

MÓDULO 8 • UNIDADE 1

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA: ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



MÓDULO 8 • UNIDADE 1

SAÚDE DO ADULTO E A SAÚDE DA FAMÍLIA:
ACOLHIMENTO DA DEMANDA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

COPYRIGHT © UFMA/UNA-SUS, 2014. TODOS OS DIRETOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Camila Carvalho Amorim
Cláudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

PROJETO GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde do adulto e a Saúde da Família: acolhimento da demanda e classificação de risco/Dayana Dourado de Oliveira Costa; Edeane Rodrigues Cunha; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís, 2014.

43f. : il.

1. Saúde do adulto. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Amorim, Camila Carvalho. II. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. III. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. IV. Título.

CDU 613.9-053.8

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é discutir a assistência à saúde do adulto no contexto da humanização.

O acolhimento da demanda vai muito além de classificação de risco ou organização de agendas de consultas. Neste texto vamos apresentar algumas estratégias aplicáveis à atenção básica que visam melhorar o acolhimento do adulto pelas equipes de Saúde da Família. Além disso, vamos discutir o rastreamento de situações de vulnerabilidade à saúde do adulto como hipertensão, diabetes, uso do álcool e obesidade.

Bons estudos!

SUMÁRIO

1	ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	7
2	PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA RELACIONADOS À DEMANDA ESPONTÂNEA	8
2.1	Organização da demanda	10
2.2	Conceitos relacionados à demanda espontânea	14
3	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	17
4	PROTOCOLO DE MANCHESTER NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ADEQUAÇÕES PARA O USO DA FERRAMENTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	19
5	O PAPEL DA PRIMEIRA ESCUTA DO USUÁRIO NO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	24
5.1	Rastreamento do adulto	25
5.1.1	Avaliação e rastreamento de risco cardiovascular.....	25
5.2	Rastreamento de dislipidemia	29
5.3	Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS)	31
5.4	Rastreamento de diabetes mellitus tipo II	31
5.5	Rastreamento de tabagismo	32
5.6	Rastreamento de abuso de álcool	33
5.7	Rastreamento de obesidade	35
	REFERÊNCIAS.....	38

UNIDADE 1

1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[...] a atenção básica, para ser resolutive, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas [...]. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade (BRASIL, 2011, p. 15).

Ao iniciarmos os estudos sobre demanda e orientação à prestação do cuidado, é importante indagarmos: de qual demanda, estamos tratando? O que a caracteriza?



LEMBRE-SE!

No âmbito da Saúde da Família, os atributos porta de entrada, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade conferem elementos peculiares que devem ser considerados no processo de organização da demanda. Para Merhy (1998), ao adotar práticas centradas nos usuários, os serviços de saúde devem incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como acolhimento e vínculo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) implica em responsabilidade por um território e população adstrita, o que exige o estabelecimento de vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde por meio de postura e práticas acolhedoras nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde.



O padrão de acolhimento dos usuários nos serviços de saúde é um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), pois não se trata de uma proposta isolada, já que compõe a Política Nacional de Humanização (PNH).

Acolhimento é uma diretriz da PNH que deve fazer parte de todos os encontros do usuário com os serviços de saúde. O médico e todos os demais profissionais das unidades básicas de saúde são responsáveis por fazê-lo acontecer. O acolhimento é também uma postura ética. O usuário deve ter ouvidas as suas queixas, deve ter reconhecido o seu protagonismo no processo de saúde-doença e na responsabilização pela resolução dos problemas de saúde.

Classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da “fila de espera” no serviço de saúde, que serve para priorizar o atendimento dos usuários que mais precisam, superando a lógica da ordem de chegada (BRASIL, 2008).

SAIBA MAIS!

Veja mais detalhes da PNH acessando:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf

2 PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA RELACIONADOS À DEMANDA ESPONTÂNEA

Atenção Básica em Saúde (AB) orienta-se pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar, enfoque comunitário.

- **Primeiro contato:** caracteriza-se pela garantia de acesso facilitado aos profissionais de saúde, obtendo atenção necessária de acordo com a demanda apresentada. A qualidade deste contato está diretamente relacionada ao acolhimento de diferentes tipos de demandas, ampla resolutividade e menor tempo de espera. É estratégico diversificar as portas de entrada com



objetivo de otimizar o uso dos recursos da unidade e evitar dificuldade ou espera prolongada para obtenção de resposta.

- **Longitudinalidade:** relaciona-se ao vínculo com o profissional e equipe de saúde, pois o conhecimento da história do usuário agiliza o atendimento, evita intervenções desnecessárias, minimiza a chance de erro e facilita o manejo clínico dos problemas de saúde. Sendo assim, a organização do atendimento à demanda espontânea deve priorizar desenhos em que o atendimento do usuário seja realizado preferencialmente por profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF) à qual está vinculado. É estratégico que a equipe esteja disponível nos diversos dias da semana e que a comunidade conheça seu horário para viabilizar o fortalecimento dessa relação.

- **Integralidade:** relaciona-se com o conhecimento dos problemas mais comuns na comunidade; com a oferta de ações abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ajustados a estes problemas; e com a coordenação do acesso a outros pontos de atenção à saúde da rede. É estratégico que a abordagem seja humanizada, centrada na pessoa e que compreenda as diversas dimensões do sujeito.

- **Coordenação do cuidado:** relaciona-se com o sincronismo, integração e harmonia das ações realizadas garantindo continuidade e integralidade do cuidado. Para isso é fundamental a definição das atribuições de cada profissional, o trabalho harmônico de toda a equipe e o conhecimento da função de cada ponto de atenção da rede e dos fluxos de assistência ao usuário com demanda espontânea. Ferramentas importantes neste processo são o prontuário, o projeto terapêutico singular e os protocolos assistenciais.

Além desses princípios, considera-se importante promover a educação permanente dos profissionais e a compreensão da necessidade de flexibilidade para acolher as transformações cotidianas para uma AB cada vez mais resolutiva.



2.1 Organização da demanda

A organização da demanda pode favorecer o fortalecimento da relação usuário-equipe-serviço, contribuir para a promoção da cultura de solidariedade, para a legitimação do sistema público de saúde e a defesa do SUS como política pública essencial para população brasileira (BRASIL, 2006a).

Para que haja organização da demanda em consonância com a proposta de acolhimento, é necessário que a equipe de Saúde da Família crie mecanismos que possibilitem (BRASIL, 2006a):

- Atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, resolvendo seus problemas de saúde;
- Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Geralmente, a noção de acolhimento na saúde tem sido tomada ora como uma dimensão espacial, relacionada à recepção administrativa e ambiente confortável, ora como ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. As duas noções têm sua importância, entretanto quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde, não se restringindo ao problema da recepção da “demanda espontânea” (BRASIL, 2006).

Pelo exposto, podemos compreender que a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave.



Mas por que acolher a demanda espontânea na atenção básica?



Para o Ministério da Saúde a atenção básica pode solucionar 80% das necessidades de saúde das pessoas sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006). Portanto, apesar de ser importante programar o atendimento das pessoas nas agendas dos profissionais, evitando que a atenção básica se reduza a um pronto-atendimento, também é fundamental que as unidades estejam abertas e prontas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades.

Exemplos de situações não programadas que podem ser acolhidas na atenção básica: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital; entre outros.

O usuário também define o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde.

Os momentos de queixa do usuário devem ser aproveitados para criar vínculo (BRASIL, 2011).

Se a equipe não estiver pronta para atender a demanda espontânea, corre o risco de perder legitimidade perante a população adstrita, pois acolhe para ações programadas e não acolhe nas agudizações.

Organizar as agendas dos profissionais de saúde é um recurso determinante para a retaguarda ao acolhimento e continuidade do cuidado (programático ou não). Dessa forma, é necessária a gestão das agendas a fim de contemplar as diversas situações. Exemplo: agenda programada para grupos específicos previstos nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade; agenda de atendimentos agudos, identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, estejam ou não inseridos em



acompanhamento programado; agenda retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas (BRASIL, 2011).

A recomendação é que a tomada de decisão seja pautada em conversas, experimentação e análise pelos trabalhadores das equipes, aproveitando as ferramentas e experiências já existentes com vistas à ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico) (BRASIL, 2011, p. 22).

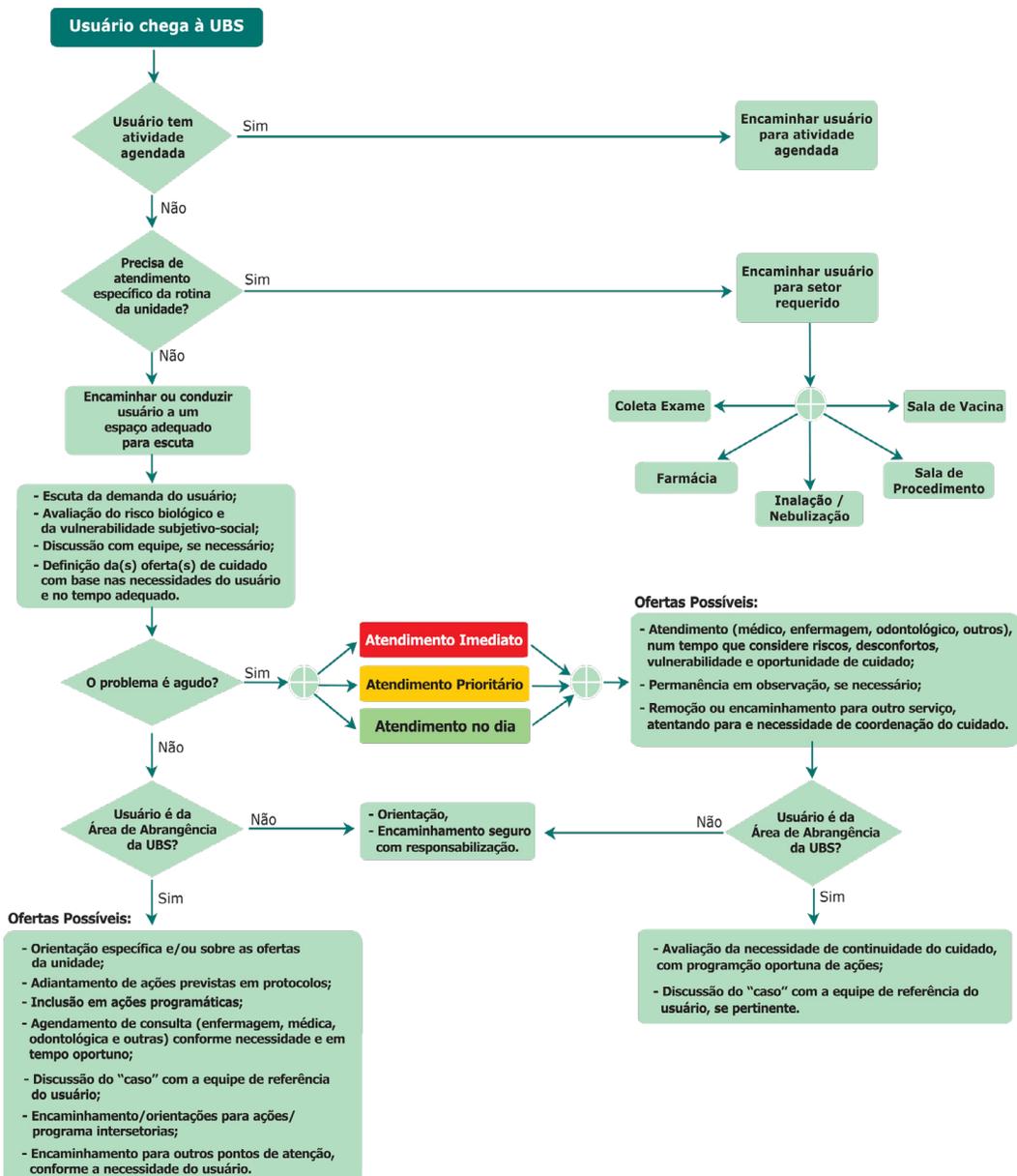
É importante que as equipes discutam e definam como os diferentes profissionais participarão do acolhimento, quem vai receber o usuário que chega, como avaliar o risco e vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato, quando agendar consulta médica, como organizar a agenda dos profissionais e o que pode ser feito além da consulta.

O acolhimento questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços, possibilitando a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência. Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, é necessário considerar as percepções do usuário (e de sua rede social) acerca do seu processo de adoecimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Como potente dispositivo para fomentar e propiciar vínculo no âmbito da ESF, questionar o processo de trabalho, desencadear intervenções de cuidado e modificar as práticas clínicas, o acolhimento pressupõe a qualificação de trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, decidir, negociar e orientar (FAGUNDES, 2004).

O fluxograma a seguir representa um padrão de fluxo das unidades que se aplica a um grande número de situações, mas que não é absoluto, sob o risco de apresentar problemas por falta de ajustes à realidade e características singulares (BRASIL, 2011):





Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.

(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf.



2.2 Conceitos relacionados à demanda espontânea

Vamos apresentar alguns que serão muito úteis na organização do atendimento da demanda espontânea:

Necessidade	Pode ser definida como exigência proveniente de um sentimento de privação; estado que resulta da privação do necessário (MINAS GERAIS, 2010).
Demanda	Remete à ação de demandar; procura, pedido ou exigência, mais ou menos expresso pelo usuário; situado entre o desejo e a necessidade (MINAS GERAIS, 2009).
Demanda espontânea	Busca do usuário à unidade de saúde, independentemente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não esperada pelo serviço. Pode ser dividida em duas categorias: <ul style="list-style-type: none">• Demanda espontânea sem queixa clínica: demanda não baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas.• Demanda espontânea com queixa clínica: demanda baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas (MAFRA et al., 2014).
Acolhimento	Postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo. Deve ser visto como uma garantia de acesso dos usuários com demanda espontânea nas unidades, como forma de acolher o sofrimento e a doença, bem como a busca por outras ações de saúde oferecidas. Essa postura busca ultrapassar a lógica programática que excluía a entrada de usuários que não se enquadravam nos programas e nas prioridades estabelecidas (MINAS GERAIS, 2009).



Classificação de risco	Processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade do problema apresentado, utilizando critérios clínicos e outras condições de vulnerabilidade.
Protocolo de classificação de risco	É a ferramenta ou método que define critérios para a priorização do atendimento conforme o risco de piora clínica.
Emergência	Situação clínica de falência declarada ou iminente de uma função vital. O risco iminente de morte está relacionado à ausência ou instabilidade de sinais vitais (A B C - airway, breathing, circulation). É necessária intervenção imediata. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade vermelha. Exemplos: insuficiência respiratória, choque, hipoglicemia (< 55 mg/dL), convulsão.
Muito urgente	Situação clínica susceptível a desencadear uma falência de uma função vital em curto prazo. É necessária intervenção em no máximo em 10 minutos. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade laranja. Exemplos: alteração súbita da consciência, déficit neurológico agudo, dor precordial, pulso anormal, dor intensa.
Urgente	Situação clínica que se persistir poderá causar falência de órgãos ou sinais e sintomas de alerta, porém sem risco iminente de morte. É necessária intervenção em até 1 hora. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade amarela. Exemplos: vômitos persistentes, dor pleurítica, cólicas persistentes, história de TCE, história de convulsão.



Pouco urgente	Situação clínica de baixo risco, ou seja, sem sinais ou sintomas de alerta, sem risco iminente de morte. É indicado que tenha intervenção de profissional de saúde de nível superior no mesmo dia. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade verde. Exemplos: vômitos, febre (entre 37,5-38,4° C), inflamação local, disúria, tosse produtiva.
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. No Protocolo de Manchester é considerada prioridade azul.
Horário de atendimento da demanda espontânea	Momento reservado na agenda dos profissionais da equipe para escuta e avaliação da necessidade do usuário que busca a unidade de forma não esperada pelo serviço.
Agenda aberta	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).
Agenda intermediária	Espaços na agenda para marcação de consultas a usuários com situações que necessitam de avaliação em curto prazo. Exemplos: exame crítico alterado (VDRL, HIV, BAAR, creatinina ou outros), reavaliação de caso agudo, acompanhamento que necessita de retorno em curto prazo (ajuste de insulina e de warfarin) etc. (MAFRA et al., 2014).

Os atendimentos programáveis não precisam necessariamente ser agendados, poderão ser atendidos nos espaços da agenda aberta e da agenda intermediária de acordo com as necessidades da equipe e/ou do centro de saúde (MAFRA et al., 2014).



3 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A avaliação de risco se apresenta como ferramenta importante para viabilizar o acesso equitativo aos serviços de saúde, nos quais diariamente se apresentam, ao mesmo tempo, várias pessoas com demandas distintas.

[...] acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas (BRASIL, 2011, p. 32).

Considerando a Política Nacional de Humanização, a classificação de risco é uma ferramenta que auxilia a:

Política Nacional de Humanização	Organizar a fila de espera e propõe outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada;
	Informar ao usuário sobre o seu risco clínico, assim como aos seus familiares;
	Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
	Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
	Aumentar a satisfação dos usuários;
	Possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Para que tenha efetividade, a avaliação de risco deve envolver o trabalho de toda a equipe. Desde a recepção da unidade, um porteiro, um atendente ou recepcionista podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram maior sofrimento. Esse tipo de trabalho dos



profissionais que circulam nas salas de espera e recepção deve ser apoiado. É preciso garantir espaços mais reservados para a escuta e identificação de riscos (BRASIL, 2011).

Em um pronto-socorro, a avaliação de risco assume uma questão importante que é a definição de tempo rígido para o atendimento médico (após acolhimento inicial). No caso da atenção básica, não é necessário adotar limites tão rígidos de tempo, exceto quando a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com outros membros da equipe), de modo a evitar manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado.



Os aspectos não biológicos precisam ser transversais à avaliação de risco, devendo-se estar atento ao sofrimento físico e psíquico. Determinadas condições aumentam a vulnerabilidade das pessoas e o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. Exemplos (BRASIL, 2006 ; BRASIL, 2011):

- Criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses;
- Homem de 50 anos que vai a um serviço de saúde pela primeira vez depois de muitos anos;
- Adolescente gestante que não está realizando o pré-natal.

É possível visualizar o movimento das soluções para o problema de acesso das questões estritamente quantitativas, como número de atendimentos, para bases que buscam qualificá-lo no ato da chegada do usuário ao serviço (MEHRY, 1998; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). O acolhimento dos usuários se traduz em uma oportunidade que não pode ser perdida e que se relaciona ao estabelecimento de vínculo, longitudinalidade, coordenação do cuidado e utilização da ESF como porta de entrada principal do SUS.



Protocolos de estratificação de risco têm sido cada vez mais utilizados nos serviços de urgência e emergência e têm tido importante impacto na qualidade do acesso a esses serviços. A Atenção Básica pode usar esses protocolos como referência, sem perder de vista a necessidade de ressignificação e ajustes, combinando olhares sobre risco e vulnerabilidade.

4 PROTOCOLO DE MANCHESTER NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ADEQUAÇÕES PARA O USO DA FERRAMENTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Protocolos que classificam riscos são utilizados como ferramentas de manejo clínico de risco, que buscam orientar o profissional na coleta de informações e dados do usuário e padroniza os critérios para estabelecer a prioridade clínica. Apesar de ser uma importante ferramenta de avaliação, o profissional de saúde deverá reconhecer outras necessidades ou sinais de alerta para além do protocolo a fim de direcionar sua tomada de decisão. Essa avaliação “requer tanto o raciocínio quanto a intuição, e ambos devem estar baseados em conhecimentos e aptidões profissionais. É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após essa decisão” (MACKWEY-JONES; MARDSEN; WINDLE, 2010).

Existem vários modelos de classificação de risco, e o Protocolo de Manchester é recomendado por apresentar várias vantagens, como:

- Rapidez e objetividade;
- Reprodutibilidade;
- Trabalho com sinais e sintomas, e não com diagnóstico;
- Linguagem padronizada nos vários pontos de atenção à saúde e entre os profissionais da unidade;
- Ser passível de auditoria;
- Alta precisão e tender a superestimar o risco clínico.



Entretanto, como o protocolo foi originalmente elaborado para os serviços de urgência, percebeu-se a necessidade de adequações para o seu uso na APS. É consenso que o método de classificação proposto pelo protocolo não deve ser modificado, a fim de manter a segurança e padronização de linguagem nos diversos pontos da rede. Porém, a classificação deve ser entendida como uma das ferramentas de avaliação dos casos com queixa clínica. Além do risco clínico, outros aspectos precisam ser observados, tais como vulnerabilidade individual, familiar e social, conforme descrito anteriormente.

Acompanhe abaixo o Protocolo de Manchester na classificação de risco:

- Usuário classificado como VERMELHO (emergência)

O que? Quem? Onde?
Garantir o primeiro atendimento médico no centro de saúde. Esses casos devem preferencialmente ser atendidos na sala de observação para permitir rápidas intervenções. A definição de encaminhamento a outro ponto de atenção será realizada diante da necessidade clínica.
Em quanto tempo?
Atendimento imediato.
Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?
Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.
Quando não houver médico na unidade?
O enfermeiro deve realizar medidas de suporte básico de vida e realizar contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

Fonte: MAFRA, Adriana de Azevedo et al. Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/gJegCt>.



- Usuário classificado como LARANJA (muito urgente)

O que? Quem? Onde?

Garantir o primeiro atendimento médico ou atendimento odontológico no centro de saúde. Esses casos devem preferencialmente ser atendidos na sala de observação ou consultório odontológico para permitir rápidas intervenções. A definição de encaminhamento a outro ponto de atenção será realizada diante da necessidade clínica.

Em quanto tempo?

Atendimento em até 10 minutos.

Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?

Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.

Quando não houver médico na unidade?

O enfermeiro deve realizar contato com o Samu para receber demais orientações e definição do tipo de transporte para o caso.

- Usuário classificado como AMARELO (urgente)

O que? Quem? Onde?

Garantir o atendimento médico ou odontológico no centro de saúde. Se necessário, o usuário será encaminhado a outro ponto de atenção para continuidade do cuidado.

Em quanto tempo?

O tempo de espera adequado para esse atendimento é de até uma hora. Esses casos necessitam de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a avaliação do profissional médico ou dentista.

Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?



Será garantida primeira avaliação médica e encaminhamento conforme necessidade.

Quando não houver médico na unidade?

O enfermeiro deve referenciar o usuário aos diferentes pontos de atenção à urgência conforme orientações da rede municipal, definindo o tipo de transporte de acordo com o estado geral e sinais vitais do usuário.

- Usuário classificado como VERDE (pouco urgente)

O que? Quem? Onde?

Garantir o atendimento por profissional de saúde de nível superior preferencialmente no centro de saúde. O enfermeiro que estiver realizando a classificação definirá o profissional que atuará no primeiro atendimento, considerando as possibilidades de atendimento por profissional não médico. Se possível, o usuário classificado como verde deverá ser atendido por sua equipe.

Em quanto tempo?

Atendimento no mesmo dia. Como medida de humanização e redução de conflito deve-se orientar o usuário o horário previsto para o seu atendimento. Usuário com bom estado geral que for agendado para outro turno poderá ser orientado a retornar no horário do seu atendimento ou a qualquer momento para reclassificação caso apresente sinais de piora.

Quando excede a capacidade de atendimento médico na unidade?

O enfermeiro deve referenciar o usuário aos diferentes pontos de acesso à saúde na própria região, definindo o tipo de transporte de acordo com a vulnerabilidade clínica e/ou sinais vitais do usuário. Como regra geral, esses usuários serão orientados a buscar o outro ponto de atenção por meios próprios de transporte.

Quando não houver médico na unidade?

O enfermeiro deve referenciar o usuário aos diferentes pontos de acesso à saúde na própria região, definindo o tipo de transporte de acordo com a vulnerabilidade clínica e/ou sinais vitais do usuário. Como regra geral, esses usuários serão orientados a buscar o outro ponto de atenção por meios próprios de transporte.



- Usuário classificado como AZUL (não urgente)

O que? Quem? Onde?

Garantir o atendimento por profissional de saúde preferencialmente no seu centro de saúde de referência e pela ESF de sua área de abrangência. Avaliar situações de vulnerabilidade e garantir atendimento oportuno.

Em situações especiais em que o usuário tenha dificuldades de realizar ações de saúde na sua própria unidade de referência, poderá ser pactuado o acompanhamento desse usuário em outra unidade.

Nos casos em que o usuário não puder ser atendido na unidade onde buscou assistência este deverá ser encaminhado de forma responsável para sua unidade de origem.

Em quanto tempo?

Havendo disponibilidade, a avaliação desta demanda não urgente deverá ocorrer no mesmo dia. O atendimento deverá considerar a necessidade de atendimento oportuno, o público prioritário e outras situações especiais.

O usuário deverá ser orientado a retornar à unidade caso apresente sinais de piora do seu problema de saúde.

- Usuários classificados como BRANCO

O que?

São as demandas não clínicas que podem ter sido encaminhadas para a classificação por engano. Essas demandas deverão receber avaliação pelo auxiliar/técnico da ESF/ESB ou encaminhamento ao setor específico do centro de saúde.



IMPORTANTE!

Indivíduo algum deverá ser reduzido a uma cor, número de prontuários, de setores ou de leitos. O Protocolo de Manchester deve ser reconhecido como uma ferramenta de gestão/organização da assistência.

SAIBA MAIS!

Conheça propostas de modelagens de acolhimento utilizadas em vários lugares e saiba mais sobre as possibilidades de gestão das agendas de atendimento em <http://goo.gl/yKdObu>.

5 O PAPEL DA PRIMEIRA ESCUTA DO USUÁRIO NO PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O profissional responsável pela primeira escuta no processo que resultará na classificação de risco deve compreender que o principal objetivo dessa etapa é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade.

No primeiro contato e na primeira avaliação, é importante informar aos usuários como é o processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

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

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação,



ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).

- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação (BRASIL, 2013).

Todos os profissionais da AB deverão estar envolvidos na primeira escuta, e não somente em seu campo de atuação. A equipe de saúde bucal, por exemplo, deverá atuar ainda nos processos de escuta específica. As equipes dos Nasf deverão ofertar o apoio matricial às equipes vinculadas para auxiliar nos processos de manejo e referenciamento dos usuários.

5.1 Rastreamento do adulto

5.1.1 Avaliação e rastreamento de risco cardiovascular

O Ministério da Saúde recomenda a avaliação e rastreamento de risco cardiovascular por meio do escore de Framingham. Ele leva em consideração variáveis, tais como a obesidade, história familiar de doença arterial coronariana (DAC) prematura, além de fatores sociais e étnicos (BRASIL, 2010c).

Quadro 1 - Framingham: projeção do risco de doença arterial coronariana em 10 anos.

HOMENS		MULHERES	
idade	pontos	idade	pontos
20-34	-9	20-34	-7
35-39	-4	35-39	-3
40-44	0	40-44	0
45-49	3	45-49	3
50-54	6	50-54	6
55-59	8	55-59	8
60-64	10	60-64	10
65-69	11	65-69	12
70-74	12	70-74	14
75-79	13	75-79	16



2	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	< 160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0
	160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
	200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
	240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
	≥ 280	11	8	5	3	1	≥ 280	13	10	7	4	2
3		Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79		Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	Não Fumantes	0	0	0	0	0	Não Fumantes	0	0	0	0	0
	Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	1
4	HDL (mg/dl)	pontos						HDL (mg/dl)	pontos			
	≥ 60	-1						≥ 60	-1			
	50-59	0						50-59	0			
	40-49	1						40-49	1			
	< 40	2						< 40	2			
5	PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada				PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada			
	< 120	0	0				< 120	0	0			
	120-129	0	1				120-129	1	3			
	130-139	1	2				130-139	2	4			
	140-159	1	2				140-159	3	5			
	≥ 160	2	3				≥ 160	4	6			

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em:

<http://goo.gl/GdFLbn>.

COMO UTILIZAR O ESCORE?

Calcule o número de pontos dos fatores de risco e, com a soma, encontre o escore total de risco. Cruze esse dado de modo a obter a projeção do risco em dez anos.

Quadro 2 - Tabela para determinação de risco em dez anos da DAC.



HOMENS			MULHERES		
Total de pontos	Risco em 10 anos		Total de pontos	Risco em 10 anos	
< 0	< 1		< 9	< 1	
0	1		9	1	
1	1		10	1	
2	1		11	1	
3	1		12	1	
4	1		13	2	
5	2		14	2	
6	2		15	3	
7	3		16	4	
8	4		17	5	
9	5		18	6	
10	6		19	8	
11	8		20	11	
12	10		21	14	
13	12		22	17	
14	16	Risco em	23	22	Risco em
15	20	10 anos:	24	27	10 anos:
16	25	%	≥ 25	≥ 30	%
≥ 17	≥ 30				

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://goo.gl/ArnmKI>.

Entre os fatores de risco, existem aqueles considerados como alto risco cardiovascular, baixo risco ou risco intermediário (BRASIL, 2010).



Baixo risco/ Intermediário	Alto risco	
Tabagismo	AVC (acidente vascular cerebral) previamente	
HAS (hipertensão)	IAM (infarto agudo do miocárdio) previamente	
Obesidade	LESÃO PERIFÉRICA (LOA - lesão de órgão-alvo)	AIT (ataque isquêmico transitório) HVE (hipertrofia de ventrículo esquerdo) Nefropatia Retinopatia Aneurisma de aorta abdominal Estenose de carótida sintomática
Sedentarismo		
Sexo masculino		
Idade > 65 anos		
História familiar		
(H < 55a; M < 65a) - evento cardiovascular prévio		
	DM (Diabetes mellitus)	

Para determinar o risco cardiovascular (RCV), recomenda-se primeiro classificar o paciente segundo seus fatores de risco, podendo fazer parte de um dos três grupos abaixo (BRASIL, 2010):

Grau de risco cardiovascular	Risco em 10 anos
Baixo	< 10%
Intermediário (moderado)	10-20%
Alto	> 20%

COMO INTERPRETAR?

1. Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/ intermediário, não há necessidade de calcular o RCV, pois ele é considerado como baixo risco CV e terá menos que 10% de chance de morrer por acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos dez anos.



2. Se apresentar ao menos um fator de risco alto CV, não há necessidade de calcular o RCV, pois esse paciente é considerado como alto risco CV e terá mais ou igual a 20% de chance de morrer por acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos dez anos.

3. Se apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, há necessidade de calcular o RCV, pois esse paciente pode mudar para baixo, para alto ou permanecer como risco intermediário.

SAIBA MAIS!

A publicação "Rastreamento" (Cadernos de Atenção Básica nº 29), traz mais informações. Acesse:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd29.pdf.

Após estimar o risco cardiovascular do paciente como baixo, intermediário ou alto risco, devem-se definir as metas em relação a níveis pressóricos, perfil lipídico, entre outros, a serem alcançadas para a redução do risco de mortalidade e morbidade do paciente (BRASIL, 2010).

Risco cv	Alto	Intermediário	Baixo	Limite
PA	< 135/85	< 140/80	< 140/80	
LDL	< 100	< 130	< 160	< 190
CT/HDL*	< 4	< 5	< 6	< 7

*Relação CT/HDL - Índice de Castelli. É tão importante quanto LDL.

5.2 Rastreamento de dislipidemia

A dosagem dos lipídios séricos pode auxiliar a identificação de homens e mulheres assintomáticas, porém com alterações significativas que indiquem serem elegíveis para a terapia preventiva.

Níveis altos do colesterol total (CT) e da lipoproteína de baixa densidade de colesterol (LDL-C), assim como baixos níveis de lipoproteína de



alta densidade de colesterol (HDL-C), são importantes fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC). O risco de DAC é maior naqueles em que há combinação de fatores de risco.

O risco de doença arterial coronariana em dez anos é menor em homens jovens e nas mulheres que não tenham outros fatores de risco, mesmo na presença de anormalidades lipídica (BRASIL, 2010).

Não há uma definição exata sobre os intervalos de rastreamento, sugere-se que quanto maior o risco, menor o intervalo de rastreamento.

COMO FAZER?

Pode ser realizado por meio da dosagem dos lipídios séricos de pessoas que são elegíveis, conforme recomendações acima. O profissional de saúde deve orientar que o paciente esteja em jejum de 12 horas, evite mudanças na rotina alimentar e de atividade física, além de não ingerir bebida alcoólica.

O Ministério da Saúde faz as seguintes recomendações:

- Rastreamento em homens
 - Está recomendado fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 35 anos ou mais.
 - Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos quando se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana.
 - Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos se eles não estiverem em um grupo de alto risco cardiovascular.

- Rastreamento em mulheres
 - Recomenda-se fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 45 anos ou mais quando se enquadrarem como grupo de alto risco para doença coronariana.



- Recomenda-se também o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 a 45 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana.

- Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 20 anos ou mais se elas não estiverem em um grupo de alto risco cardiovascular.

5.3 Rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A hipertensão é uma condição que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Está recomendado o rastreamento da hipertensão arterial nos adultos (acima de 18 anos) sem o conhecimento de que sejam hipertensos (BRASIL, 2010c).

COMO FAZER?

Não há evidência para se recomendar um ótimo intervalo para rastrear a hipertensão nos adultos. O 7º JNC (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) recomenda o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg (BRASIL, 2010c).

5.4 Rastreamento de diabetes mellitus tipo II

A prevalência da diabetes do tipo II está aumentando - aproximadamente 7% da população adulta brasileira têm esse problema. A diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe



a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares (BRASIL, 2010c).

É recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, não se aplicando a outros critérios como obesidade, história familiar nem faixa etária.

É possível por meio do rastreamento da diabetes nas pessoas com elevação dos níveis pressóricos (acima de 135/80 mmHg) reduzir a incidência de mortalidade e dos eventos cardiovasculares, por meio de um rigoroso controle da pressão arterial.

COMO FAZER?

Pode ser realizado por meio de glicemia de jejum de oito horas. Pessoas com uma glicemia em jejum superior a 126 mg/dl devem realizar confirmação do resultado com nova glicemia de jejum, para, dependendo do segundo resultado, serem diagnosticadas com diabetes mellitus.

5.5 Rastreamento de tabagismo

O tabagismo é o principal fator prevenível de morte. A abordagem breve (de aproximadamente cinco minutos) pode levar a cerca de 5% do abandono do hábito do tabaco. No Brasil, a prevalência do tabagismo chega a 17,2% entre maiores de 15 anos. Quando se compara homens e mulheres fumantes correntes há uma prevalência de 21% e 13,2%, respectivamente (PNAD, 2008).

IMPORTANTE!

Está recomendado o rastreamento do tabagismo em todos os adultos.

Em todos os encontros com os pacientes, recomenda-se que os profissionais de saúde perguntem a todos os adultos sobre o uso do tabaco e forneçam intervenção para que deixem esse hábito.



Por meio de abordagem breve com cinco passos (os cinco As):

1. Aborde-os quanto ao uso de tabaco;
2. Aconselhe-os a abandonar o tabagismo por meio de uma mensagem clara e personalizada;
3. Avalie a disposição em parar de fumar (grau motivacional para mudança de hábito);
4. Assista-os a parar;
5. Arranje condições para o seguimento e suporte dos pacientes (BRASIL, 2010c).

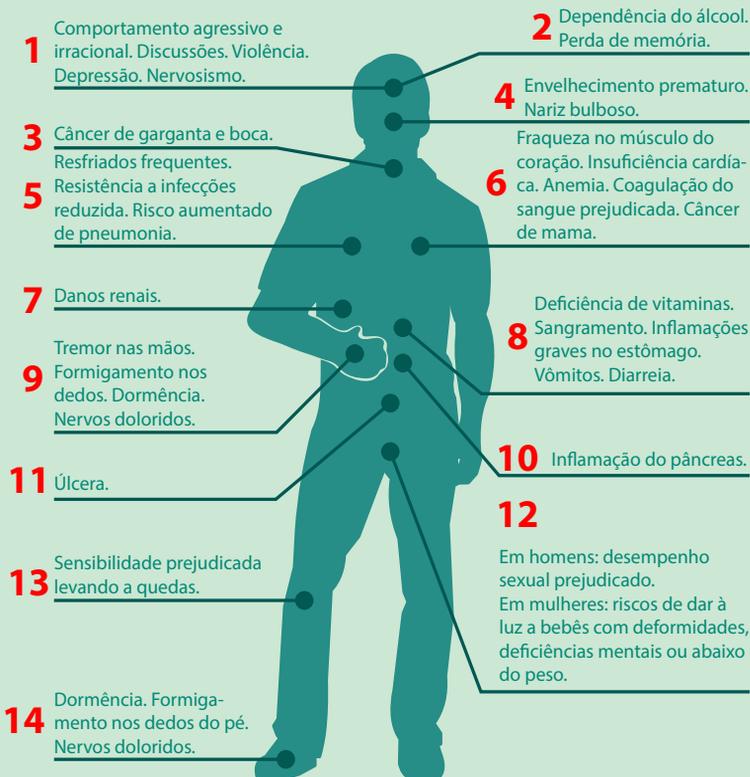
A interpretação da intervenção não deve ser entendida como positiva ou negativa, no sentido do êxito de abandono ou não do tabagismo, mas sim como um processo contínuo de cuidado e valorização do tema como um problema para a equipe de saúde e para os usuários.

5.6 Rastreamento de abuso de álcool

O uso abusivo do álcool se relaciona com problemas de saúde, incapacidades, mortes, acidentes, problemas sociais e violência. O Ministério da Saúde relata que o rastreamento pode identificar adequadamente aqueles usuários cujos padrões de consumo de álcool atendem aos critérios de dependência alcoólica. Além disso, o rastreamento proporciona intervenções como o aconselhamento comportamental breve e seguimento dos usuários, que são capazes de promover redução moderada no consumo de álcool de forma sustentada ao longo de seis a 12 meses ou mais (BRASIL, 2010c).



Efeitos de alto risco no consumo de bebidas



O consumo alcoólico de alto risco pode levar a problemas sociais, jurídicos, médicos, domésticos, profissionais e financeiros. Ele também pode reduzir sua expectativa de vida e levar a acidentes e mortes quando envolve a direção sob efeitos alcoólicos.

Fonte: Adaptado de: BABOR. Thomas F. et al. Audit: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in Primary Care. 2. ed. Switzerland: World Health Organization, 2001. 40 p. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf.



COMO FAZER?

Há dois testes bem conhecidos que poderão auxiliar na identificação do uso do álcool. O Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e o CAGE (acrônimo referente às suas quatro perguntas - Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener), sendo esse último o mais utilizado na atenção primária (WHO, 2001; PAZ FILHO, 2001). O CAGE é constituído das quatro questões abaixo acerca do hábito de beber:

- Você já sentiu a necessidade de parar de beber?
- Você já se sentiu chateado por críticas que os outros fazem pelo seu modo de beber?
- Você já se sentiu culpado sobre seu jeito de beber?
- Você já teve que beber para iniciar o dia e "firmar o pulso"?

Se duas ou mais respostas forem afirmativas, considera-se o rastreamento como sendo positivo.

O usuário deve ser aconselhado e acompanhado. Assim como no manejo do tabagista, deve-se considerar em que estágio se encontra o usuário para programar a intervenção. Existem várias experiências de manejo de pacientes dependentes de álcool, e a equipe de saúde deve conhecer os recursos disponíveis em sua unidade de saúde, na comunidade e nas instituições externas (por exemplo, Alcoólicos Anônimos, Caps etc.).

5.7 Rastreamento de obesidade

A obesidade está relacionada com doença coronariana, hipertensão arterial, DM II, acidente vascular cerebral, alguns tipos de câncer e com apneia do sono. Além disso, é associada à menor qualidade de vida devido ao estigma social e à menor mobilidade. Desse modo, recomenda-se o rastreamento de todos os pacientes adultos e crianças maiores de 6 anos para obesidade e a oferta de intervenções de aconselhamento e de mudança de comportamento para sustentar a perda de peso (BRASIL, 2010c).



Não há recomendação clara sobre a periodicidade do rastreamento, assim ele fica indicado durante a consulta de exame periódico de saúde.

As ações de rastreamento podem ser feitas por meio do cálculo do índice de massa corpórea (IMC), que corresponde ao peso (kg) dividido sobre a altura (metros) ao quadrado.

O valor do IMC é dividido nas seguintes categorias:

- IMC 25-29,9 é classificado como sobrepeso;
- IMC > 30 é classificado como obesidade, esse item é subclassificado em: grau I (IMC 30-34,9), grau II (IMC: 35-39,9) e grau III > 40.

Após o cálculo do IMC, é importante que o profissional pense junto com a pessoa os reflexos desse problema para seu dia a dia, observe o grau de motivação para mudança de hábitos e, a partir daí, organize o plano de intervenção com aconselhamento sobre dieta, exercício físico e, se necessário, intervenções comportamentais individuais ou em grupo.

SAIBA MAIS!

Leia o Projeto Diretrizes - Rastreamento do Sedentarismo em Adultos e Intervenções na Promoção da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde.

Acesse:

http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/36-Rastreamento.pdf.



Considerações finais

Tão importante quanto conhecer os protocolos clínicos e identificar alterações fisiológicas que representam risco à saúde do adulto, é compreender como cada usuário dos serviços se relaciona com sua situação de saúde e como ele vive (situação familiar, condições de renda e moradia). O adulto, normalmente é economicamente ativo, negligencia a procura aos serviços de saúde dando preferência ao trabalho ou à família, portanto ignorar essas peculiaridades nas programações e planejamentos voltados para essa parte da população pode representar o insucesso das ações.



REFERÊNCIAS

- BABOR, Thomas F. et al. Audit: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in Primary Care. 2. ed. Switzerland: World Health Organization, 2001. 40 p. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. _____. _____. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e gerenciamento. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. _____. _____. Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Por uma vida longa e sempre saudável. Saúde, Brasil, Brasília, n. 148, set. 2008. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_brasil_setembro_2008.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- _____. _____. _____. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
- _____. _____. _____. Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <http://goo.gl/9BXjYo>. Acesso em: 8 abr. 2014.



____. _____. _____. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://goo.gl/oSkGMY>. Acesso em: 8 abr. 2014.

____. _____. _____. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: < http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2014.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J. N. et al. (Org.). Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004. p. 11-2.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública, v. 15, p. 345-53, 1999.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. 245 p. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

MACKWEY-JONES, K; MARDSEN J.; WINDLE, J. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.



MAFRA, Adriana de Azevedo et al. Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/UXqySK>. Acesso em: 9 abr. 2014.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-20.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública. Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: oficina IV - organização da demanda espontânea. Belo Horizonte: ESPMG, 2010. 52 p. (Guia do Gerente do Tutor/Facilitador). Disponível em: < http://www.espmg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS-PBH_tutor4_ascom.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2014.

____. _____. _____. Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: oficina 1 - análise da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.104p. (Guia do participante). Disponível em: <http://goo.gl/W8AuMd>. Acesso em: 8 abr. 2014.

PAZ FILHO, G. J. da et al. Emprego do Questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. Rev Ass Med Brasil, v. 47, n. 1, p. 65-9, 2001.



Leitura complementar:

ANTUNES, J. L.; WUNSCH-FILHO, V. The effect of performing corrections on reported uterine cancer mortality data in the city of São Paulo. *Braz J Med Biol Res*, v. 39, p. 1091-99, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. Brasília, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/3F3C9J>. Acesso em: 29 abr. 2014.

____. _____. Dicas em saúde. 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/acolhimento/>. Acesso em: 23 out. 2012.

____. _____. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. Vigilância em saúde: zoonoses. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 224 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 22).

____. _____. Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde do trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação da Tuberculose: avanços e desafios. Brasil, 2005.



____. _____. _____. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. _____. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

____. _____. _____. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

CENTER DISEASE OF PREVENTION AND CONTROL. Promoting physical activity: a best buy in public health. 2000.

GADELHA, Paulo; CARVALHO, José Noronha de; PEREIRA, Telma Ruth (Org.). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/Cv46jo>. Acesso em: 10 abr. 2014.

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. A. Correction for reported cervical cancer mortality data in Brazil, 1996–2005. *Rev Saúde Pública*, v. 44, p. 629–38, 2010.

GESINA L.; LONGENECKER, P. H. D. Como agem as drogas: o abuso de drogas e o corpo humano. São Paulo: Quarts Books, 1998, p. 40-42.

LIGNANI, J. R. L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/aids. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001.

MARAGNO, L. et al. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in Sao Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*, v. 22, p. 1639-48, 2006.



MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: Tuberculose. Belo Horizonte, 2006. 144 p.

PEDROSO, E. R. P. Infecções emergentes e reemergentes. In: Rocha, M. O. C.; PEDROSO, E. R. P. Fundamentos em infectologia. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. cap. 3. p. 275-86.

ROSENTHAL, C. Especialistas explicam quais vacinas adultos e idosos precisam tomar. Disponível em: <http://goo.gl/v6HWOT>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SAÚDE baseada em evidências. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/fktVYa>. Acesso em: 8 nov. 2012.

WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

____. World Health Survey. 2014. Disponível em: <http://goo.gl/WRewNc>. Acesso em: 29 abr. 2014.

