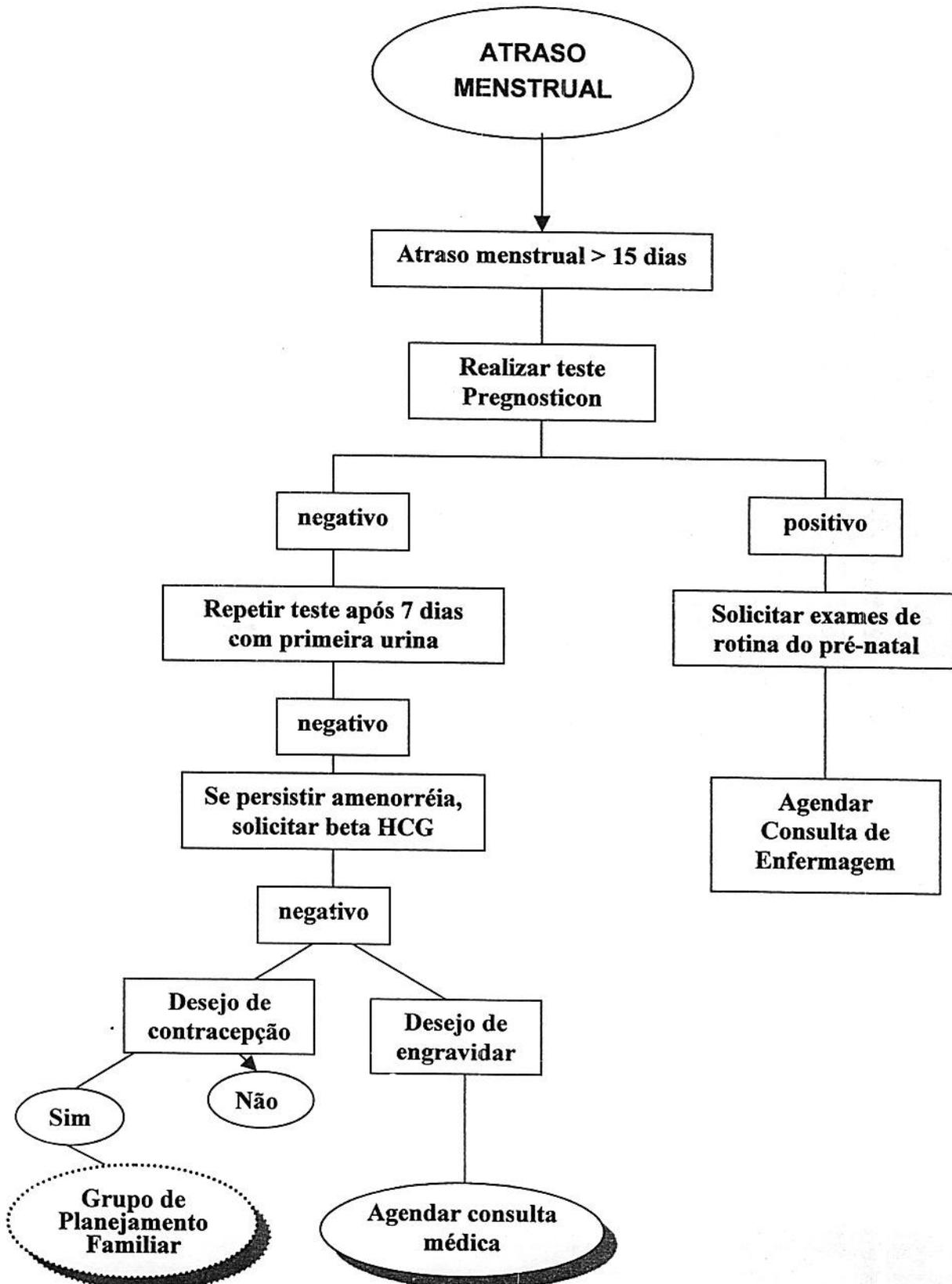


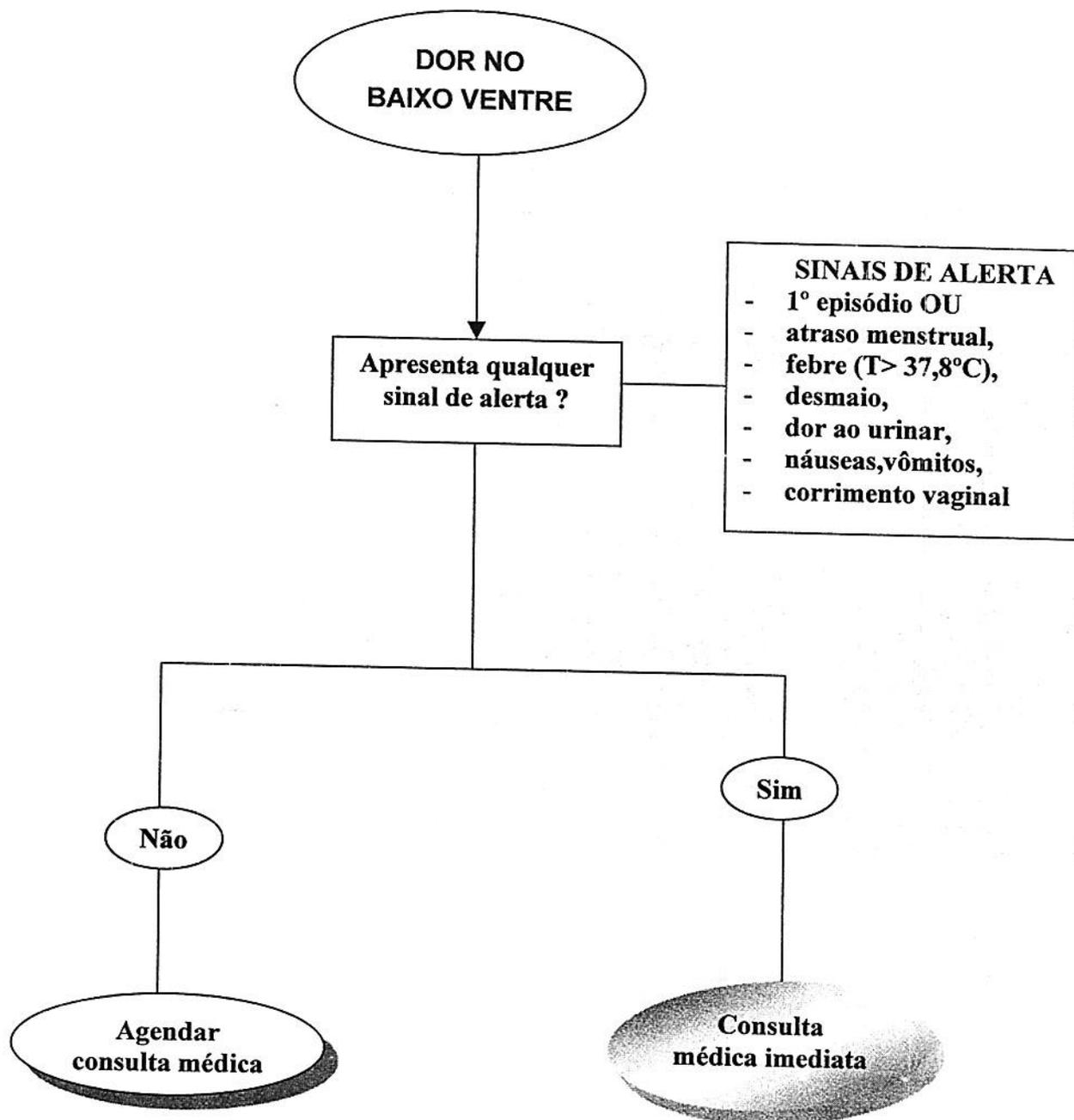














Rotinas de Fluxo Assistencial

SAÚDE DO ADULTO

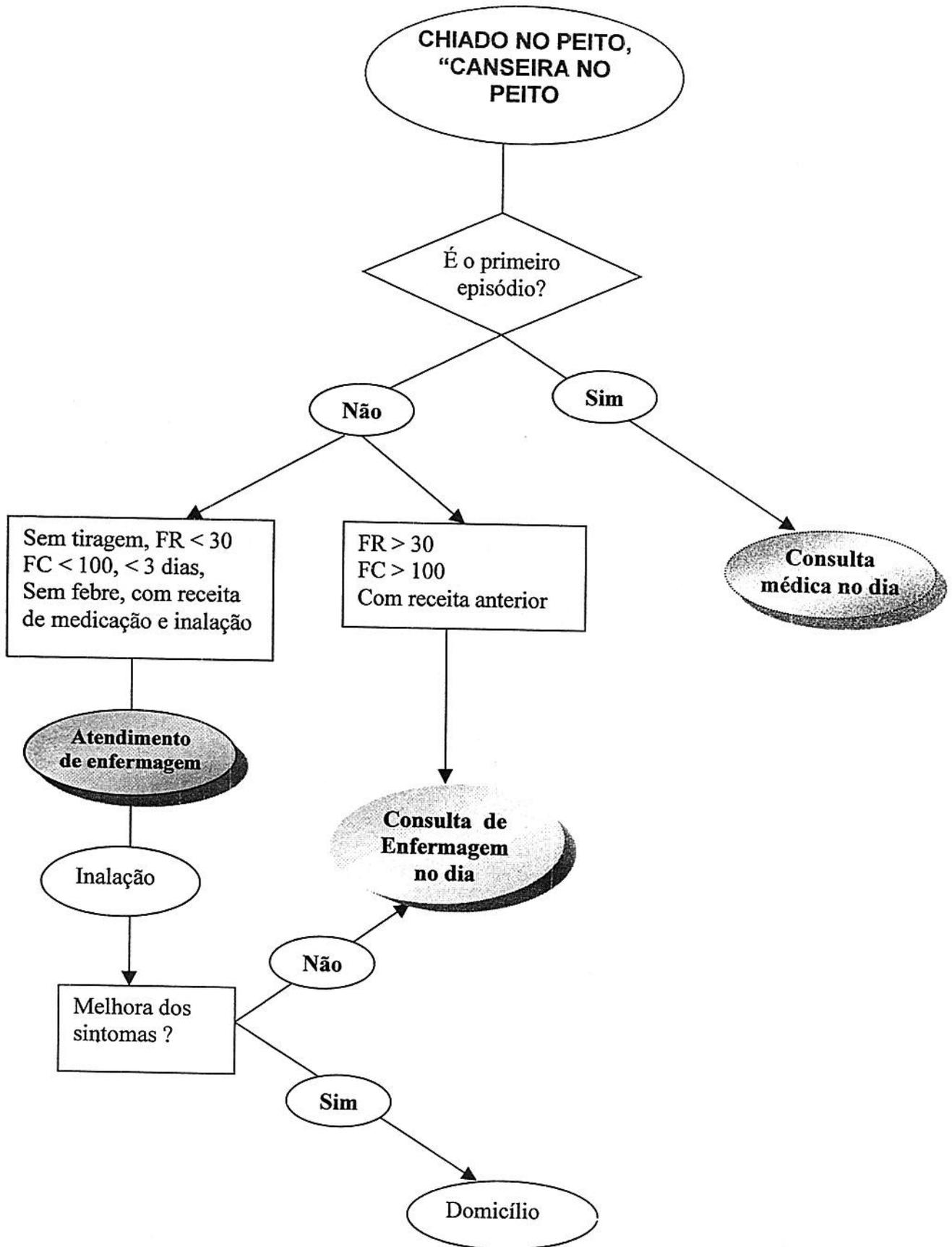
Elaboração :

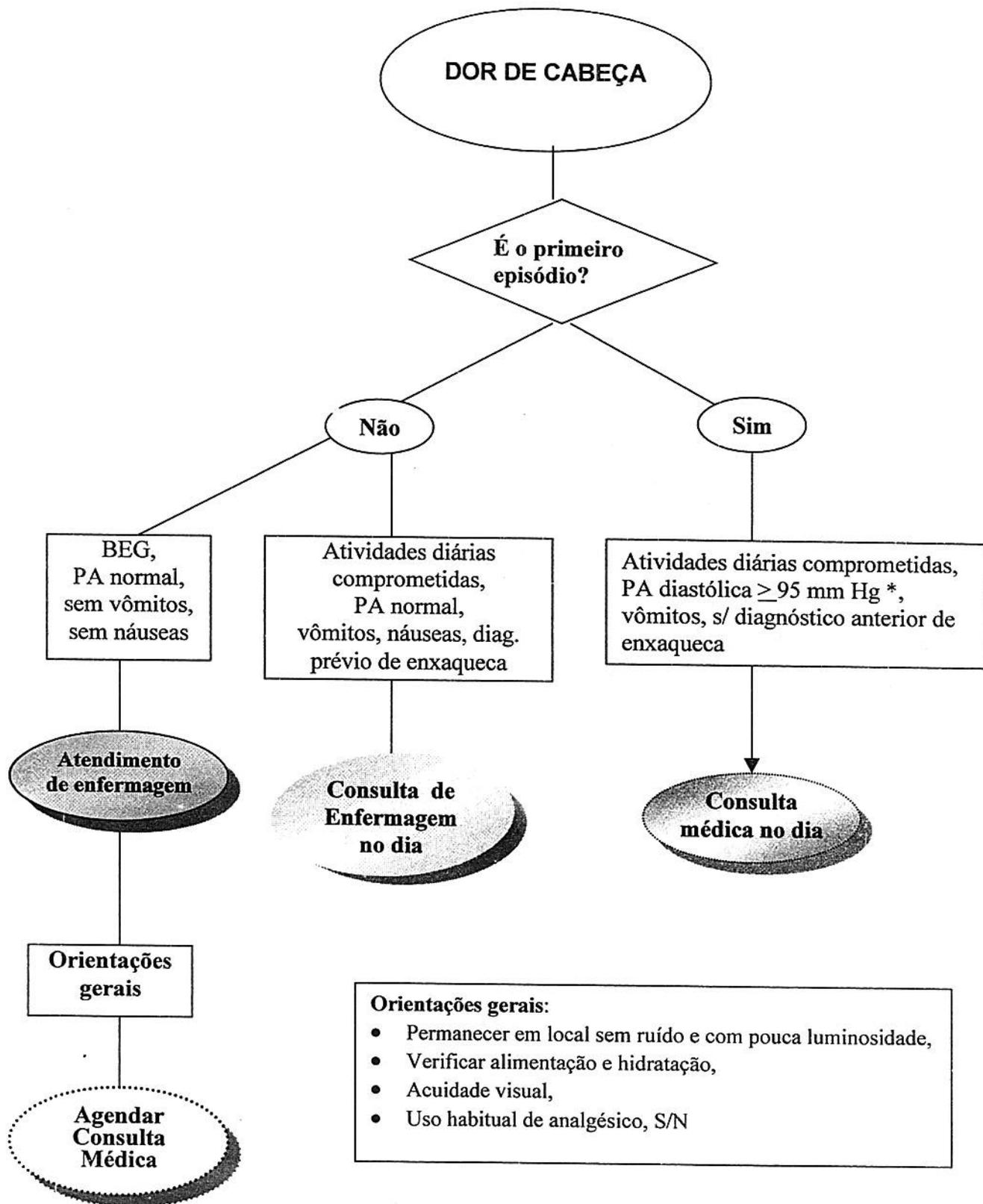
Ana Cecília Silveira Lins Sucupira – Cogest – Gerência de Projetos

Eunice E. Kishinami – Cogest – AT Saúde da Criança / Acolhimento

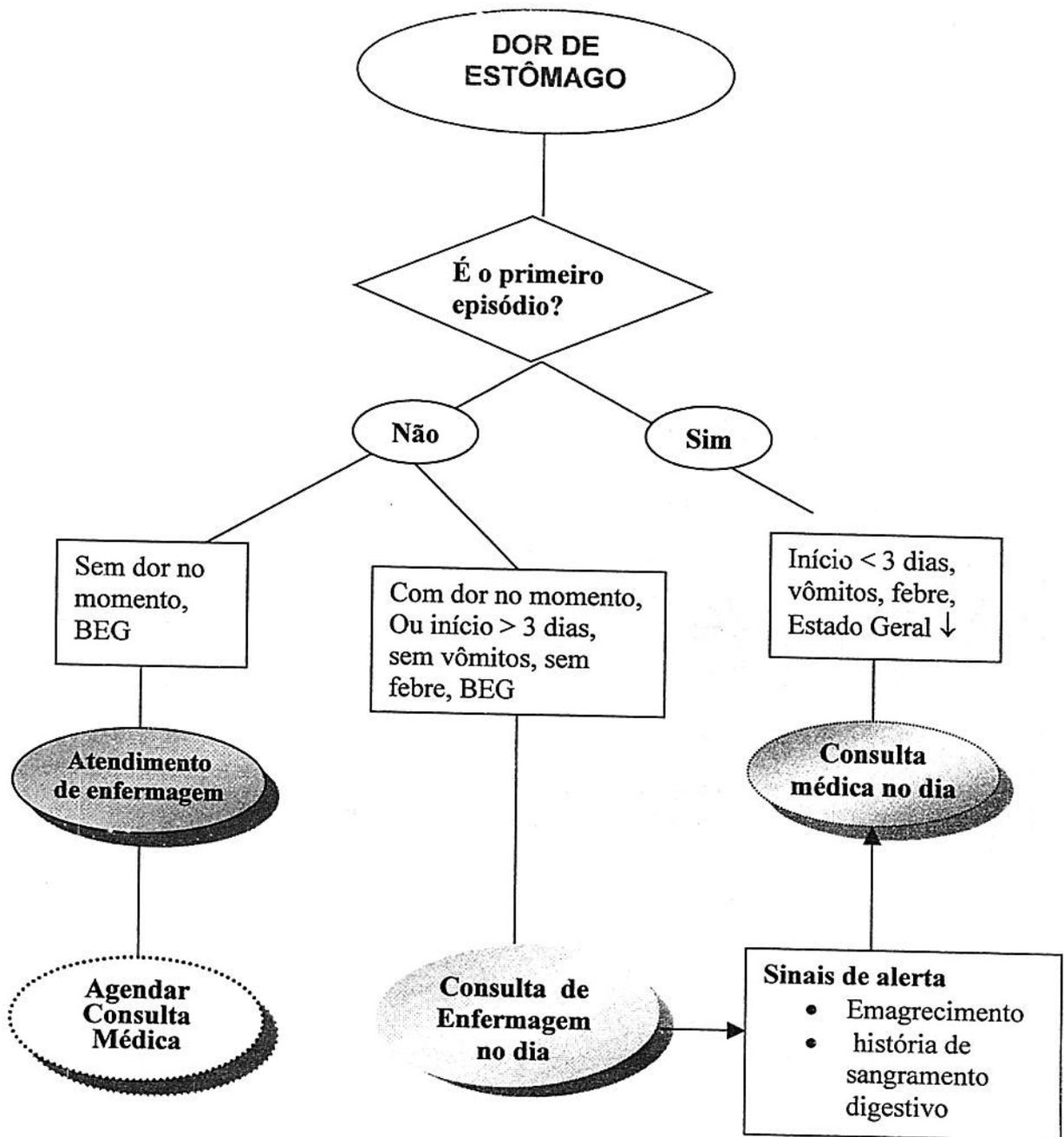
Colaboração:

Patrícia Pereira de Salve – PSF / GT Capacitação



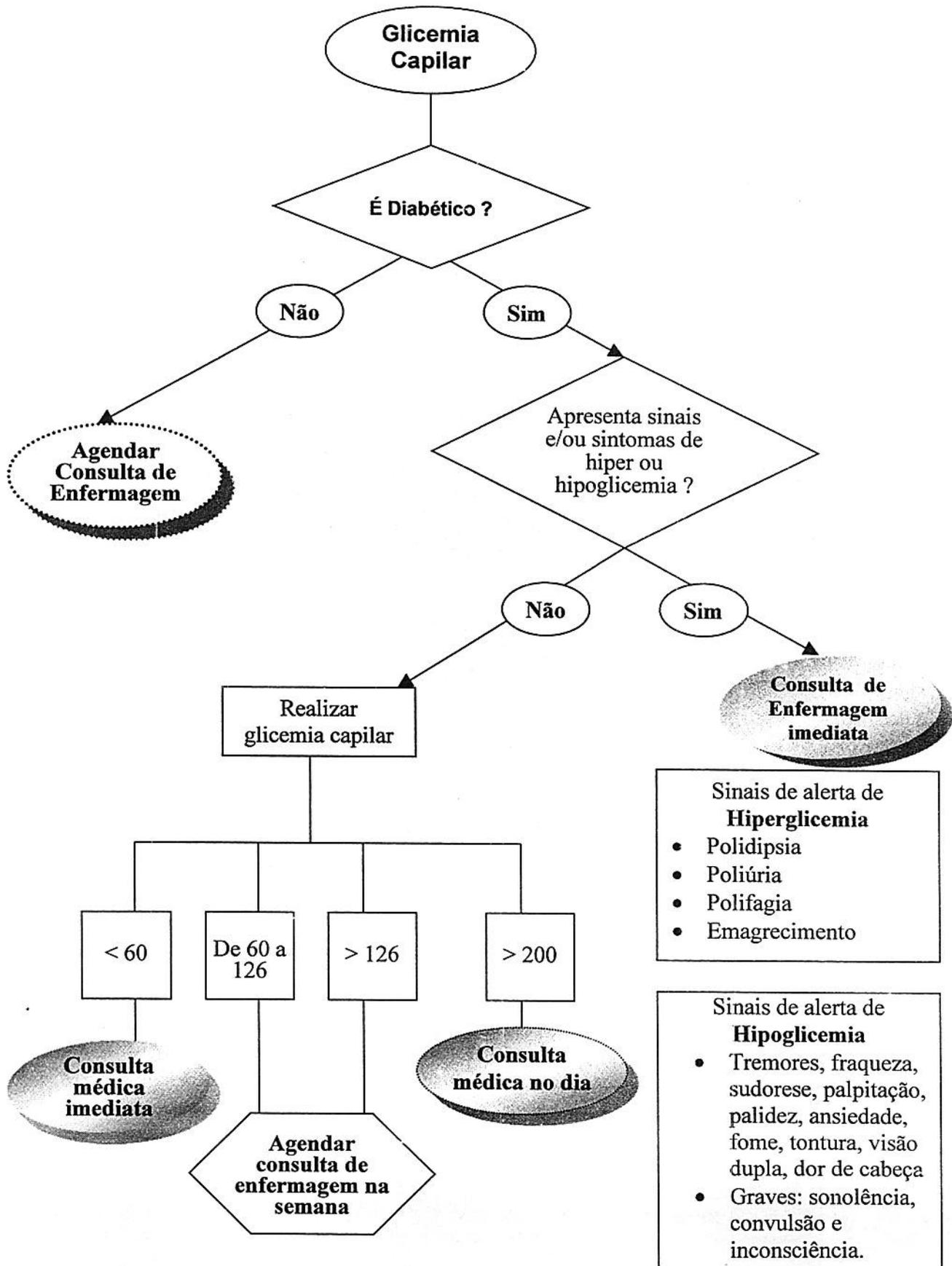


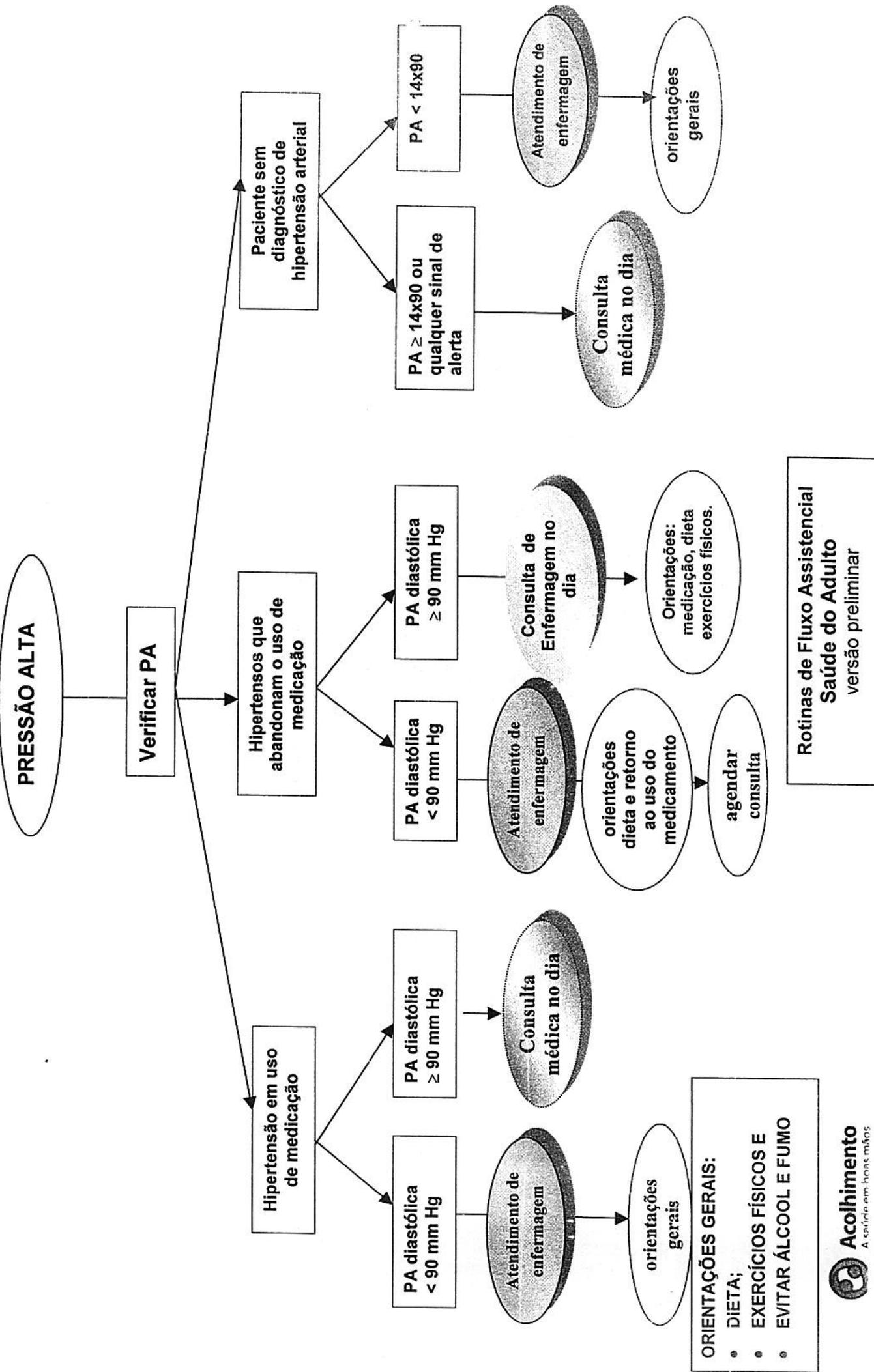
* VER FLUXO DE HIPERTENSÃO





DIABETES





ORIENTAÇÕES GERAIS:

- DIETA;
- EXERCÍCIOS FÍSICOS E
- EVITAR ÁLCOOL E FUMO

Rotinas de Fluxo Assistencial
Saúde do Adulto
versão preliminar

Rotinas de Fluxo Assistencial

SAÚDE BUCAL

Elaboração:

Edna Cezar Balbino – Cogest – AT Saúde Bucal

Fernando Lucas de Campos – Cogest – AT Saúde Bucal

Colaboração:

Adriane Stein – Coord. Saúde da Subprefeitura do Jardim Ângela

Ana Regina Fernandes B. Cozzolino – Coord. Saúde da Subprefeitura de M'Boi Mirim

Andréia dos Santos Ribeiro – Coord. Saúde da Subprefeitura da Penha

Dalila Ap. Nogueira – Coord. Saúde da Subprefeitura de Pinheiros

Deise Alves de Amorim – Coord. Saúde da Subprefeitura de V. Prudente / Sapopemba

Edna Alves Silva – Coord. Saúde da Subprefeitura de Vila Mariana

Eleodora F. Felice – Coord. Saúde da Subprefeitura do Socorro

Flavio Luis Osório – Coord. Saúde da Subprefeitura de Itaim Paulista

Julie Silvia Martins – PSF Santa Marcelina

Márcia Aoki Marazzi – COE Alfredo Reis Viegas – Coord. Saúde da Subprefeitura da Sé

Márcia C. Alejandro Arbex – Coord. Saúde da Subprefeitura Jabaquara

Maria Luisa de Gouveia Ramalho – Coord. Saúde da Subprefeitura do Ipiranga

Maria Stela Miadaira – Coord. Saúde da Subprefeitura de Ermelino Matarazzo

Maria Teresa Sauranyi de Andrade – Coord. Saúde da Subprefeitura de Perus

Maricene C.M. Ferreira – Coord. Saúde da Subprefeitura do Socorro

Mario Maccarone Filho – Coord. Saúde da Subprefeitura de Itaquera

Mario Nakanishi – Coord. Saúde da Subprefeitura de São Mateus

Regina Helena Pinheiro Sanches – Coord. Saúde da Subprefeitura da Lapa

Ricardo Juniti Akitiv – Coord. Saúde da Subprefeitura de São Miguel

Rosimara MB Andrade – Coord. Saúde da Subprefeitura de Santo Amaro

Rubens Nunes Junior – Coord. Saúde da Subprefeitura da Mooca

Sergio Luis S. Moraes – Coord. Saúde da Subprefeitura da Penha

Silvio Carlos Coelho de Abreu – PSF Santa Marcelina



QUEIXAS ODONTOLÓGICAS

IDENTIFICAR SE EXISTE URGÊNCIA

SIM

NÃO

- dor espontânea, pulsátil e intensa
- inchaço na face
- abscesso/ fístula
- hemorragia
- trauma/ queda/ fratura

- problemas com os dentes em geral
- dor provocada por quente, frio e doce
- dente de leite não cai
- dente permanente nascendo fora do lugar

- Preenchimento da ficha de anamnese de urgência
- Assinatura do paciente ou responsável

Verificação de PA para adultos

CONSULTA ODONTOLÓGICA NO DIA

Orientar que a queixa não se caracteriza como urgência e que pode ser agendado para grupo de triagem para a solução

AGENDAMENTO PARA GRUPO DE TRIAGEM DE RISCO



ORIENTAÇÕES GERAIS

**PRESEÇA DE ABSCESSO /
INCHAÇO NA FACE E/OU
FÍSTULA INTRA/ EXTRA ORAL
(PRESEÇA DE BOLSA NO
PÉ DO DENTE)**

Orientar bochechos com água morna
Não fazer compressa quente
Evitar aquecimento local
Evitar exposição ao sol
Encaminhar para o dentista realizar drenagem

**CORTE DE LÁBIO / LÍNGUA
/ MUCOSA ORAL**

Limpar o local com soro fisiológico 0,9 %
Aplicar compressa de gelo
Preencher ficha de anamnese / urgência
Para adultos, verificação da PA
Encaminhar para avaliação / sutura.

**DESLOCAMENTO DE
DENTES POR TRAUMA**
(deslocamento lateral, para dentro do alvéolo ou para fora do alvéolo)

1)Deslocamento lateral: Com uma gaze fazer realinhamento imediatamente para evitar a formação de coágulo.
2)Deslocamento para fora do alvéolo: Fazer realinhamento imediatamente.
3)Deslocamento para dentro do alvéolo: Não deve ser feito nenhum procedimento no sentido de posicionar o elemento.
Aplicar compressa de gelo se tiver edema

Encaminhar imediatamente para o Cirurgião Dentista realizar avaliação e/ou contenção.



**FRATURA DE DENTES
POR TRAUMA**

Colocar o fragmento do dente em soro fisiológico.
Se houve trauma de mucosa, fazer imediatamente compressa com gelo.
Encaminhar para o Cirurgião Dentista

**PERDA DO DENTE DECÍDUO
(DENTE DE LEITE)
POR TRAUMA
AVULSÃO**

NUNCA REIMPLANTAR DENTE DECÍDUO
Limpar a região afetada com soro fisiológico 0,9%.
Orientar a morder um rolete de gaze.
Aplicar compressa com gelo se tiver edema (inchaço)
Encaminhar para o Cirurgião Dentista.

**PERDA DO DENTE
PERMANENTE
POR TRAUMA
(AVULSÃO)**

Se o dente foi recuperado, lavar com soro fisiológico 0,9% sem fazer nenhuma fricção.
Reimplantar imediatamente no alvéolo observando face correta.
Na impossibilidade de reimplante, o dente deve ser mantido debaixo da língua do paciente / responsável em soro fisiológico a 0,9% ou no leite até o momento do reimplante.
Aplicar compressa com gelo se tiver edema (inchaço)
Encaminhar para o Cirurgião Dentista realizar contenção.
Se o dente não foi recuperado, oriente que a recuperação imediata é muito importante pois o elemento pode ser reimplantado. E também oriente como deve ser conservado até o momento do reimplante.



HEMORRAGIA

