



**MINISTERIO DA SAÚDE
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

**FORMAÇÃO DE APOIADORES
ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO
E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Enf^a Marilene Wagner

18/03/2015



Participantes

- Equipe NTH
- Articuladores de Humanização
- Equipe CDQ
- Articuladores de Atenção Básica
- Apoiadores do Ministério da Saúde
- Equipe de municípios envolvidos com o projeto de Acolhimento à demanda espontânea na AB

Bem-vindos

Objetivo da Formação

Fornecer ferramentas de Apoio a Implantação /Implementação do Acolhimento com Avaliação de Risco/Vulnerabilidade na APS (AC&CRV)

Conteúdos

1

- Identificação/caracterização do território
- Organização do apoio no território
- Organização do Acesso na APS
- Acolhimento e Avaliação de Risco na APS

2

- Protocolos por linha de cuidado
- Territorialização
- Avaliação de Risco Familiar

3

- Acolhimento em Rede (fluxos externos)
- Planos de Intervenção
- Monitoramento das ações

1ª Oficina: Conteúdo Programático

Manhã:

- Acolhimento dos participantes (apresentação)
- Pergunta disparadora: (Tarjas coloridas)

O que você necessita para a implementação do Acolhimento e Avaliação/ de Risco na sua área de apoio?

- Construção do Painel. (será analisado na última oficina)
- Objetivos do encontro

Intervalo

- Exposição dialogada: Organização do acesso nas UBS
- Acolhimento com Avaliação/Classificação de Risco
(Referências: Caderno 1 e 2 Acolhimentos a Demanda Espontânea do DAB/MS)

Tarde:

- Trabalho em Grupo com discussão de casos
- Pactuação da dispersão

Objetivos específicos da 1ª Oficina

A partir da fundamentação teórica:

- Organizar as Equipes de Apoio que atuarão nos referidos territórios
- **Identificação do Território (dados gerais)**
- **Traçar o perfil epidemiológico do território de atuação/intervenção dispersão**
- Sensibilizar os profissionais e a comunidade quanto à importância da implantação do acolhimento na Atenção Primária a Saúde
- Identificar o atual fluxo do usuário na Unidade, bem como os principais problemas e ruídos desse processo. (anexo: fluxograma analisador)
- Discutir o processo de trabalho com foco no acolhimento junto as unidades (equipes, agendas, etc.)
- Discutir o protocolo de CR na Demanda Espontânea



Garantia de acesso: questionamentos iniciais?

- 1 – Os serviços/ofertas de saúde são de **fácil acesso** para os usuários residentes no território?
- 2 – Os serviços de saúde estão **dimensionados** para garantir a cobertura da população residente na sua área de abrangência (RH, estrutura, equipamentos, medicamentos, etc.)?
- 3 – **O acolhimento** da UBS é realizado de modo a garantir o **atendimento necessário** a cada usuário de acordo com **grau de risco e vulnerabilidades**?

Organização do Acesso na Atenção Primária à Saúde

Pressupostos:

Conhecer o território

Dados Populacionais (dados a serem colhidos)

- População por Faixa Etária
- População adscrita por unidade e por Equipes de ESF (ER)
- Densidade Demográfica
- Perfil epidemiológico (indicadores universais)
- **Vulnerabilidade Social** (Muito Alta, Alta, Média, Baixa)

Funcionamento da unidade

- Horário de funcionamento da unidade
- Espaço Físico
- Oferta de Serviços (consultas, especialidades, exames, etc.)

Potencial de Produtividade da equipe (resolutividade)

Avaliação da Vulnerabilidade Social (dados censitários)

Indicadores para definição da Vulnerabilidade Social:

Ind. A: Proporção de pessoas morando em aglomerados subnormais;

Ind. B: Proporção de responsáveis por famílias com até três anos de estudo;

Ind. C: Proporção de responsáveis por famílias com renda até três salários mínimos.

| Pontos | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------|---------|-----------|-----------|-------------|
| Ind A | Até 5% | 6% a 10% | 11% a 20% | mais de 21% |
| Ind B | Até 10% | 11% a 20% | 21% a 30% | Mais de 31% |
| Ind C | Até 20% | 21% a 30% | 31% a 40% | Mais de 41% |

Ex: Tabela de Cálculo

| | % População | Pontuação | Classificação da Vulnerabilidade |
|--------|-------------|-----------|---|
| Índ. A | | | De 0 a 3,0 – Pontuação 3 – Baixa vulnerabilidade |
| Ind. B | | | De 3,1 a 6,0 – Pontuação 3,5 – Média Vulnerabilidade |
| Ind. C | | | De 6,1 a 9,0 – Pontuação 4 – Alta Vulnerabilidade |
| | Soma | | Acima de 9,1 – Pontuação 4,5 – Muito Alta Vulnerabilidade |

Dimensionamento dos Recursos Humanos

Modelo de Atenção (PSF)

- Equipes de Referência
- Potencial de Produtividade



Equipes de Referência (ESF)

É recomendável que a ESF seja composta, no mínimo, por:

- Médico de família ou generalista (40h)
- Enfermeiro (40h)
- Técnico/Auxiliar de enfermagem (40h)
- Agentes Comunitários de Saúde. (ACS 1 para cada 750 a 1000 habitantes)

Equipe ampliada

- Pediatria
- GO
- ESF SB M1 (Cirurgião Dentista + ASB)
- ESF SB M1 (Cirurgião Dentista + ASB + THD)

Cobertura da Atenção Básica: 1 ESF para 3.000 habitantes (MS) Variando com a vulnerabilidade (2.500 a 4.000 hab)

Considerar a Vulnerabilidade da população adscrita na composição das equipes

Potencial de Produtividade : Equipe Médica

Distribuição da jornada do médico:

- Atendimentos individuais programáticos e programados na unidade básica de saúde;
- Atendimentos individuais de agudos na unidade de saúde, atividades no território, participação em reuniões de equipe, atendimentos domiciliares, ações educativas, capacitações, dentre outras atividades demandas pelo serviço;
- Reserva Técnica de 20% da jornada: licenças prêmio, férias, licenças para tratamento de saúde, faltas, atrasos e tempo social.

Proposta para calcular horas Médicas por Especialidade:

Total horas de Pediatria = $\frac{100\% \text{ da população de 0 a 19 anos} \times 36 \text{ horas médicas} + 20\%}{\text{Habitantes/UR}}$

Total horas G.O = $\frac{70\% \text{ da pop. Fem. acima de 15 anos} \times 36 \text{ horas médicas} + 20\%}{\text{Habitantes/UR}}$

Clínico Geral e Família e Comunidade:

$\frac{\text{Pop. Total} - \text{Pop. de 0 a 19 anos} - 70\% \text{ da pop. Fem. acima de 15 anos}}{\text{Habitantes/UR (Equipe PSF)}} \times 36 \text{ horas médicas} + 20\%$

Potencial de Produção:

- Calcula-se 20 horas x 3 consultas hora = 60 x 4.33 (semanas) = 260 x 12 (meses) = **3.118 consultas por ano.**

(UR= Unidade de Referência → nº de UBS)

Potencial de Produtividade da Equipe de Enfermagem

Enfermeiro: Critérios de Distribuição da CH:

- **Linhas de cuidado** (2 consultas por hora): Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do Trabalhador; (de acordo com os protocolos)
- **Horário de Funcionamento** das Unidades Básicas de Saúde;
- **Número de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem** sob supervisão dos Enfermeiros.

Proposta para organização do Processo de Trabalho do Enfermeiro:

- **10 horas:** Para atividades coletivas e individuais no território e unidade de saúde (Ações Educativas, Vigilância à Saúde, Reuniões de Equipe, Capacitações);
- **10 horas:** Para supervisão/gerenciamento;
- **16 horas:** Para assistência individual, ações programáticas na área da criança, mulher, adulto, idoso.

Potencial de Produtividade do Enfermeiro (para um ano de trabalho):

O enfermeiro oferece apoio e realiza atendimento de enfermagem no acolhimento. Então, calcula-se 16 horas/semanais x 2 consultas por hora x 4.33 (semanas) x 12 meses = **1.662 consultas por ano.**

Recomendações para o atendimento do Enfermeiro (2º protocolos)

- **Criança menor de 1 ano:** São 2 consultas no primeiro ano de vida.
- **Adulto acima de 20 anos:** Diabético (7.8%) – São 2 consultas por ano.
Hipertenso (20%) – São 2 consultas por ano.
Cardiopatias (3%) – São 2 consultas por ano.
- **Mulher:** Pré - natal de baixo risco – 4 consultas por gestação (nascidos vivos).
Coleta de Citologia Oncótica – 1 atendimento para 30% das mulheres de idade entre 20 a 59 anos.
Climatério – 3 consultas no período de 50 a 59 anos de idade.

Potencial de Produtividade de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem

Critérios:

- ❑ 1 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada **ESF**, com 36 horas médicas. Esse critério se justifica por conta dos procedimentos que são gerados pelos profissionais médicos.
- ❑ **E equipe de retaguarda** para as ações e procedimentos de enfermagem na unidade de saúde, sendo considerado 6 postos de trabalho para as unidades de menor área física e com horário de funcionamento de segunda-feira a sexta-feira e 7 postos de trabalho para unidades de maior área física e com horário de funcionamento de segunda-feira a sábado.

Postos de trabalho na Unidade de Saúde:

- **Acolhimento (1 ou 2)**
- Coleta de Exames / Vacina / Vigilância (1)
- Sala de Procedimentos / Curativo (2)
- Inalação / Medicação (1)
- Expurgo / Esterilização (1)

Proposta para distribuição da jornada do Aux./Téc. de Enfermagem:

- **16 horas:** Para atividades coletivas e individuais no território e na unidade de saúde, visitas domiciliares, realização de grupos, etc.
- **20 horas:** Para assistência individual, ações programáticas na área da criança, mulher, adulto, idoso, **acolhimento**, coleta de exames laboratoriais, aplicação de imunobiológicos, sala de procedimentos, inalação, marcação de consultas, curativo, esterilização/expurgo, etc.
- Dessa forma o profissional Auxiliar/Técnico de Enfermagem tem potencial para produzir em 20 horas/semanais x 4 atendimentos/hora x 4.33 semanas x 12 meses = **4.156 atendimentos por ano.**

Acolhimento a Demanda Espontânea

1) Conhecer a demanda (anexo 1)

Usuários com consultas agendadas

Situações imprevistas

Que trabalhadores serão responsáveis para avaliar as demandas

2) Sugestões para o atendimento à demanda espontânea

- Estruturar portas de entrada distribuídas pelo horário de funcionamento do Centro de Saúde (diferentes formas de organização das equipes).
- Informar e orientar sobre o funcionamento do Centro de Saúde, atividades ofertadas e agenda das equipes
- Reforçar recepção: local prioritário de agendamento
Criar outras estratégias de entrada, **outros fluxos**, outros direcionamentos
- Deixar pessoa de referência para escuta e principalmente para identificar os casos agudos***
- Presença do médico de referência na linha de frente do atendimento à demanda espontânea?***

Modalidades de Acolhimento na AB

- Acolhimento pela Equipe de Referencia
- Equipe de Acolhimento do dia.
- Acolhimento Misto (Equipe Referencia + Equipe de Acolhimento do dia)
- Acolhimento Coletivo

Acolhimento pela equipe de Referencia do Usuario

Vantagem:

Potencialização do vínculo e a responsabilização entre equipe e população Adscrita

Dificultador:

Conciliação com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é alta;

Conciliação com as atividades da equipe fora da unidade (Ex:Visita Domiciliar)

Modalidades de Acolhimento na AB

Equipe de Acolhimento do dia

Vantagem: As equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programados com mais facilidade.

Desvantagem: Menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita; sobrecarga da equipe acolhimento do dia nos dias de maior demanda

Acolhimento Misto (equipe ref do usuário + equipe de Acolhimento do dia)

Modalidade intermediária entre acolhimento por equipe e acolhimento do dia, mas requer comunicação intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a Gestão das agendas → (Otimizar o fluxo da Urgência X Não Urgência)

Acolhimento Coletivo

Permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar o usuário com risco e sofrimento mais evidentes, contribui com a capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários.

Inconveniente:

Possível constrangimento pela exposição; riscos e vulnerabilidades pouco evidentes demandam articulação com escuta individualizada

Alta Resolutividade

Quadro 1 - Agenda semanal da Equipe 260, Centro de Saúde da Tapera - Florianópolis-SC

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda |
| Agenda | Agenda | Agenda | Reunião da Equipe de SF | Agenda |
| Almoço | Almoço | Almoço | Almoço | Almoço |
| Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda | Acolhimento da demanda |
| Visita Domiciliar | Atividade Coletiva | Agenda | Agenda | Agenda |

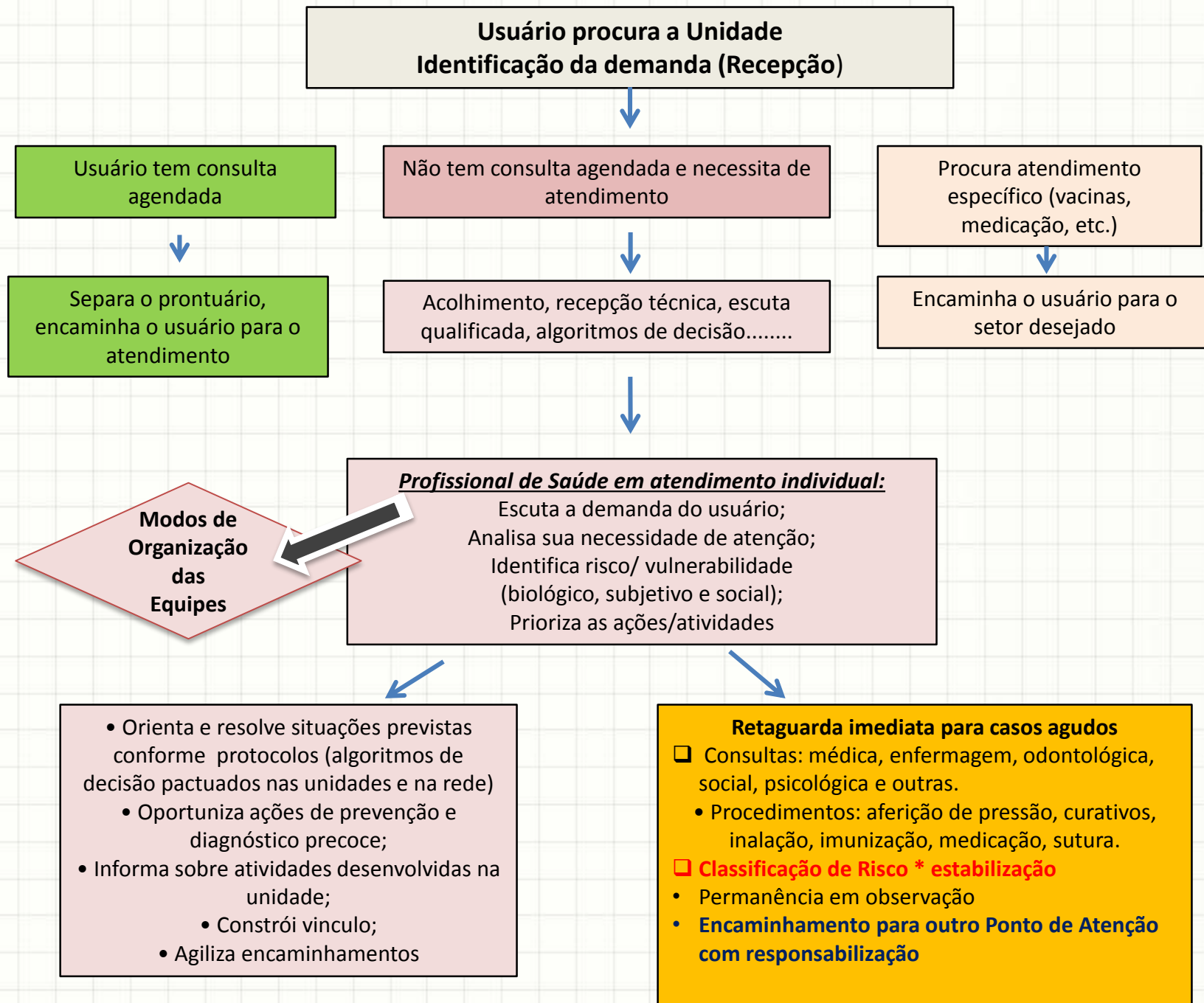
Relação com a comunidade

- Informação e divulgação aos usuários dos horários de funcionamento e serviços existentes no CS
- Criar estratégias de comunicação com comissão local e comunidade
- Identificar espaços de convivência na comunidade ou estimular sua criação para redirecionamento das demandas
- Realizar seminários com a população
- Resgatar sabedoria popular e implicar os usuários no seu processo saúde-doença
- Realizar abordagens coletivas na recepção
- Ação com ACS orientado a população

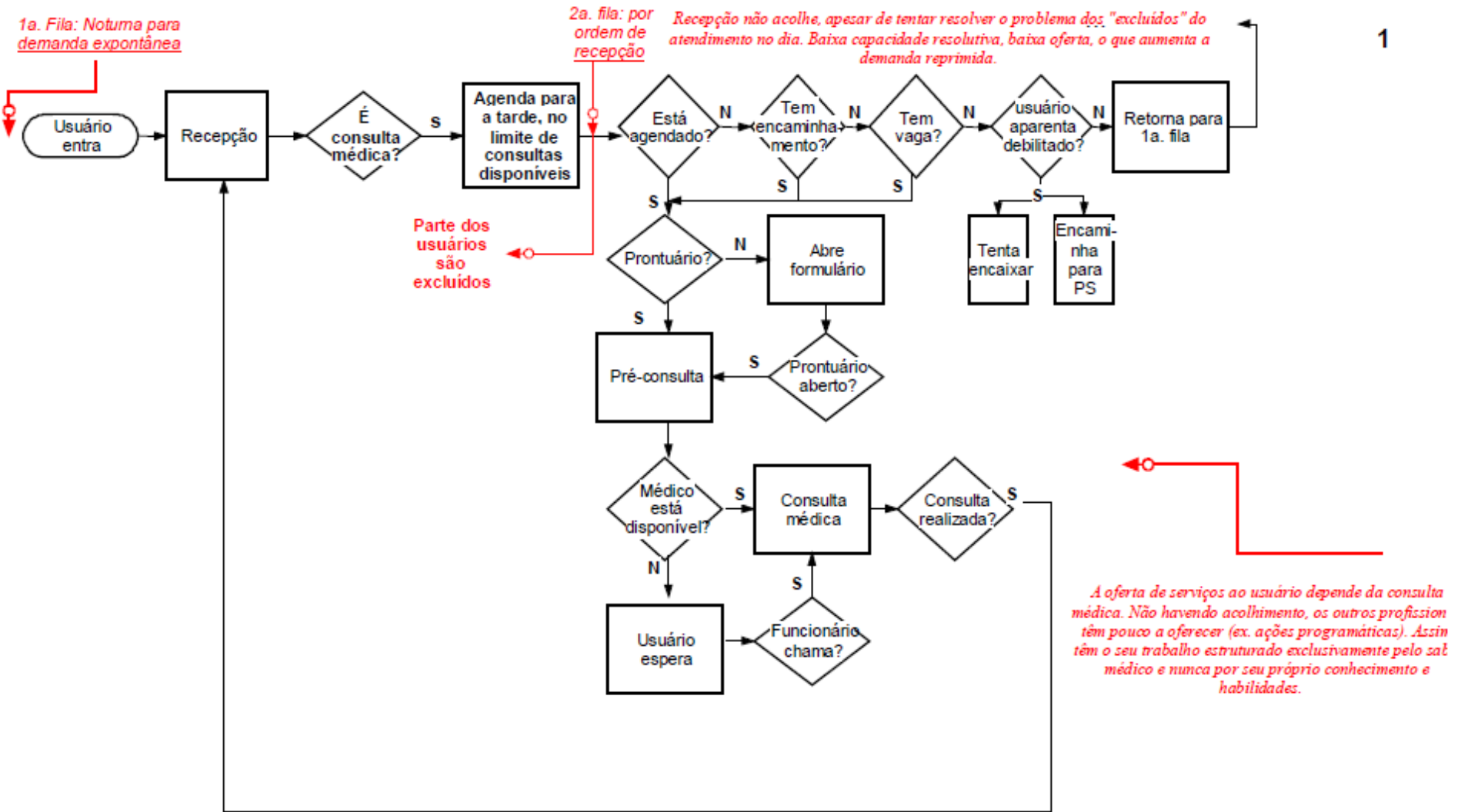


ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO

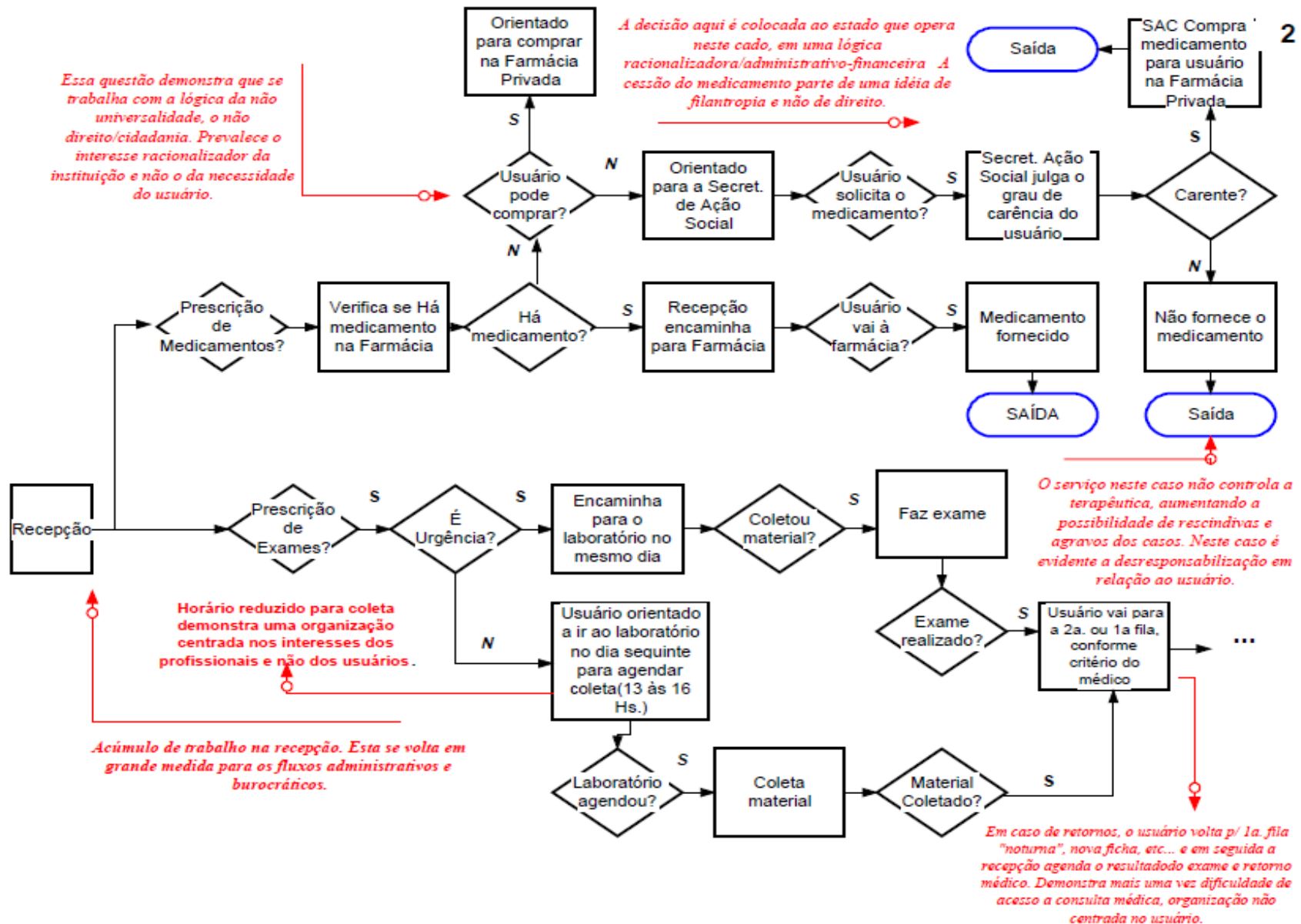
Fluxos Internos da Unidade



Análise dos fluxos e processo de trabalho

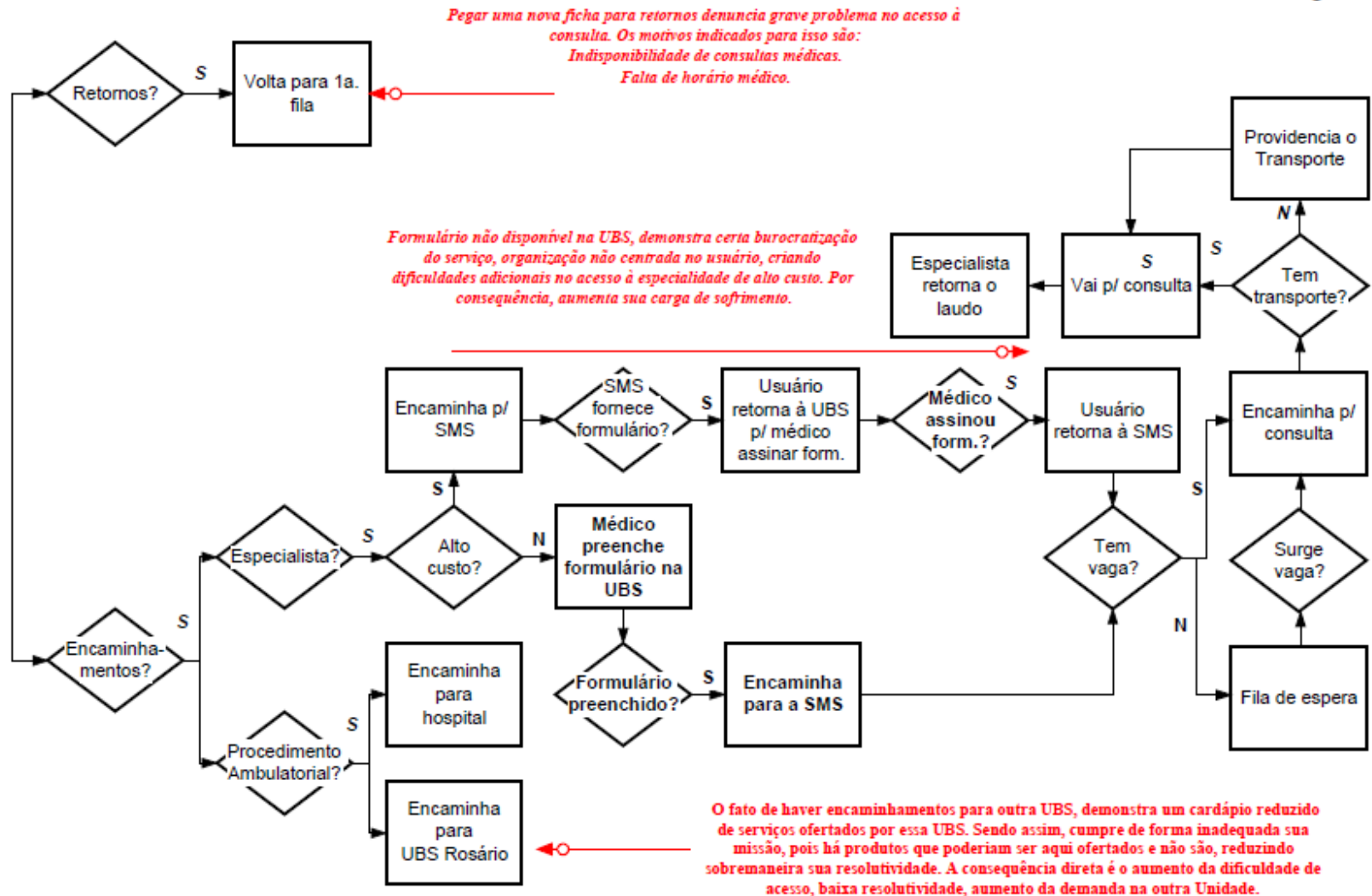


Análise dos fluxos e processo de trabalho



Análise dos fluxos e processo de trabalho

3



Intervenções a partir do Fluxograma Analisador

| Problemas Identificados | Ações propostas | Operações | Recursos necessários | Responsável | Prazos |
|--------------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|
| 1. | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

***Acolhimento com Avaliação
e/ou Classificação de Risco
na Atenção Primária***

Protocolos



Conceito de Risco X Vulnerabilidade na APS:

Vulnerabilidade: Situação que torna vulnerável o processo de vida.

À medida que se busca com *o risco* estabelecer a *probabilidade de ocorrência* de um agravo em um grupo com determinadas características, com a vulnerabilidade, procura-se estabelecer a suscetibilidade de cada indivíduo ou grupo a esse agravo, em um determinado conjunto de condições intervenientes.(individuais, sociais ou programáticas)

Não se limitar a: O que? E sim os porquês?

Conceito de Risco na Urgência (referencial passa se o tempo)

| Emergência | Risco de Morte | Intervenção imediata |
|---------------|---|-----------------------------------|
| Muito Urgente | Risco de agravo iminente | Intervenção rápida |
| Urgente | Sem risco de morte /alto grau de sofrimento | Intervenção o mais breve possível |
| Não urgente | Sem ligação com problemas recentes | Atendimento ambulatorial |

Fatores de Risco na urgência:

- Risco Clínico (Ex: imunodepressão, diabetes...)
- Risco no trauma (cinemática)

As Condições de Vulnerabilidade podem requerer intervenções:

- Imediatas (mesmo dia)
- Agendamento para data próxima ou construção de projetos terapêuticos singulares em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo.
- Necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões).

Ex: Por exemplo, uma criança com **febre de 38,5 graus** e dispneia leve e **com dificuldade de acompanhar a escola**, pode receber os primeiros cuidados pelo enfermeiro antes de ser avaliada pelo médico (combinando previamente) e ainda ter sua continuidade de cuidado garantida para verificação da dificuldade escolar em momento posterior.

Demanda para o grupo:

Levantamento dos protocolos vigentes no território, necessidade de atualização, padronização, recursos necessários e treinamentos.

Avaliação de Risco e Vulnerabilidades na Atenção Primária

Os protocolos poderão ser baseados:

- **Na linha do tempo** (Criança e Adolescente, Adulto, Idoso)
- **Nas linhas de cuidado** (DCNT, Saúde Mental, Trauma, Materno Infantil)

Avaliação e manejo nos diferentes pontos de atenção

Estabelecimento da garantia de acesso nos diferentes pontos de atenção com a descrição de competências (Ex: Linha de cuidado do IAM)

- **Avaliação de Risco e Vulnerabilidades Familiar (VD)**
Classificação das Famílias por Grau de Risco (Escala de Coelho)
- **Eventos Agudos** (classificação de risco)

Intervenções decorrentes da Classificação de Risco na APS

[..\Protocolos\acolhimento demanda espontanea queixas comuns cab28v2.pdf](#)

Situação não aguda

Condutas possíveis:

- Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.
- Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).
- Agendamento/programação de intervenções.
- Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.

Situação aguda ou crônica agudizada

Condutas possíveis:

- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS URGÊNCIAS



Eixos de Atendimento



Eixo da Emergência (Sala de Estabilização)

- 1. Vermelho: necessidade de atendimento médico imediato.
- 2. Laranja: sem risco iminente de morte/atendimento médico em até 15 minutos



Eixo do Pronto Atendimento (Consultórios)

- 3. Amarelo: urgência, atendimento médico o mais rápido possível (15')
- 4. Verdes: atendimento médico por ordem de chegada. (até 2 horas)
- 5. Azuis: (atendimento por outros profissionais, curativos, medicações, inalação, agendamento de consultas, encaminhamentos)



Eixo da Emergência



Eixo de Pronto Atendimento





Eixo: Pronto Atendimento

Recepção do usuário



Ações

1. Identificar a demanda
2. Identificar o paciente
3. Identificar a situação



4. Avaliar sinais e sintomas
5. Analisar a situação
6. Gerar um resultado



Ficha de atendimento



Orientador de fluxo

Objetivo da CR:

- Adequar o tempo /resposta em que o paciente será visto pelo médico ou outros profissionais através da identificação das prioridades clínicas



Protocolo de Classificação de Risco

O que é?

- Uma ferramenta de apoio à decisão clínica;
- Uma forma de linguagem universal para as urgências.

Propósito:

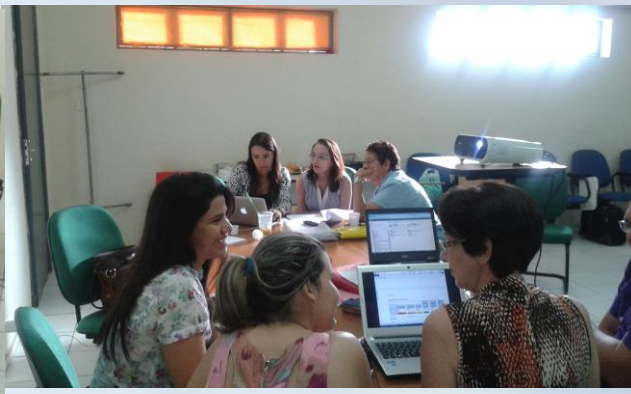
- Identificação rápida e científica do paciente crítico ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com potencial de risco ou grau de sofrimento.

Classificação de Risco X Avaliação de Risco e Vulnerabilidades



Elaboração do Protocolo

Construção Coletiva





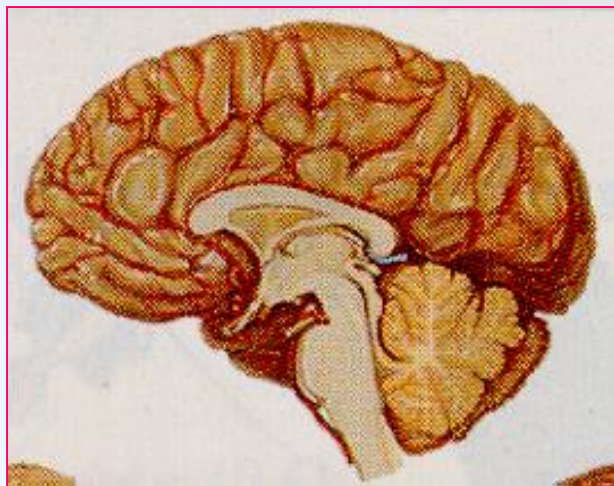
Metodologia de elaboração do protocolo - Baseado na Medicina de Desastres (ABCDE).....

Sistematização da Classificação de Risco (ABCDEF)

- Avaliação do nível de consciência/estado mental
 - Permeabilidade das vias aéreas,
 - Avaliação da respiração e ventilação,
 - Avaliação da circulação,
 - Avaliação da dor (escalas)
 - Sinais e sintomas gerais (por especialidade)
 - Fatores de risco (clínicos e trauma)
-
- ❖ Classificação X Manejo (Capacitações Técnicas)
 - Suporte Básico de Vida Aplicado a Classificação de Risco
(Equipe de Porta)*



Fatores de Risco Trauma



| Peso Normal (Kg) | Peso Durante Impacto (Kg) | | |
|-------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------|
| | 36 Km/h | 72 Km/h | 108 Km/h |
| 1,5 | 15 | 60 | 31,5 |



Cinemática do Trauma

| Corpo | Peso Normal (Kg) | Peso Durante Impacto (Kg) | | |
|--------------|-------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------|
| | | 36 Km/h | 72 Km/h | 108 Km/h |
| | 70 | 700 | 2800 | 6300 |

Estabilização manual da cabeça para colocação do colar cervical





Pranchamento







Pranchamento em pé



Fixação da prancha





Protocolos para situações agudas

[Anexos\Encarte 1 Pranchas.pdf](#)

[Anexos\Encarte 2.pdf](#)

[..\Protocolos\acolhimento demanda espontanea queixas comuns cab28v2.pdf](#)

[..\Protocolos\Acolhimento e CR em Obstetrícia.pdf](#)



Recomendações e indicadores

Recomendações:

Baseado em sinais e sintomas/fatores de risco/ referência científicas

Responsabilidade do Enfermeiro/Médico

Tempo máximo para CR através do protocolo: 03 minutos

Monitoramento através dos seguintes indicadores:

- **Tempo da classificação de risco por cor e profissional que executa a ação**
- **Tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico por cor;**
- **Tempo entre a solicitação de exames e a realização dos mesmos por cor ;**
- **% de óbito por cor (sendo que para verde e azul qualquer percentual é considerado evento sentinela),**
- Alta por transferência externa por cor
- % de atendimento por cor
- % de desistência por cor
- % de internação por cor

Auditável



Anotações na Ficha de Atendimento

Anotações da CR na Ficha de Atendimento

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|------------|-----|-------------|--|------------------|--|---------|-----------------------|-----------|--|-----------|
| Motivo da procura: | | | | | Trauma | | Clínico | | Pediatria | | |
| Demanda: | Espontânea | | C. e Saúde | | UPA | | SAMU | | Bombeiro | | Outro |
| Sinais. Vitais | FC: | PA: | SAT O2: | | T ^º : | | Dor: | | ECG | | Glicemia: |
| Discriminante: | | | | | | | | Fator Risco/Alergias: | | | |
| Observações: | | | | | | | | | | | |
| Prioridade | Vermelha | | Laranja | | Amarela | | Verde | | Azul | | Outro |
| Horário: | | | Enfermeiro: | | | | | | | | |



Pactuação da Rede (estruturação)

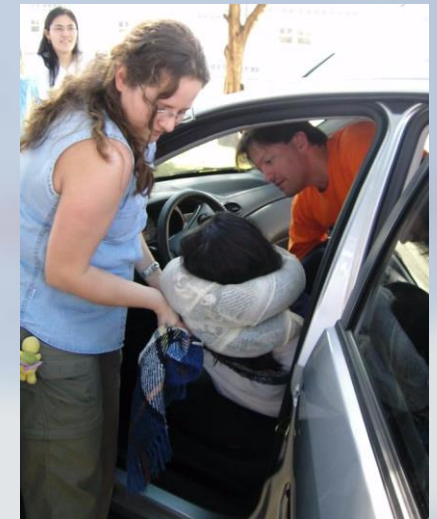
| PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO |
|---|--|
| Unidade Básica de Saúde | <ul style="list-style-type: none">➤ 1º atendimento vermelho ,laranja e amarelo➤ Atendimento verde e azul |
| Unidade de Urgência não Hospitalar (UPAS) | <ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização vermelho e laranja➤ Atendimento amarelo e verde➤ Acolhimento e encaminhamento azul➤ Atendimento para azul, fora do horário de funcionamento da UBS➤ Observação de curta duração |
| Hospital 2ª sem UTI | <ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização vermelho➤ Atendimento vermelho e laranja de acordo com os protocolos➤ Atendimento amarelo e verde➤ Acolhimento e encaminhamento azul |
| Hospital 3ª com UTI | <ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização vermelho➤ Atendimento vermelho e laranja de acordo com os protocolos➤ Atendimento para amarelo e verde➤ Atendimento referenciado segundo protocolo➤ Acolhimento e encaminhamento azul |
| 2008 SAMU | <ul style="list-style-type: none">➤ Estabilização para vermelho e laranja / transporte amarelo SBV |



Recomendações finais



- Passo a passo para implementação
- Capacitações (toda rede)
- Monitoramento e avaliação





PERGUNTAS?

Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é
alguém que acredite que ele possa ser realizado.

Roberto Shinyashiki



**Obrigada.....
Marilene Wagner
pedradosol@terra.com.br**