

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

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.

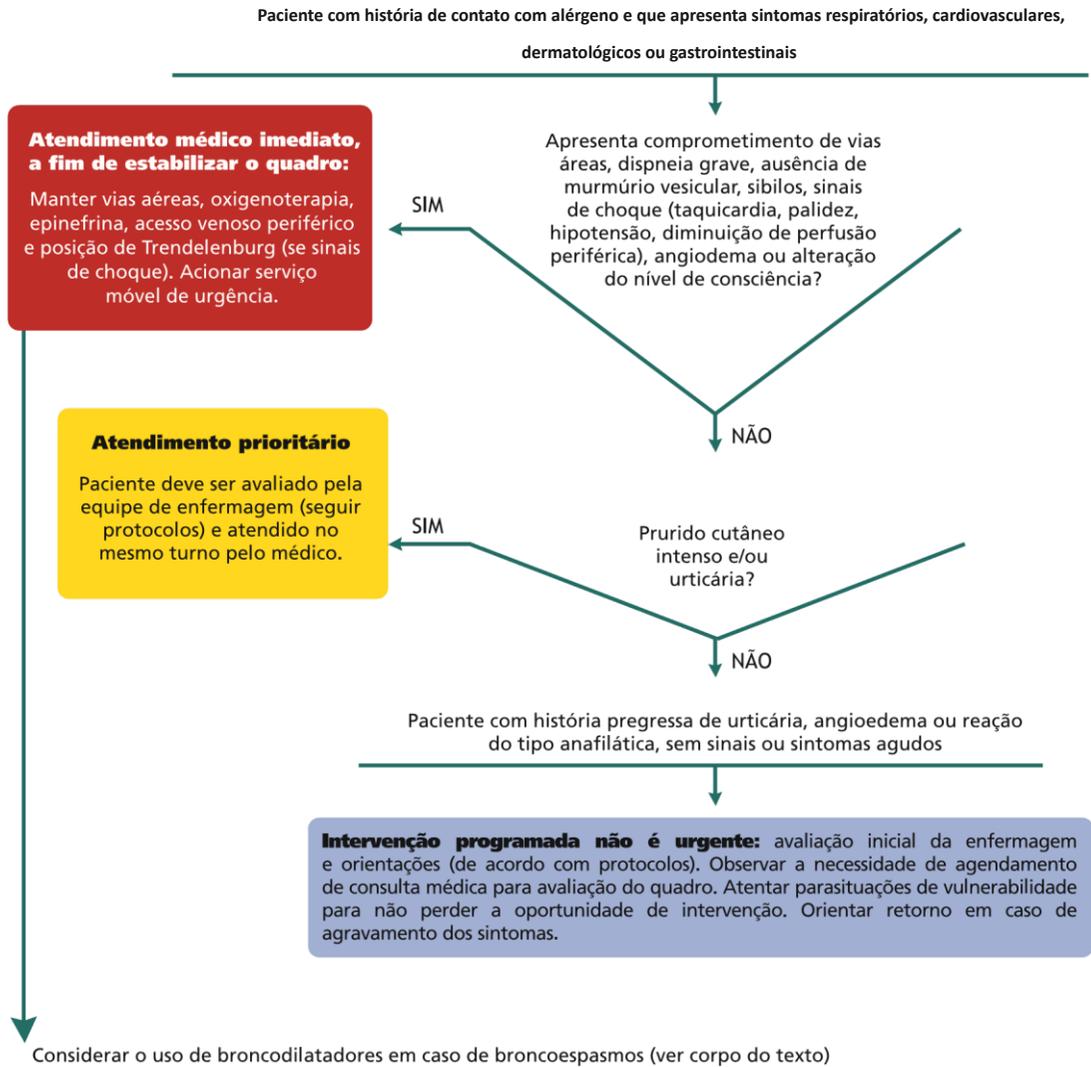
Situação aguda ou crônica agudizada

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.

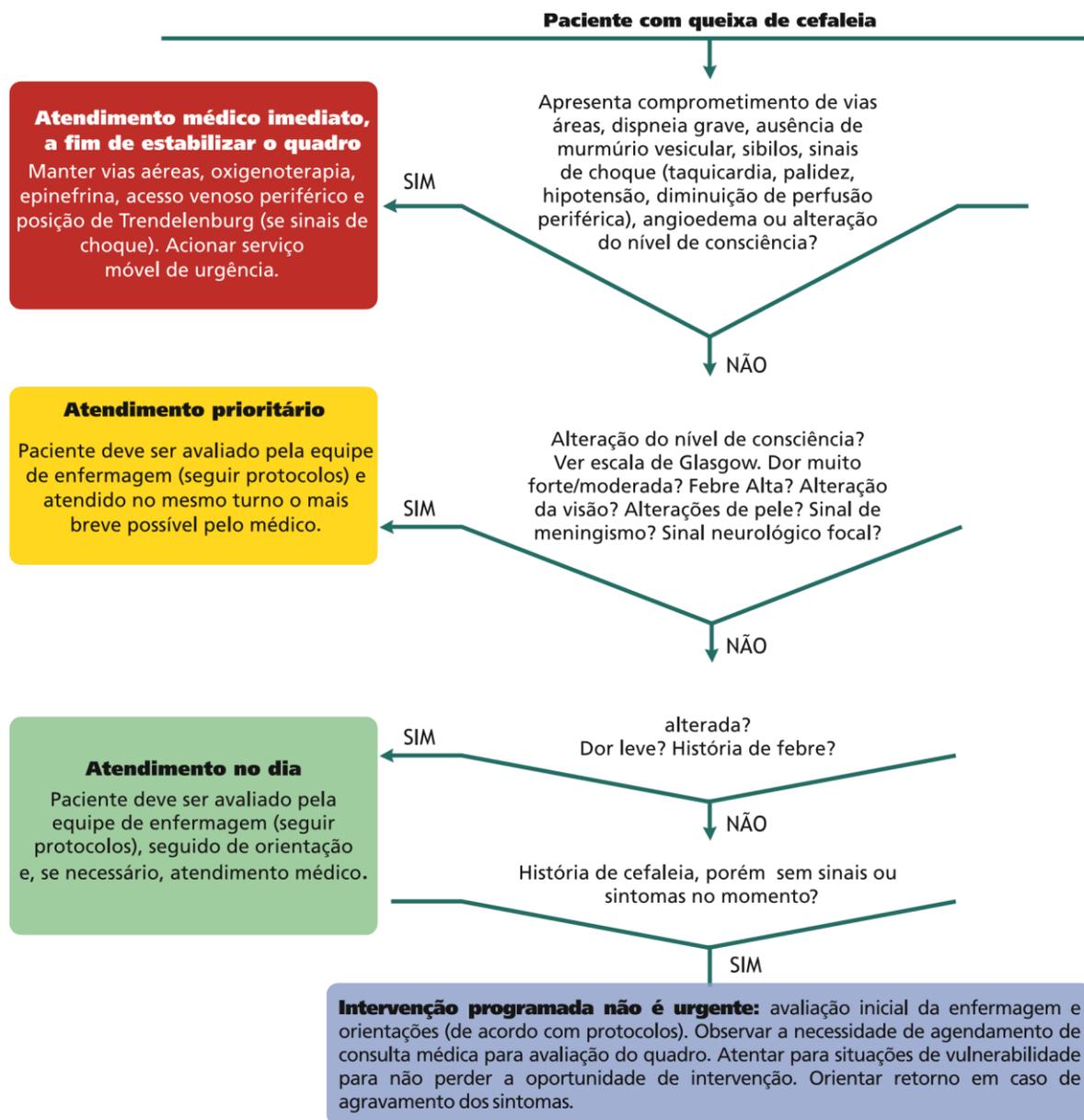
1- ANAFILAXIA

Figura 2 – Fluxograma de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade aos casos de reação anafilática



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

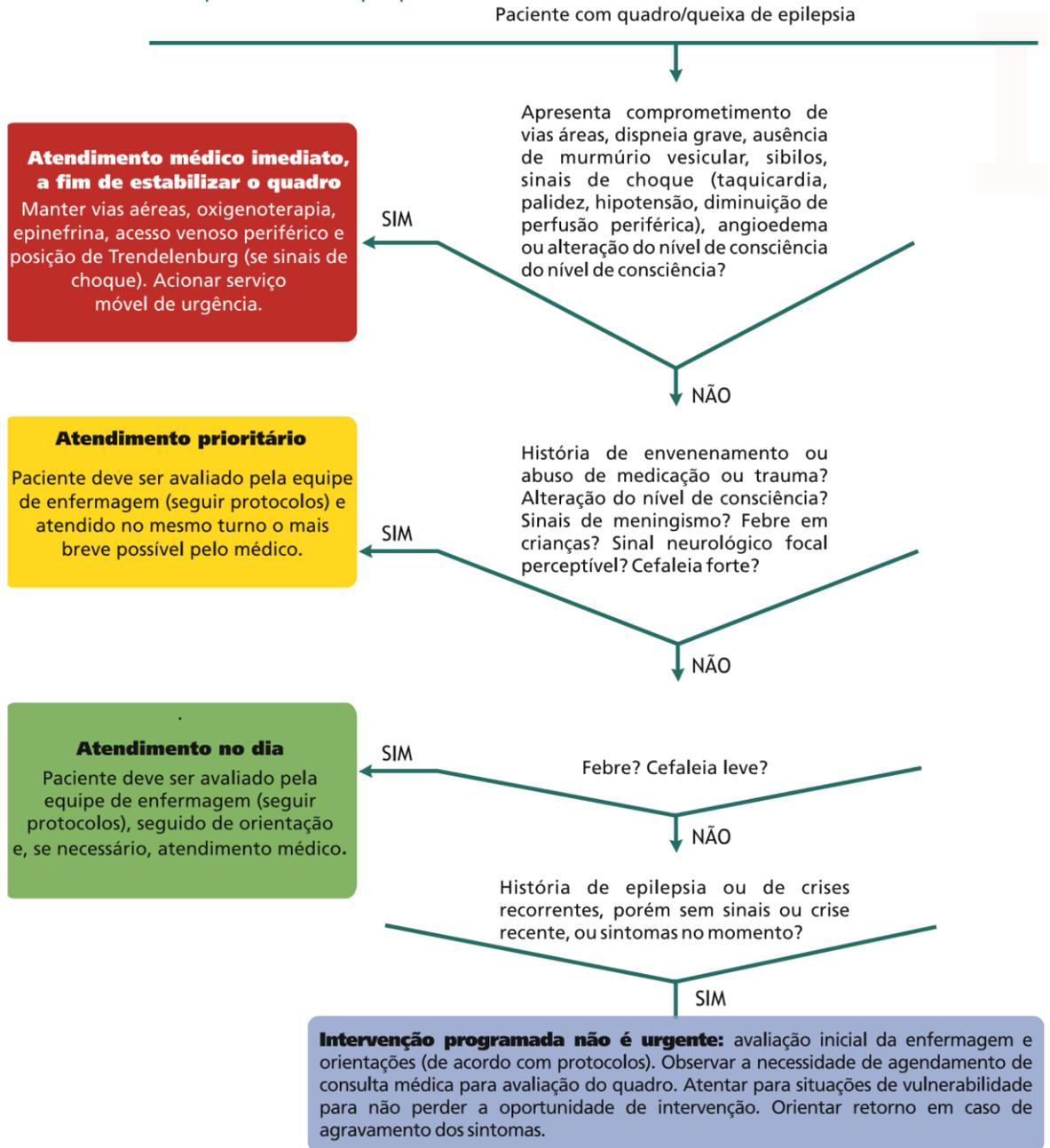
2 CEFALEIA



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

3 CRISE EPILÉPTICA E EPILEPSIA

Figura 5 – Fluxograma e algoritmo que abordam o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com epilepsia ou em crise

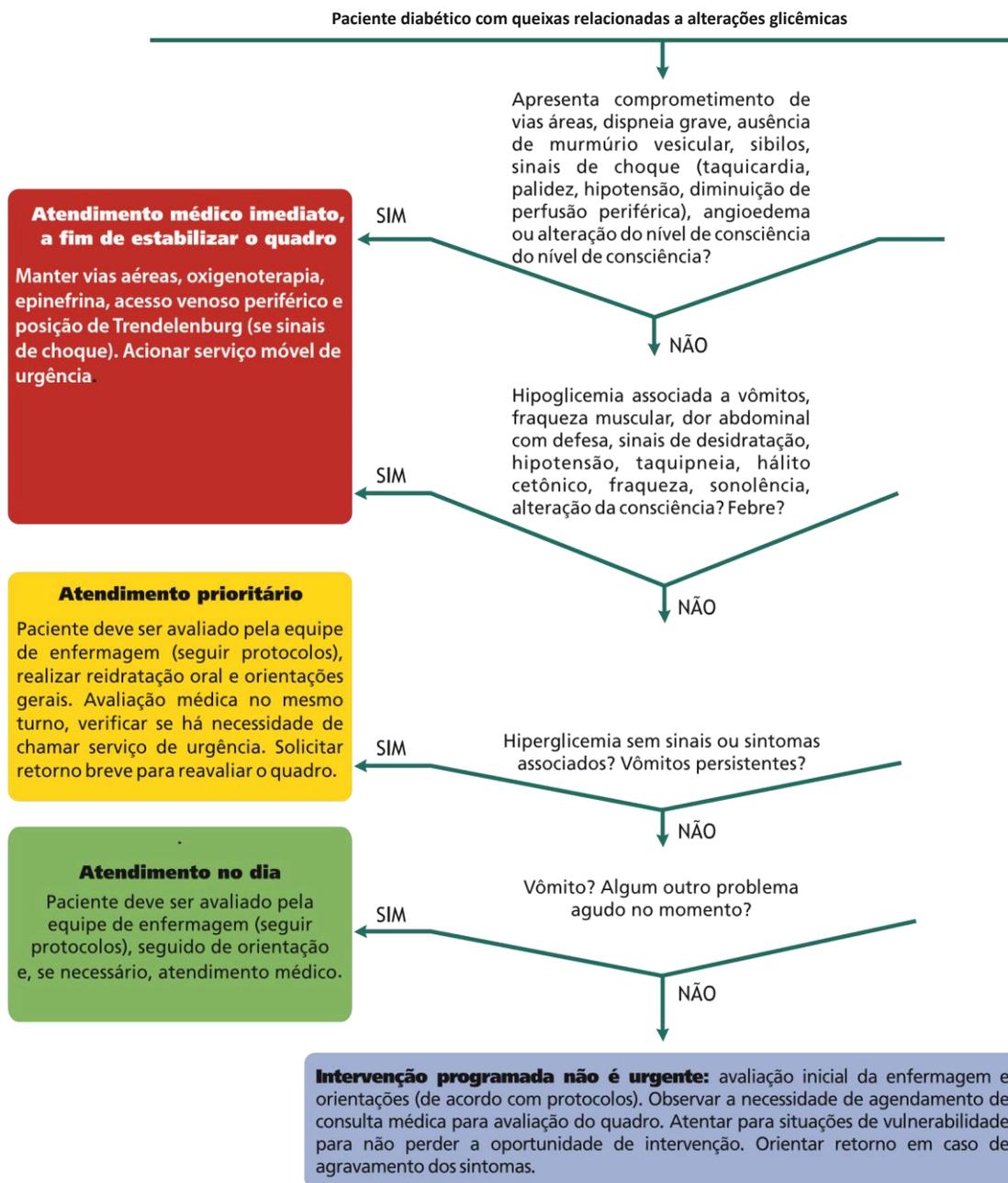


Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

4 DESCOMPENSAÇÃO DO DIABETES MELLITUS: HIPOGLICEMIA E

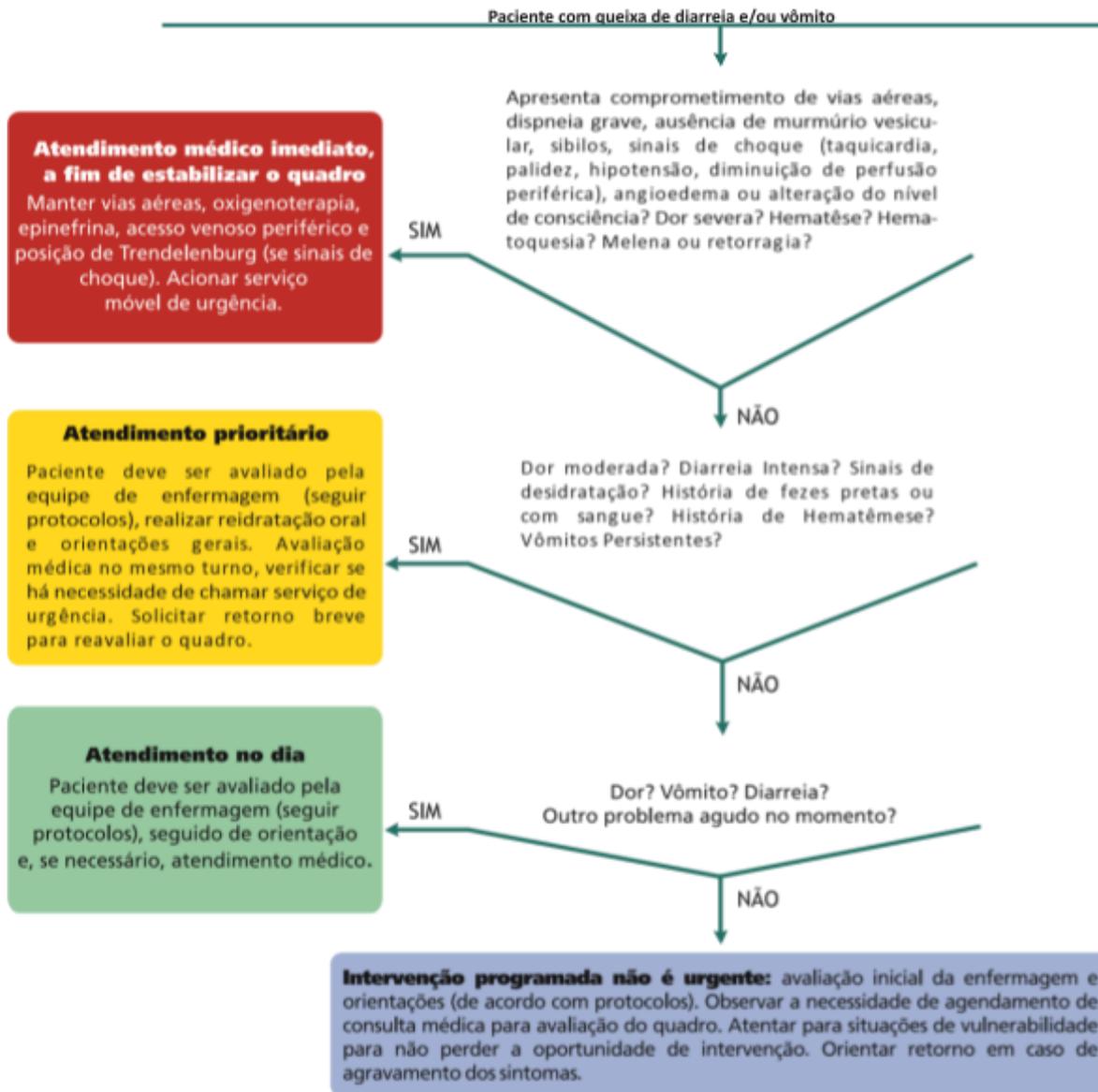
HIPERGLICEMIA

Figura 7 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes diabéticos que procuram atendimento por demanda espontânea



5 DIARREIA E VÔMITO

Figura 8 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento por queixa de diarreia e/ou vômito



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

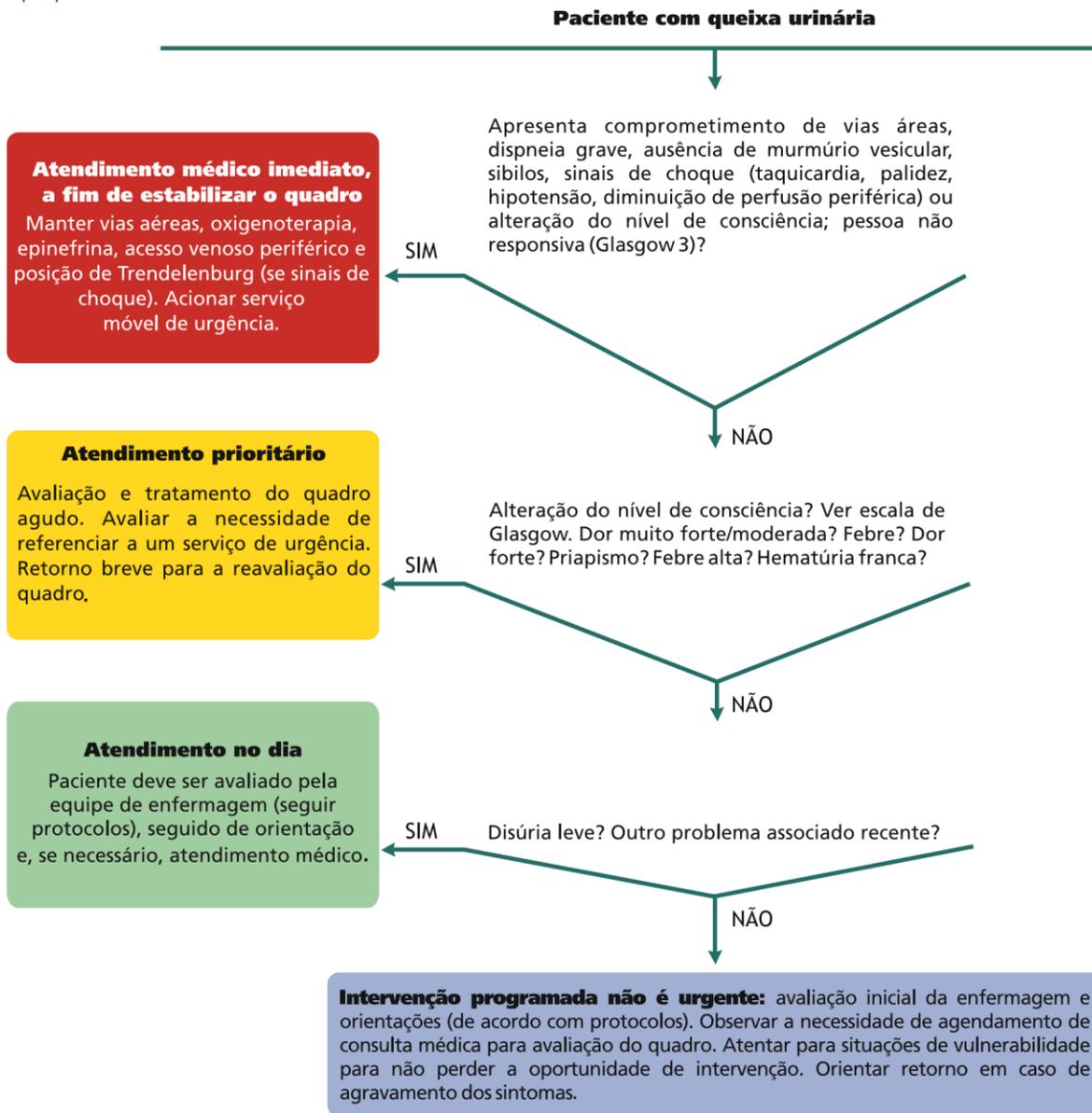
6 DISPNEIA

Figura 12 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes que procuram atendimento devido à queixa de dispneia



7 DISÚRIA

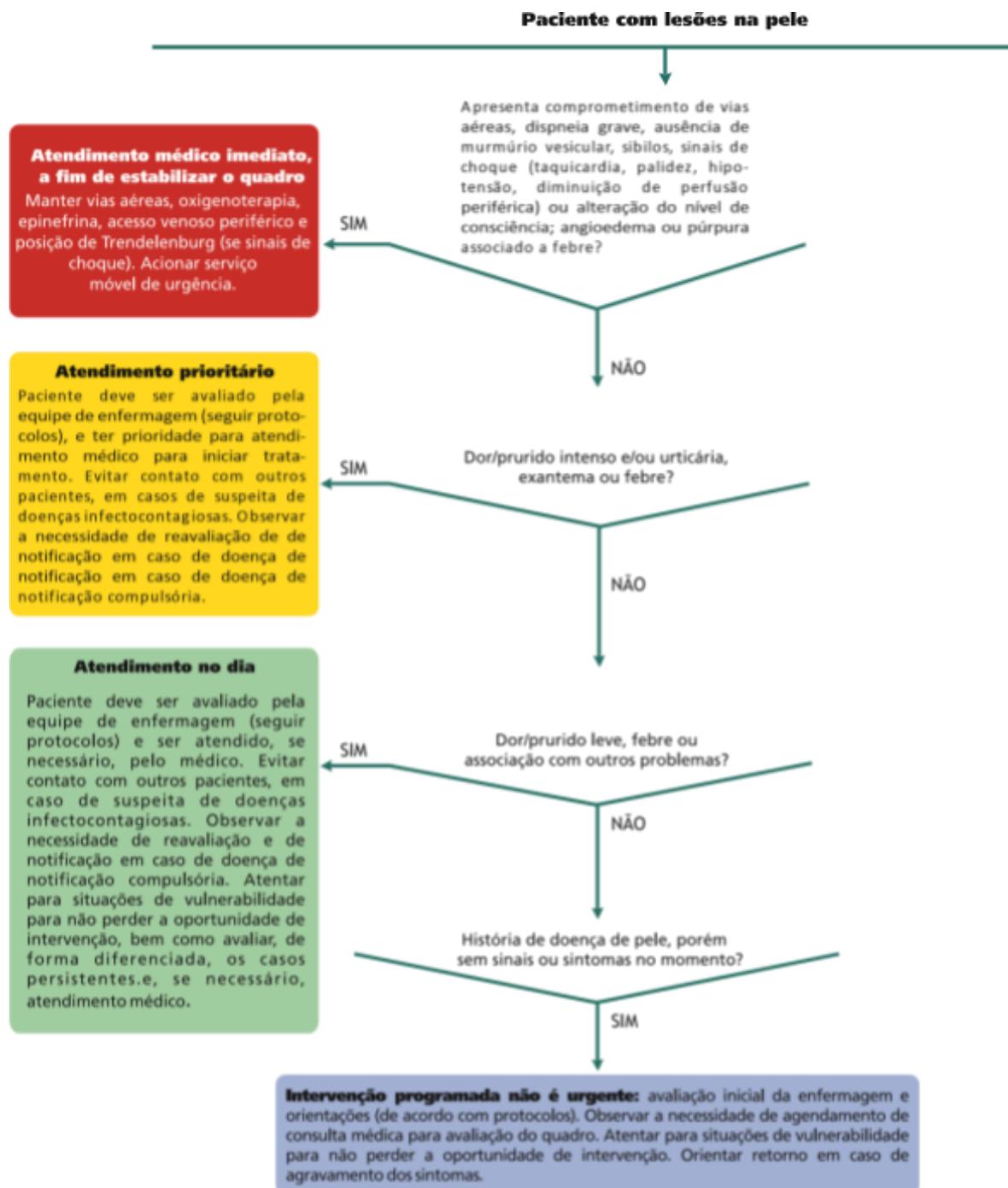
Figura 13 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de disúria que procuram atendimento na AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

8 DOENÇAS DE PELE

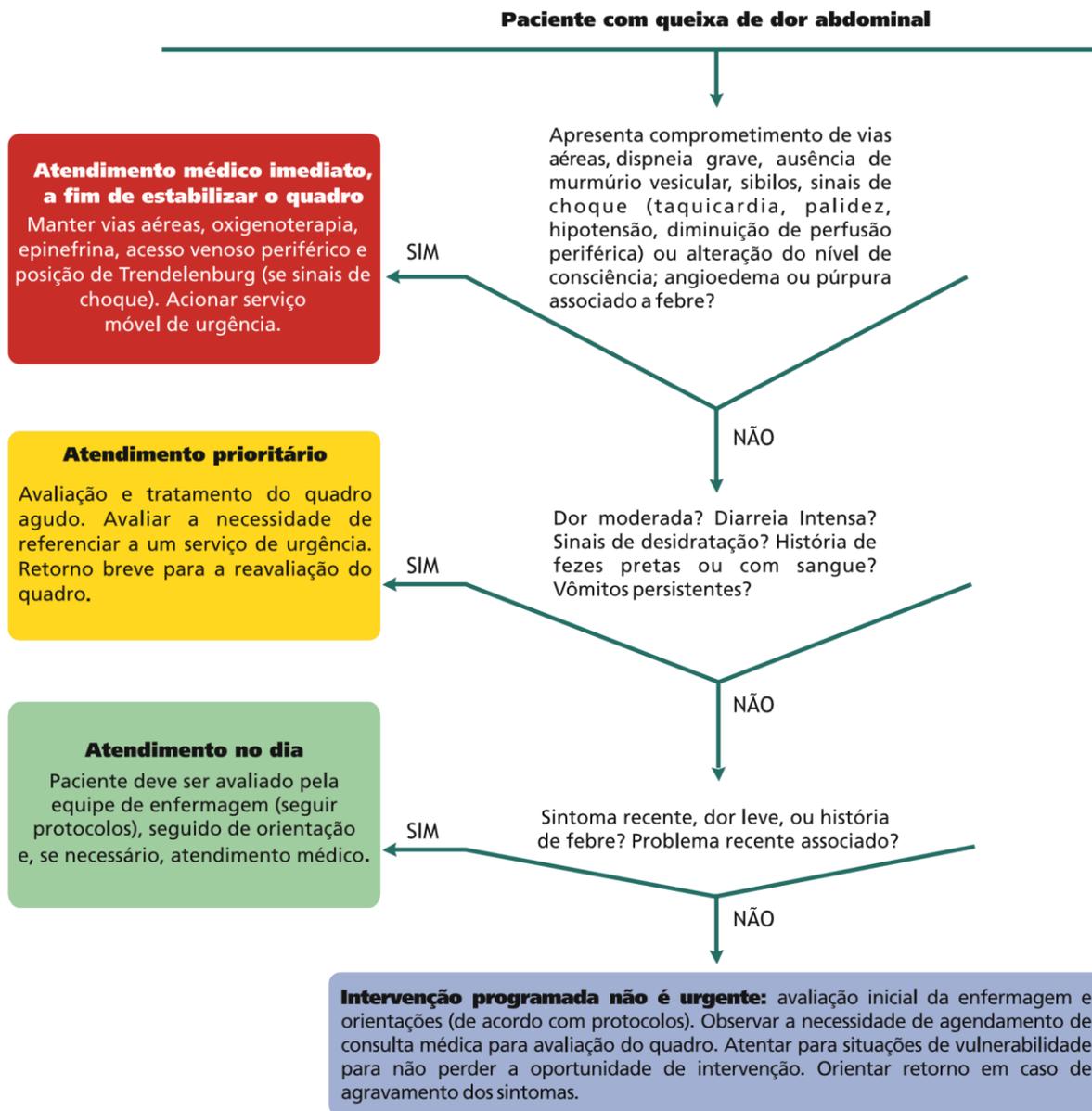
Figura 28 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com doença de pele aguda que procuram a AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

9 DOR ABDOMINAL

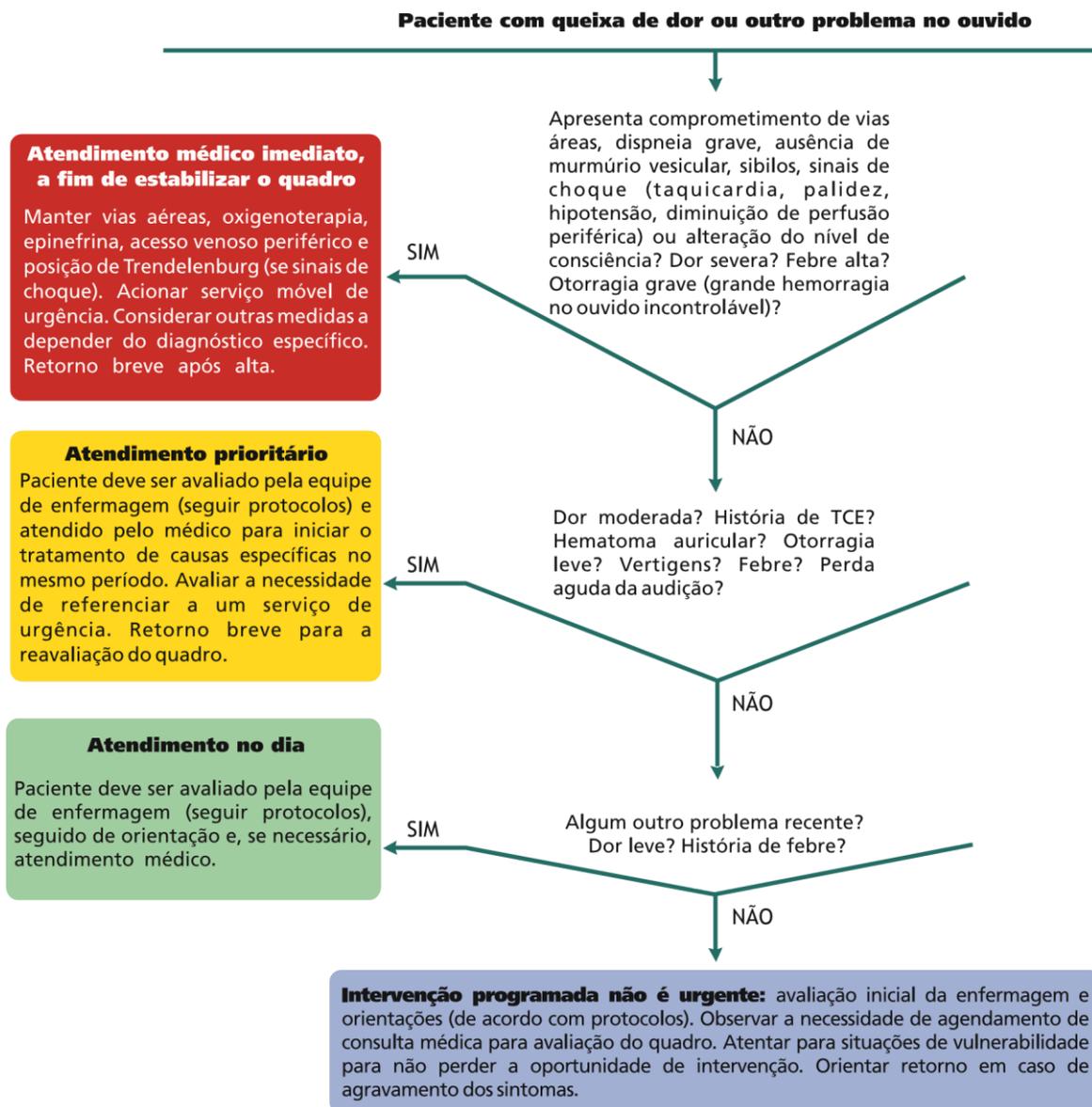
Figura 28 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com dor abdominal que procuram a AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

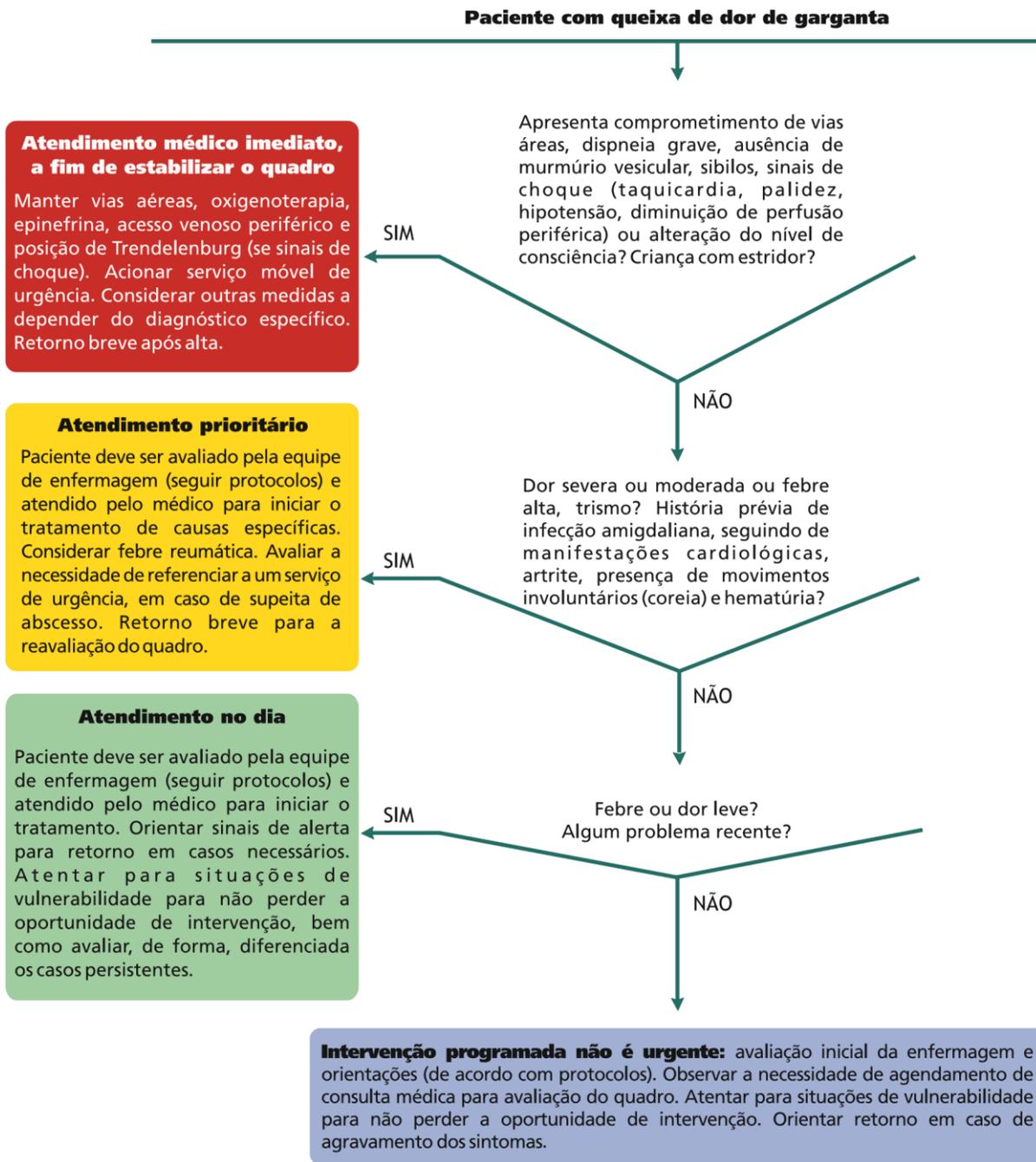
10 DOR DE OUVIDO

Figura 30 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor ou outros problemas no ouvido que procuram atendimento na AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

11 DOR DE GARGANTA



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

12 DOR LOMBAR

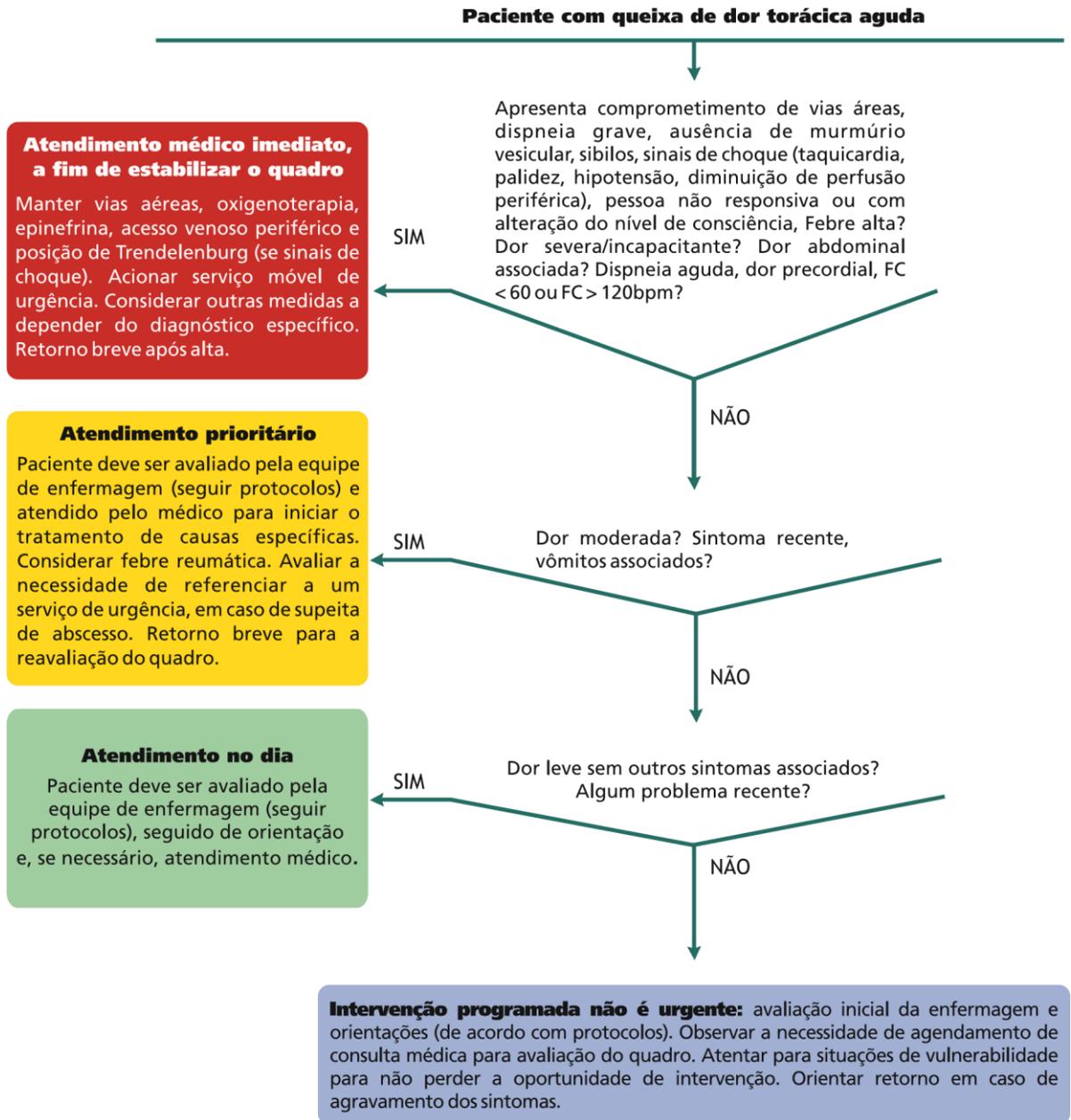
Figura 32 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor lombar aguda que procuram atendimento na AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

13 DOR TORÁCICA

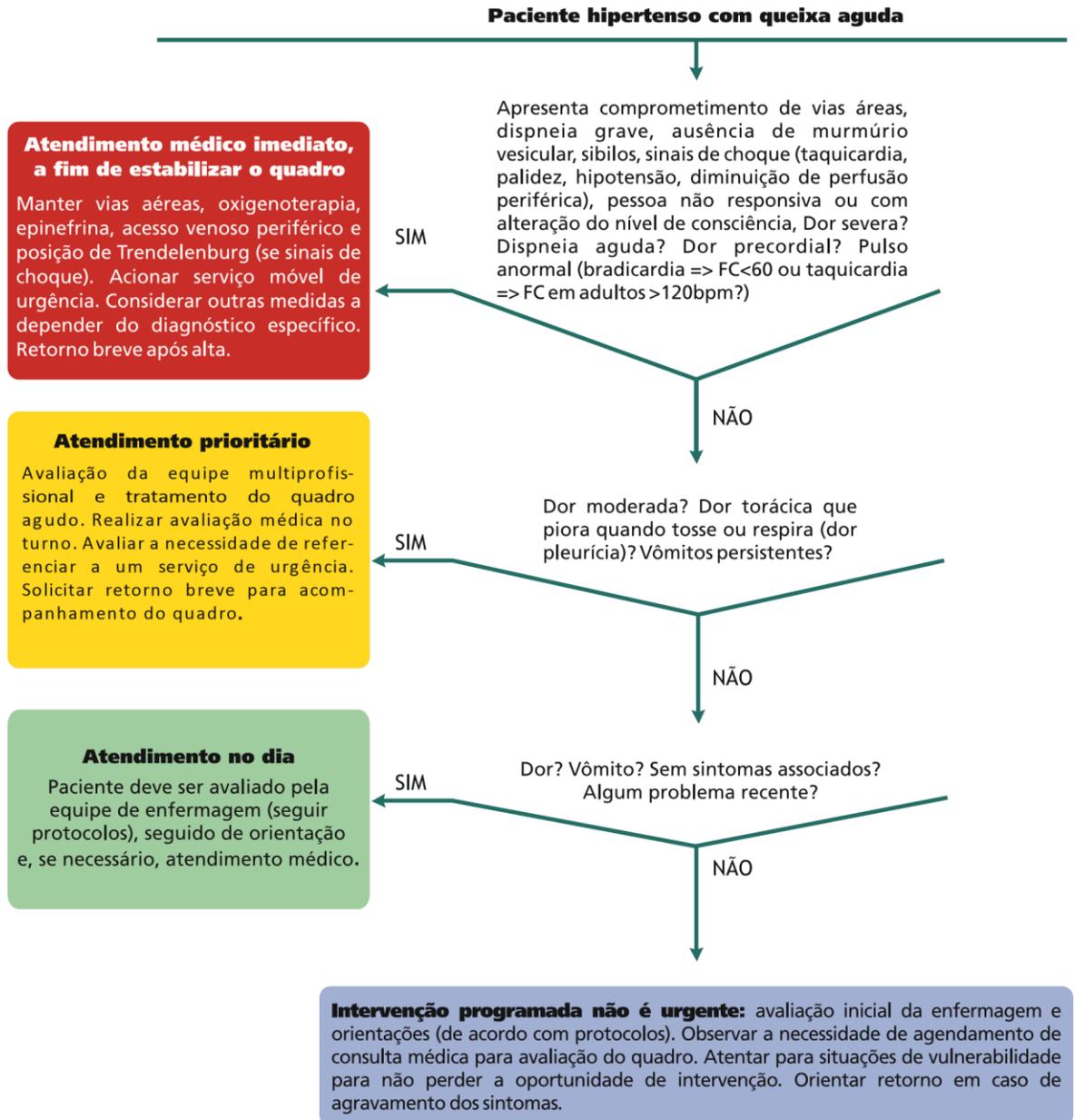
Figura 34 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com quadro de dor torácica aguda que procuram atendimento na AB



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

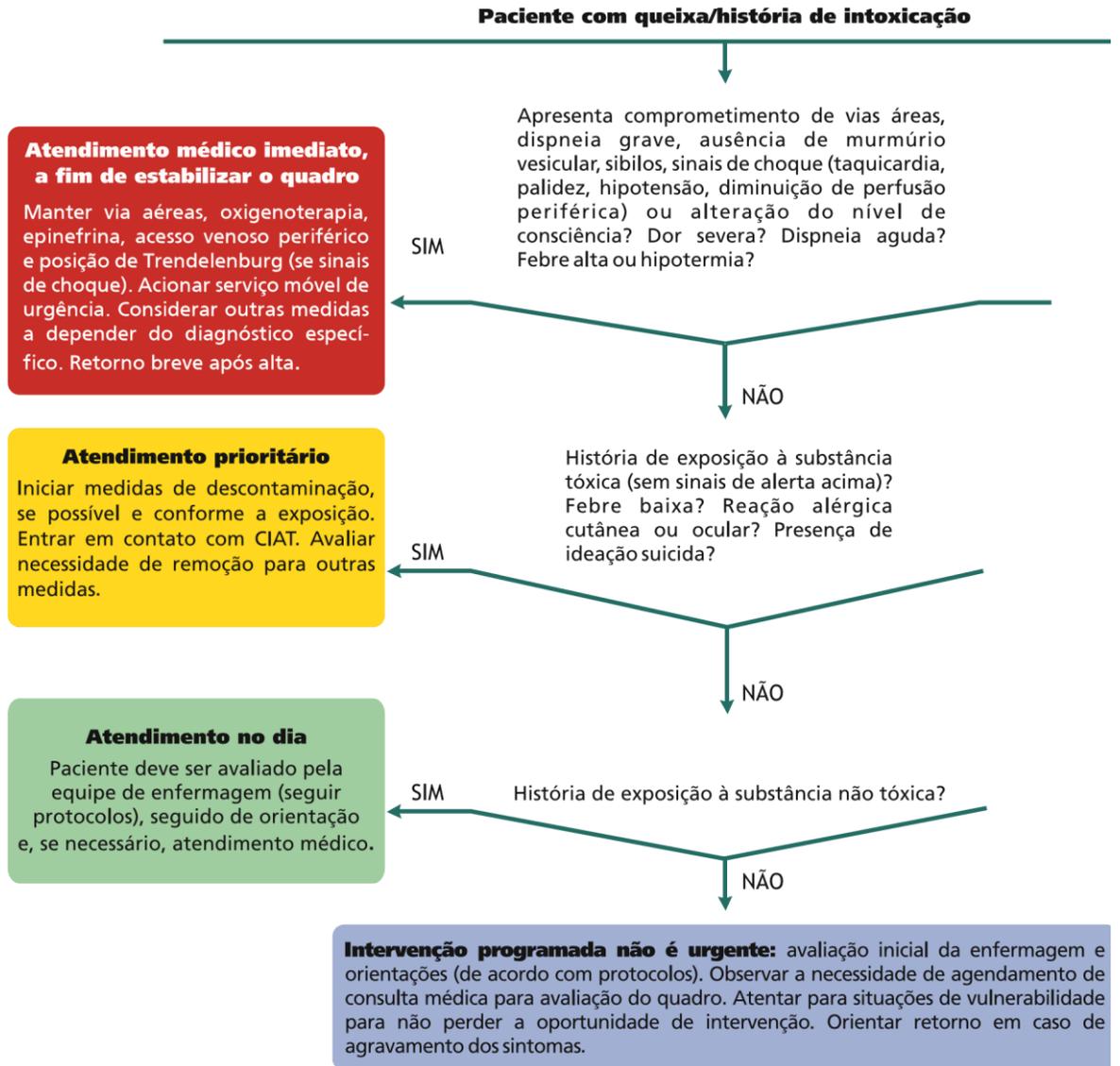
14 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – ALTERAÇÕES AGUDAS

Figura 35 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes hipertensos



15 INTOXICAÇÕES AGUDAS POR PLANTAS TÓXICAS E MEDICAMENTOS

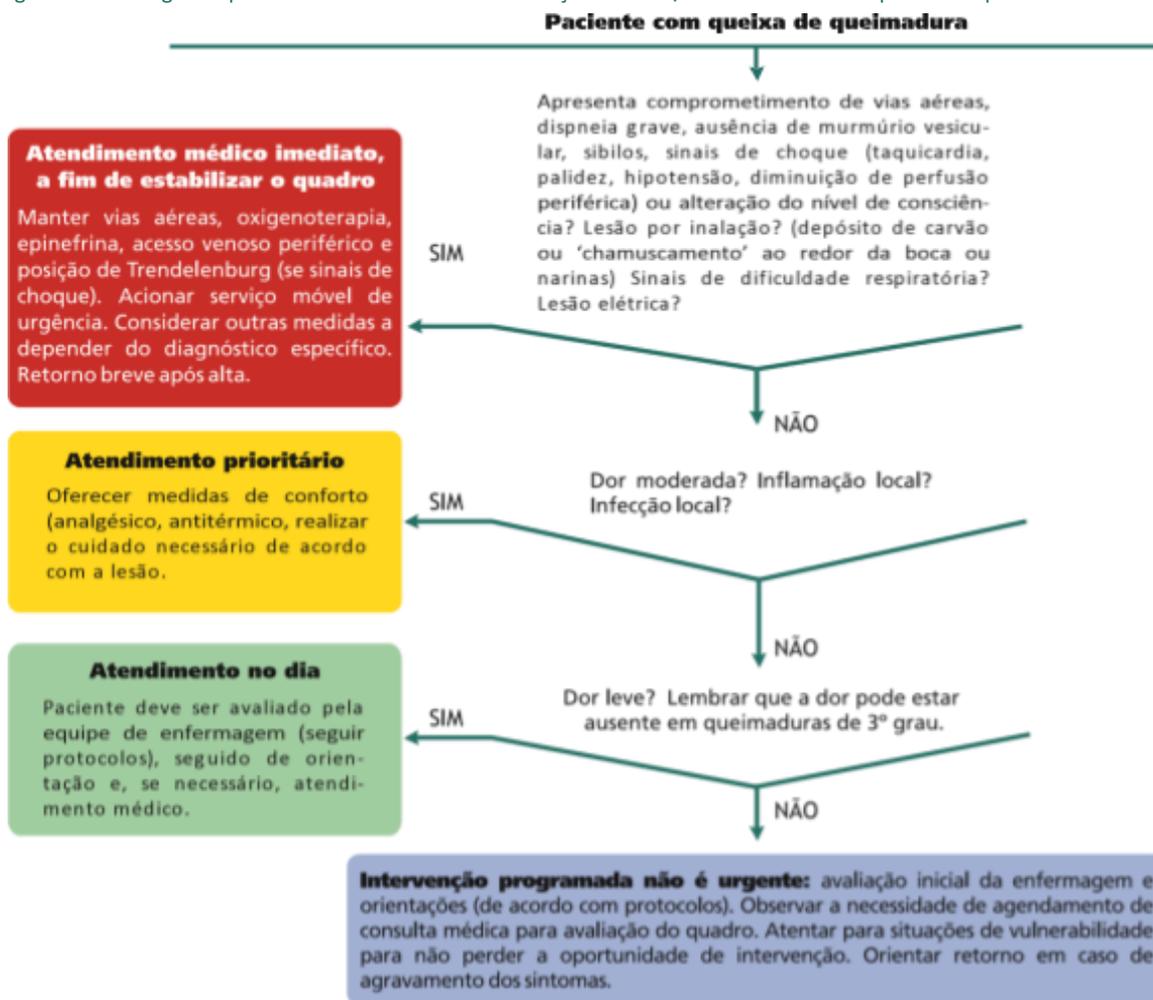
Figura 36 – Fluxograma de classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com história de exposição à substância tóxica



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

16 QUEIMADURAS

Figura 38 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes queimados

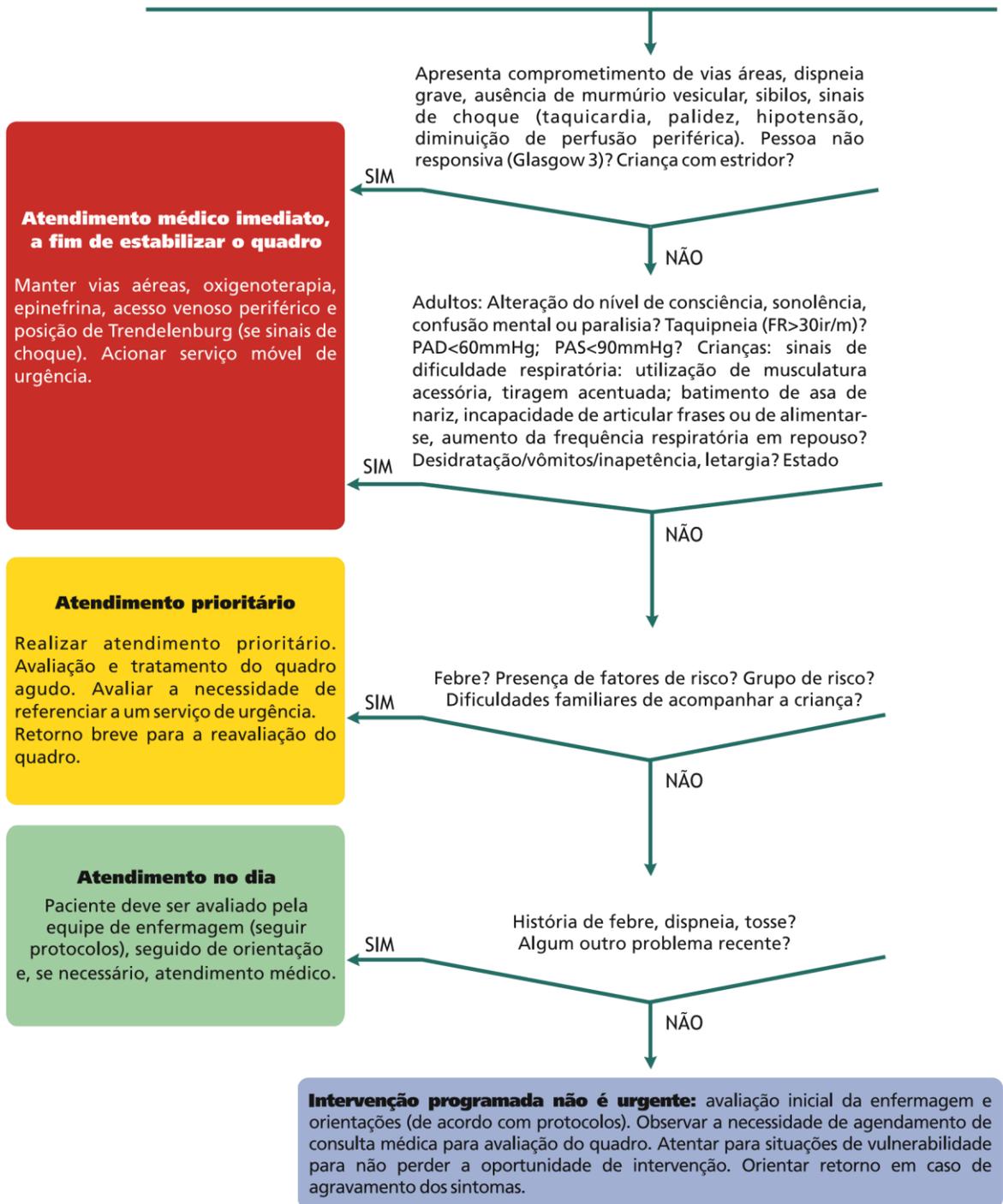


Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

17 RINOSSINUSITES/SÍNDROMES GRIPAIS

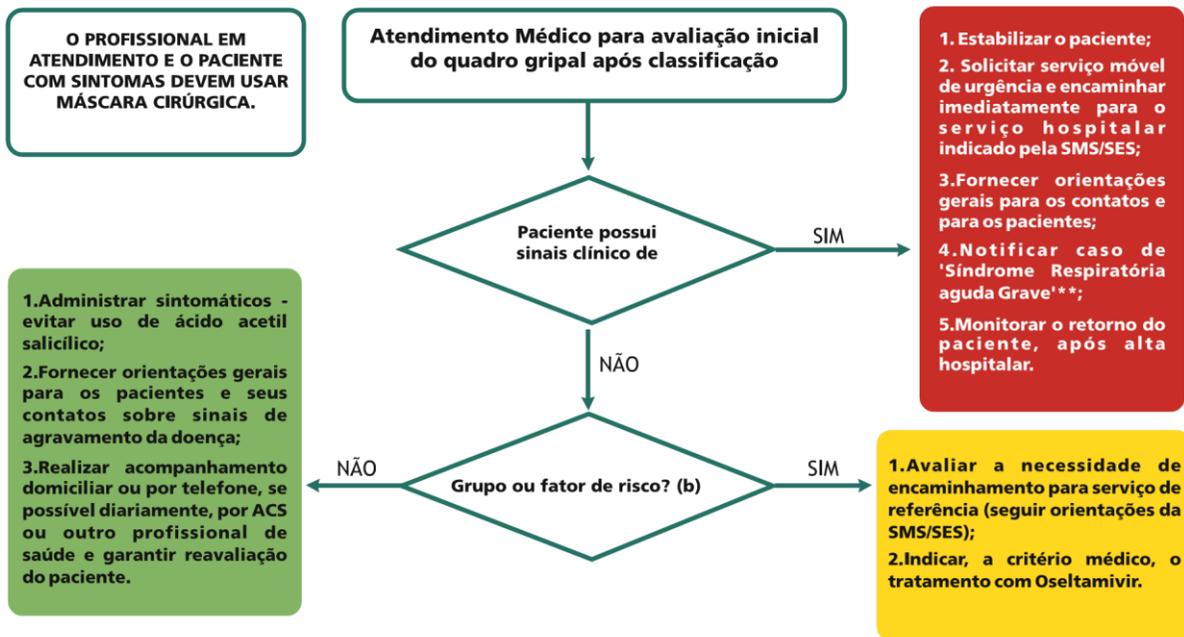
Figura 39 – Fluxograma de atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos casos de síndrome gripal

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA – Queixas mais comuns na Atenção Básica
Paciente com queixa de gripe



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 40 – Resumo dos principais pontos do atendimento do paciente com síndrome gripal na atenção primária



Sinais clínicos de Alerta (a)

Avaliação em adultos

- Alteração do nível de consciência, sonolência, convulsão ou paralisia
- Frequência respiratória > 30 IRPM
- PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg

Avaliação em crianças

- Cianose
- Batimento de asa de nariz
- Taquipnéia: 2 meses a menor de 1 ano (>50 IRPM); 1 a 5 anos (>40 IRPM)
- Toxemia
- Tiragem intercostal
- Desidratação/vômitos/inapetência, letargia
- Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentar

OSELTAMIVIR

- Iniciar administração até 48 horas após início dos sintomas.
- Adultos:** 75mg, 2x/d, por 5 dias
- crianças:** <15kg 30mg 2x/d por 5 d
15 a 23 kg: 45mg 2x/d por 5 d
23 a 40 kg: 60mg 2x/d por 5 d

Orientações aos pacientes, contatos e população em geral:

- Higienizar frequentemente as mãos com água e sabão;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal e alimentos;
- Evitar aglomerações e ambientes fechados.

Orientações específicas para os sintomáticos:

- Usar máscara;
- Permanecer sempre que possível em sua residência.

Grupo de risco (b) – Pessoas que apresentem as seguintes condições clínicas:

Imunodepressão: por exemplo, indivíduos transplantados, pacientes com câncer, em tratamento para Aids ou em uso de medicação imunossupressora;

Condições crônicas: por exemplo, hemoglobinopatias, problemas cardiovasculares, pneumopatias, insuficiência hepática, doenças renais crônicas, doenças neurológicas, doenças metabólicas (diabetes mellitus e obesidade grau III (Índice de Massa Corporal maior ou igual a 40) e doença genética (Síndrome de Down); e

Indígenas (população aldeada).

Fatores de risco (b)*

Idade: inferior a 2 ou superior a 60 anos de idade; e

Gestação: independentemente da idade gestacional.

OBS: * A equipe de saúde da APS deve dispensar especial atenção aos casos de síndrome gripal em idosos (>60 anos), gestantes e crianças cujos cuidados familiares possam ser negligenciados, o que poderá prejudicar a administração de medicamentos e o seu acompanhamento cuidadoso.

Fonte: (BRASIL, 2010).

18 SANGRAMENTO GENITAL ANORMAL

Figura 41 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sangramento genital

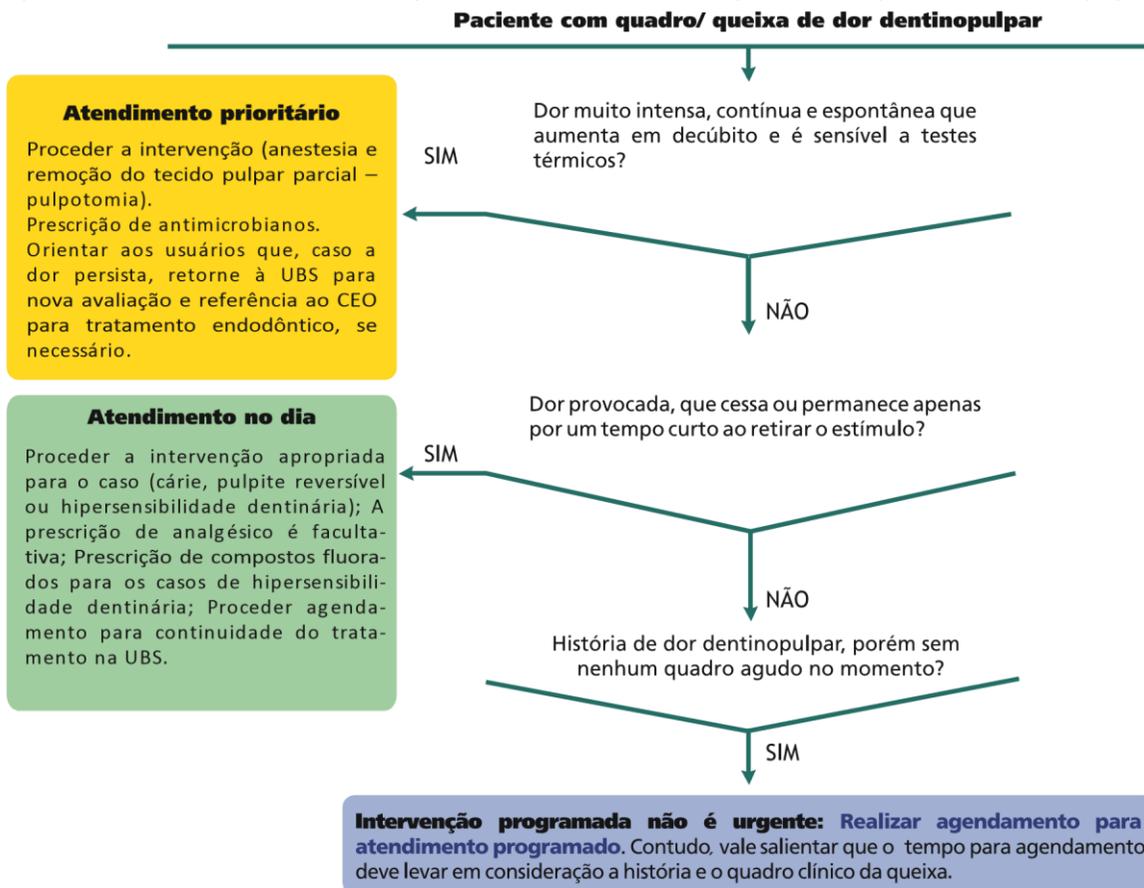


Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

19 URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

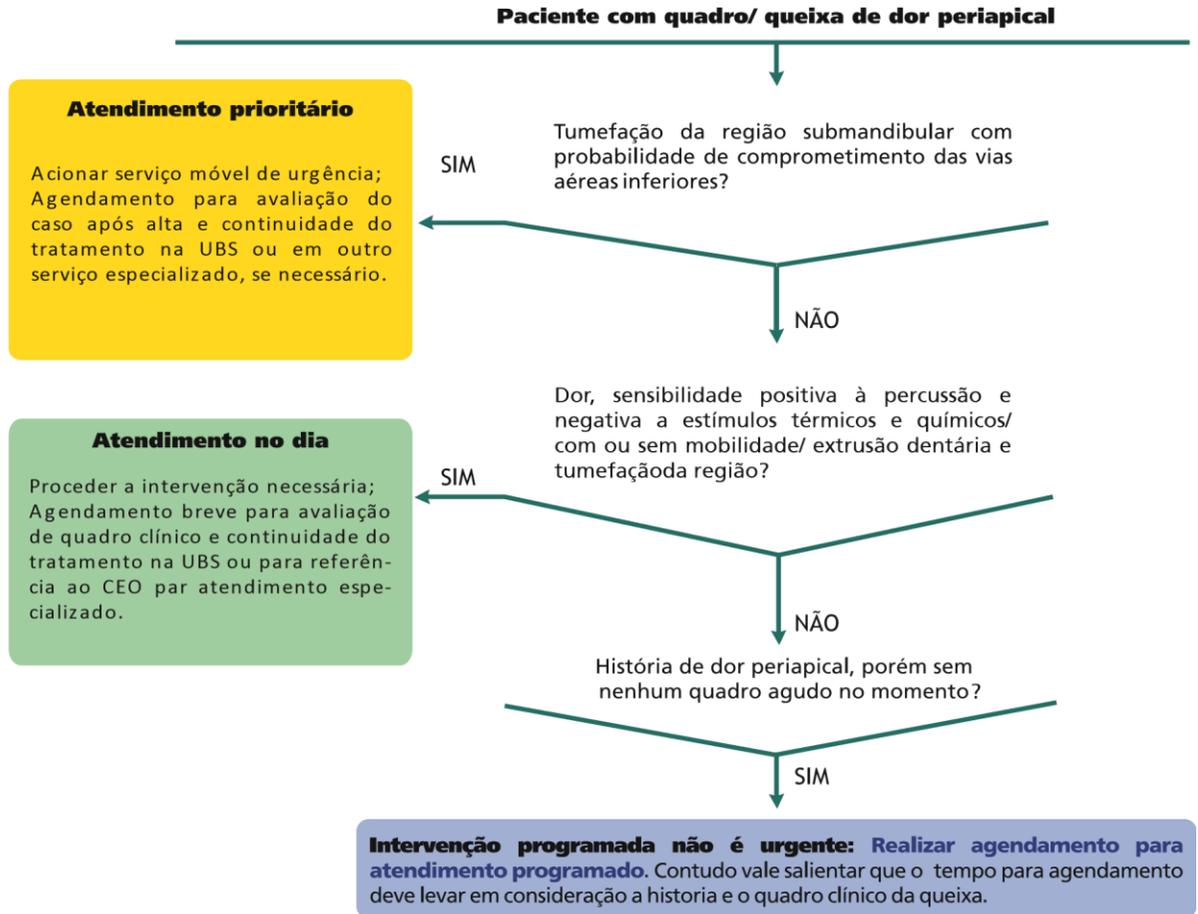
Após a avaliação de risco e de vulnerabilidades, o primeiro atendimento do usuário exigirá mais que um interrogatório centrado no procedimento, deverá ser realizado a partir de um diálogo, com momentos de fala e de escuta qualificada. Tal conduta é pouco perceptível na prática odontológica, onde o diálogo geralmente se restringe a dados anamnésicos. A anamnese direciona o exame clínico e permite a escolha da melhor terapêutica para cada caso, além de auxiliar na tomada de decisão, mas se torna ainda mais rica e repleta de detalhes quando realizada baseada no diálogo.

Figura 44 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor dentinopulpar



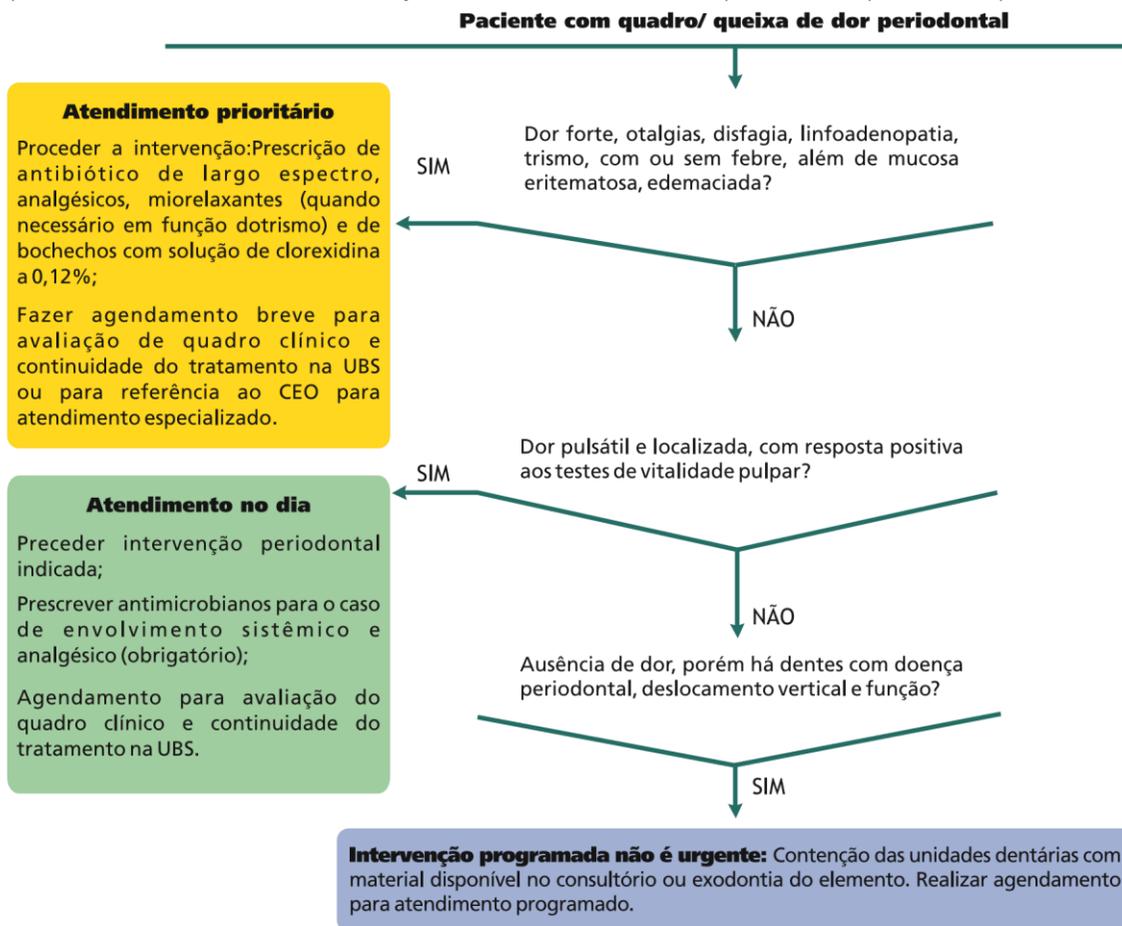
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 45 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor periapical



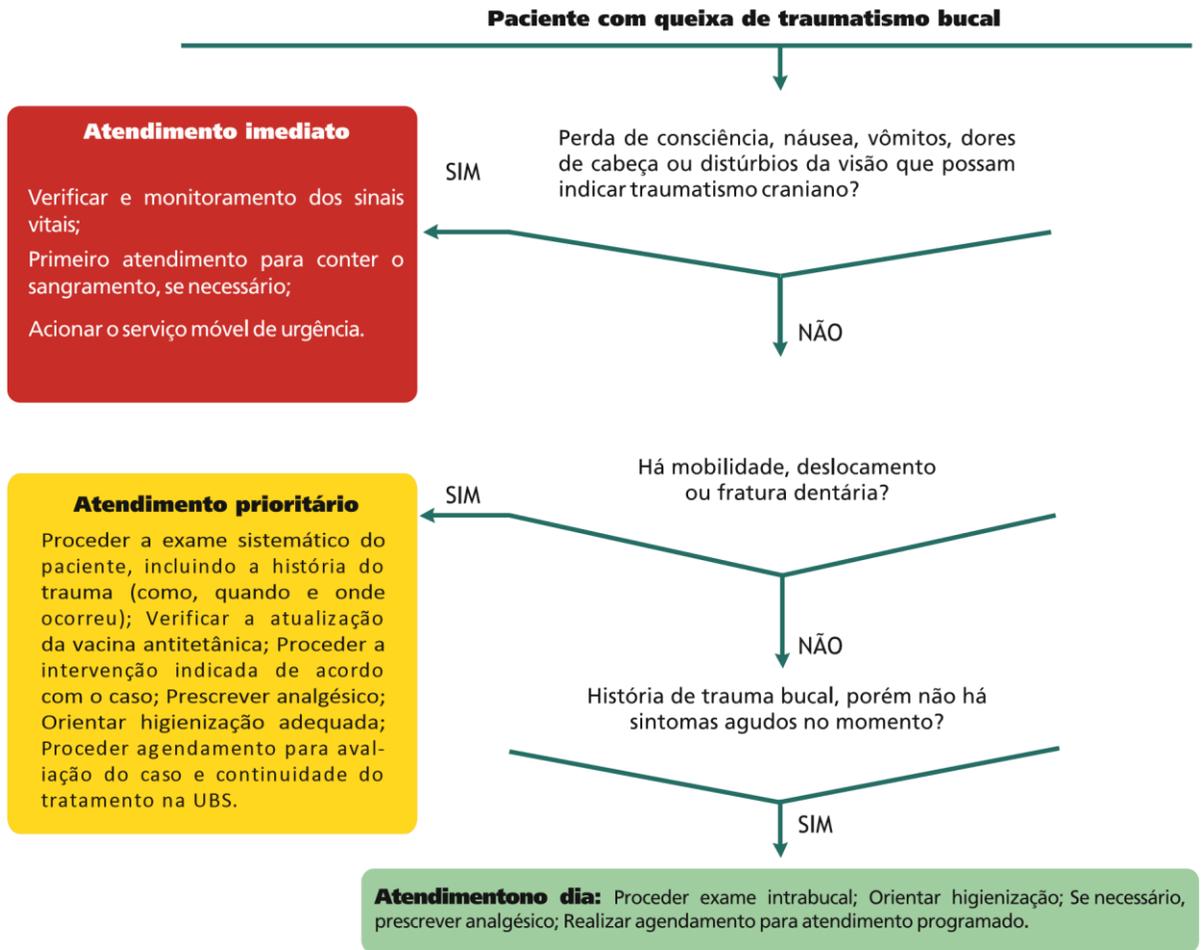
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 46 – Fluxograma que aborda o atendimento com classificação/vulnerabilidade de risco do paciente com queixa de dor periodontal



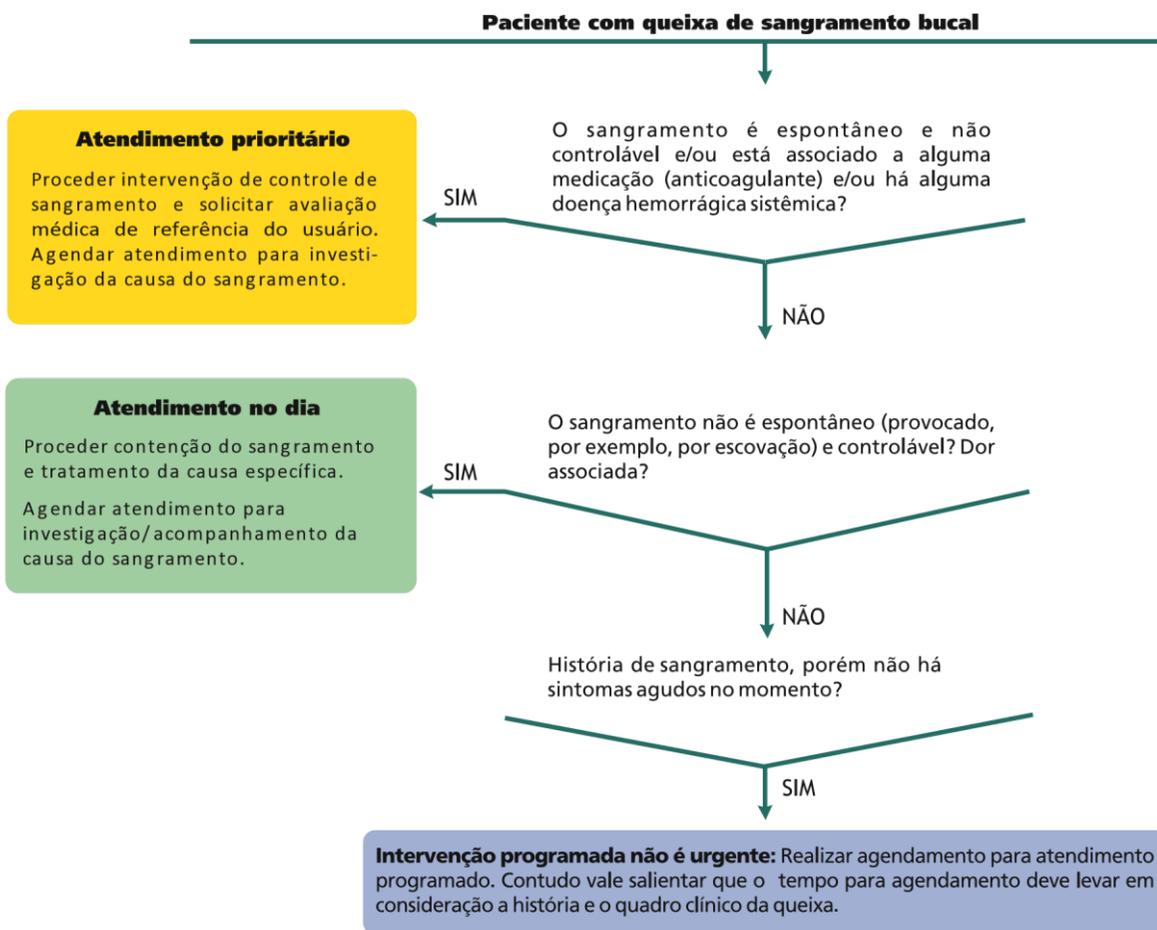
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 47 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a traumatismo bucal



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

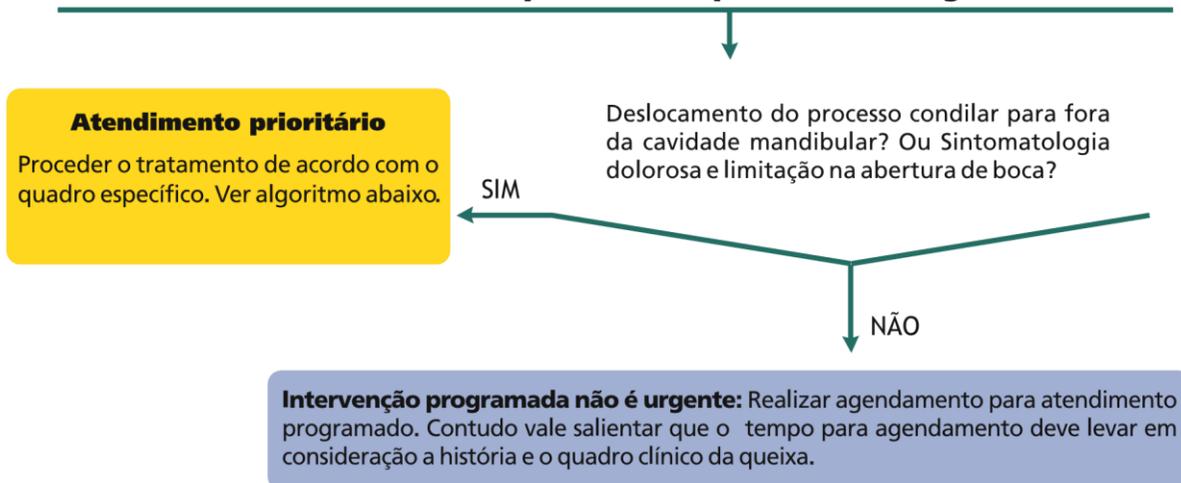
Figura 48 – Fluxograma para o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a sangramento bucal



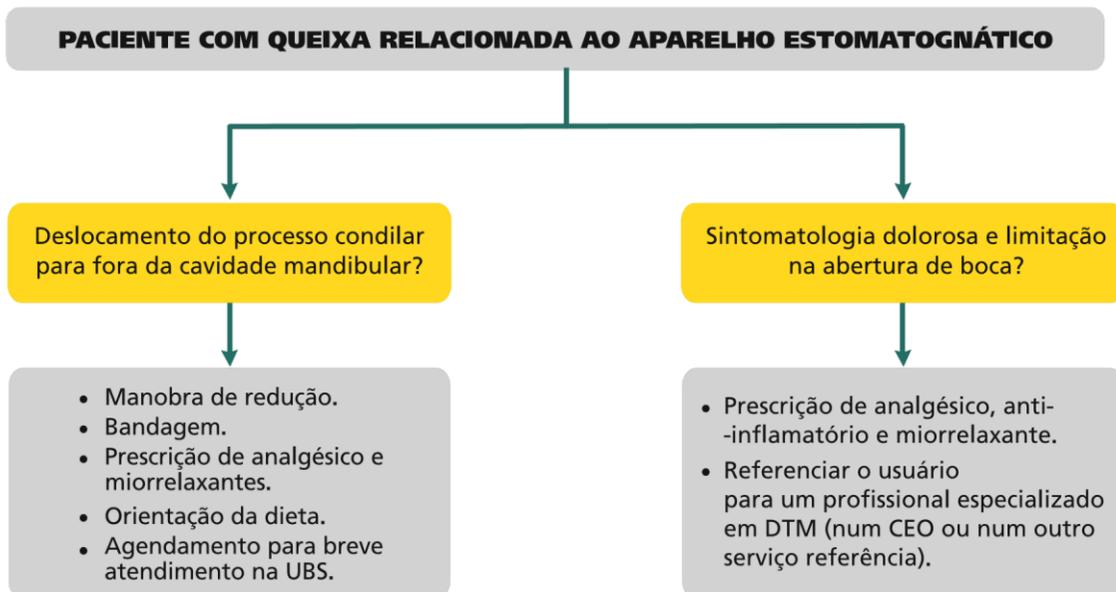
Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

Figura 49 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido problema no aparelho estomatognático – algias e disfunções

Paciente com problema no aparelho estomatognático



Algoritmo de atendimento às urgências do aparelho estomatognático – algias e disfunções



Paciente com queixa de acometimento da mucosa oral

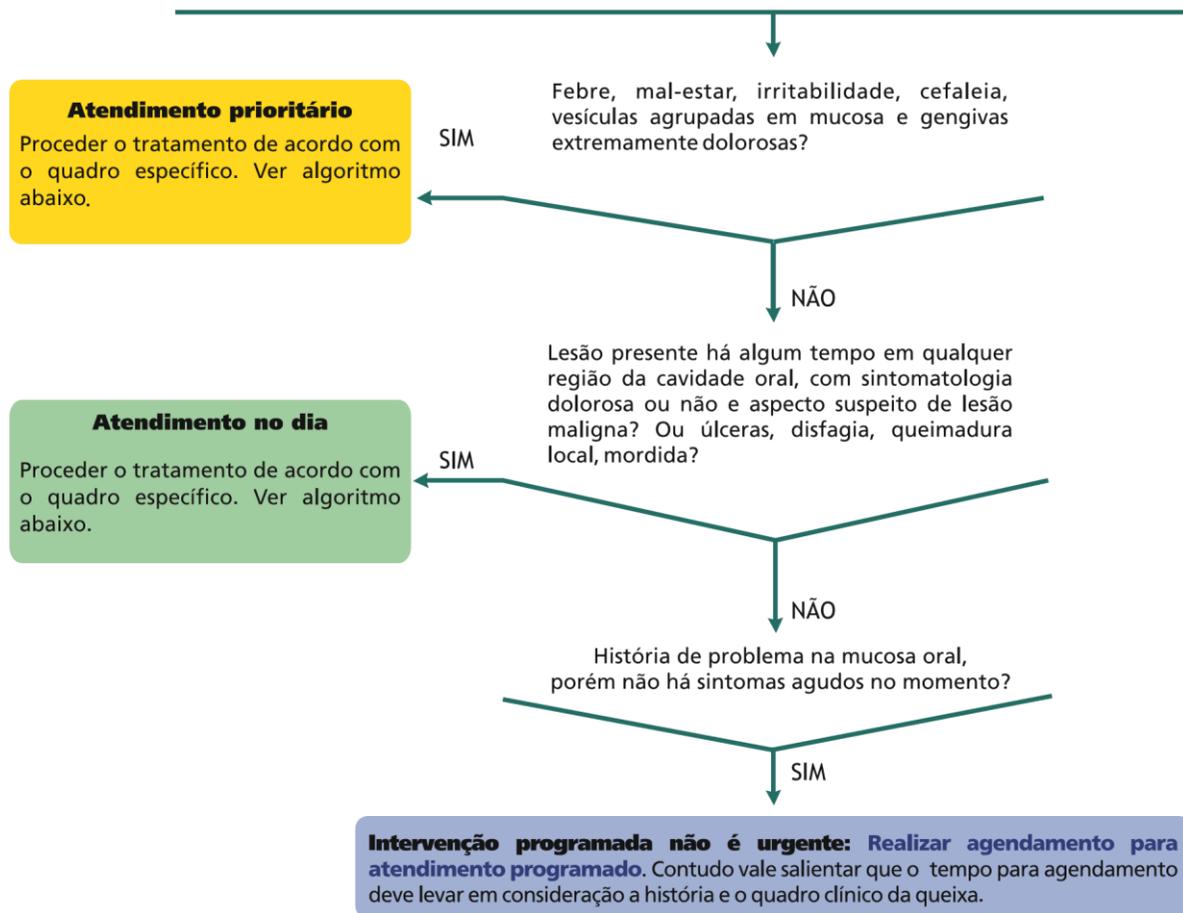
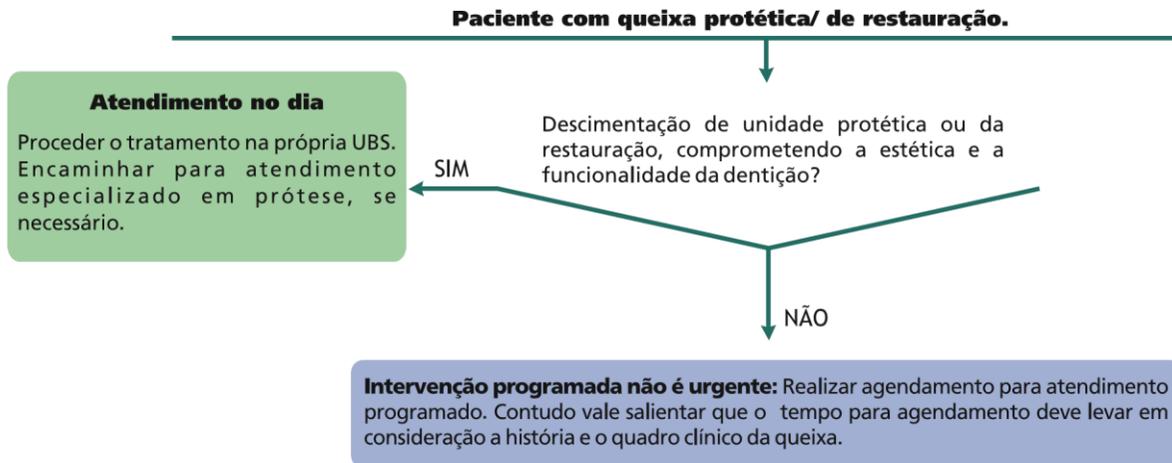
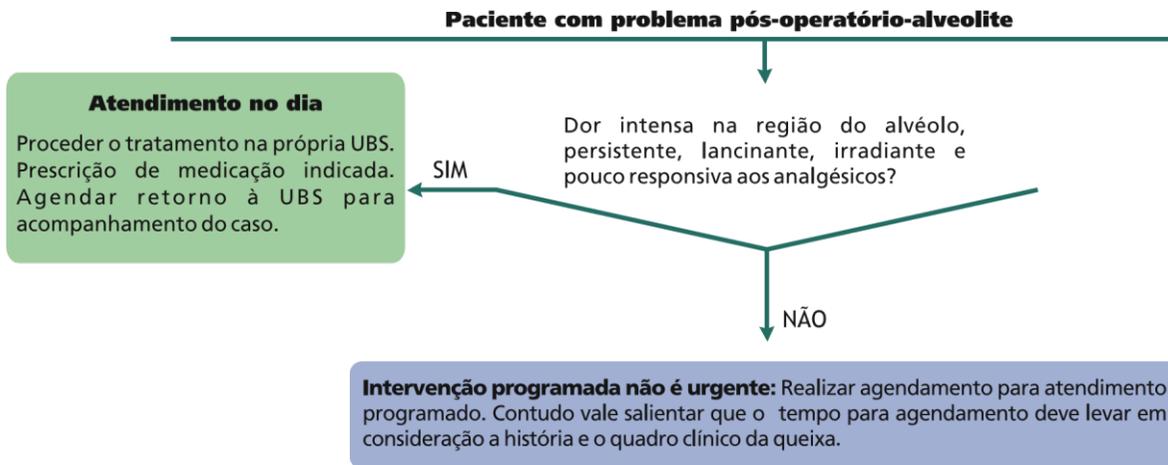


Figura 52 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente que procura atendimento devido a problema protético/de restauração



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

20 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Neste capítulo tratou-se das situações mais comuns:

- Transtornos agudos relacionados ao uso abusivo de álcool.
- Crises psicóticas agudas.
- Risco de suicídio.
- Transtornos de ansiedade agudos.

Figura 69 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com sofrimento mental agudo

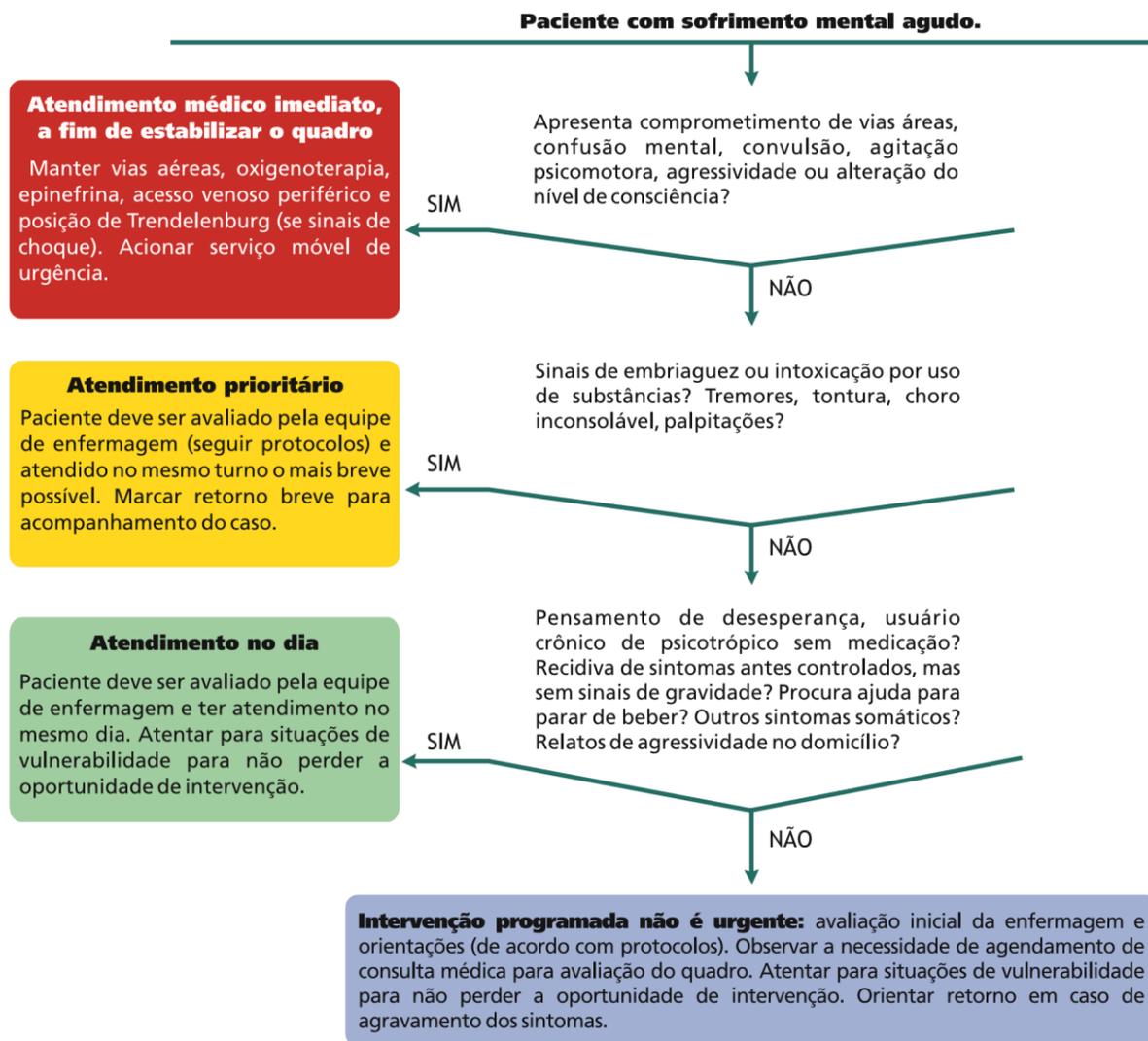
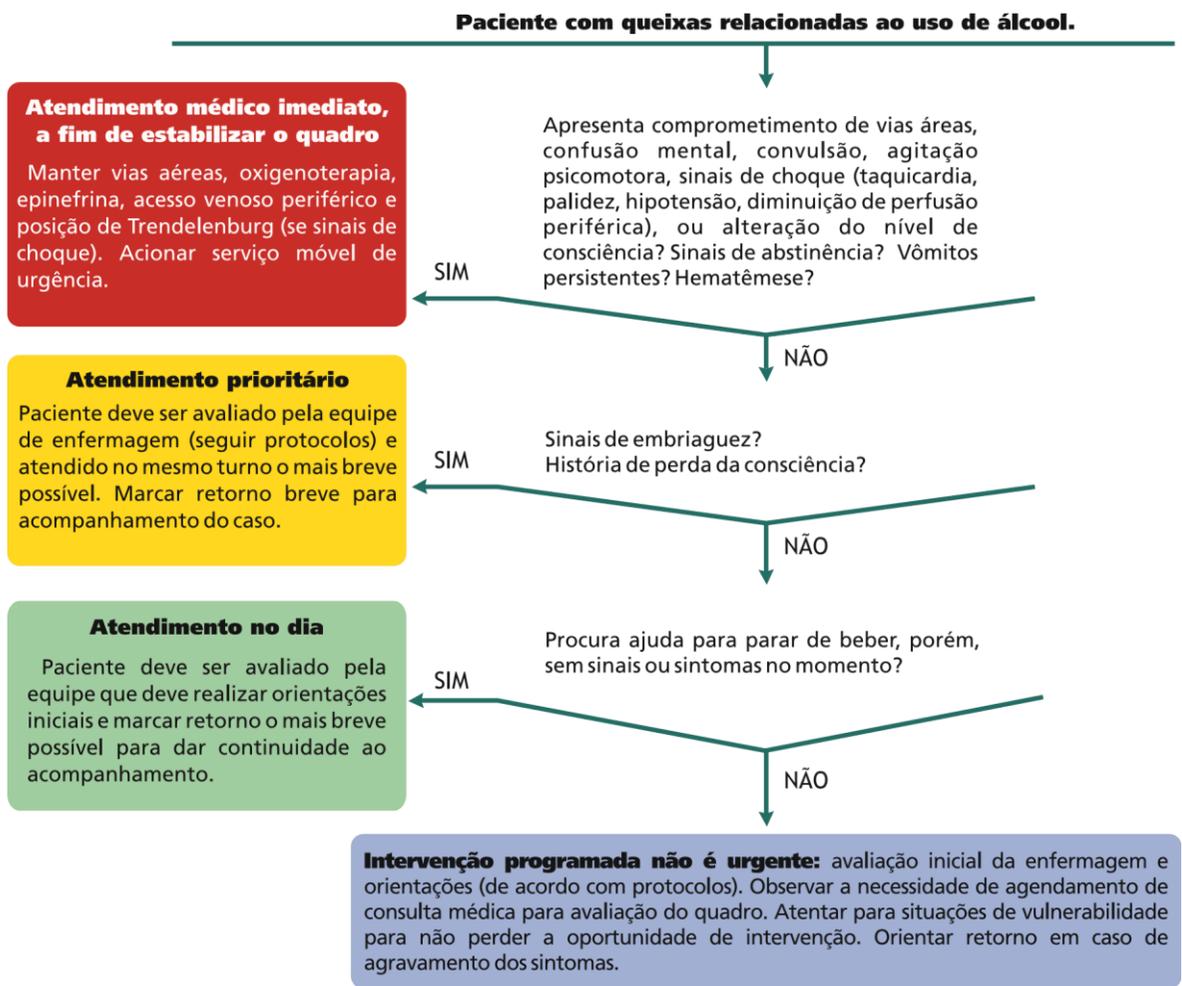


Figura 70 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos pacientes com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

21 USUÁRIOS “HIPERUTILIZADORES”

É recorrente o relato dos profissionais sobre usuários que frequentam a unidade básica com intervalos pequenos de tempo e sem motivos relevantes aparentemente. Torna-se necessário um olhar mais aprofundado sobre esse perfil de população e uma abordagem diferenciada no acolhimento.

Vale ressaltar que muitas vezes a unidade básica, além das escolas, é o único equipamento público existente em um território. Dessa forma, há que se estabelecer a diferenciação de necessidades de saúde e demanda por cuidados. A primeira requer planejamento de políticas sociais que vão além dos serviços de saúde e esse pode ser um dispositivo de discussão com a comunidade sobre a participação popular na definição das prioridades e operacionalização dessas políticas, como a construção de creches, praças, quadras de esportes, melhoria do transporte público e projetos de geração de renda. E faz parte do escopo de ação dos profissionais da Atenção Básica estimular a participação dos usuários nas instâncias de controle social do SUS e de outros espaços de organização social.

Sobre a demanda por cuidados, propõe-se que a realização do diagnóstico da área de abrangência inclua a análise das famílias sobre o perfil de risco e vulnerabilidade, não apenas de forma regionalizada, demarcada por ruas ou bairros, mas de acordo com o histórico de seus membros: desemprego, dependência química, idoso frágil ou acamado, portadores de deficiências, crianças com déficit de cuidados ou atraso de desenvolvimento, violência doméstica, portadores de sofrimento mental e outros. Tal conduta favorece o planejamento de cuidados e a abordagem familiar, que deve anteceder a procura pelo atendimento por demanda espontânea.

O aumento da frequência de determinados usuários na unidade também pode ser questionado aos mesmos, de forma solidária e propositiva: “percebemos que você tem vindo frequentemente ao centro de saúde, existem outros motivos que queira nos falar?” Talvez esse seja o momento que a escuta se dará de forma mais acolhedora e que os reais problemas que o incomodam venham à tona.

Percebe-se que as informações sobre o processo de trabalho das equipes e os fluxos nem sempre estão claros e a própria rotina do serviço favorece para a circulação das mesmas pessoas. Por exemplo, quando se adota dia e horário de consulta diferente dos de agendamento de exames ou a definição de horários restritos de funcionamento de setores como sala de curativo, vacina ou farmácia, fazem com que as pessoas precisem retornar diversas vezes ao serviço de saúde.

Há também aqueles usuários que são referência para sua comunidade e são acompanhantes frequentes de outras pessoas no acolhimento, pois se comunicam melhor com os funcionários e entendem as rotinas. Essas pessoas podem ser aliadas para contribuir com a organização do serviço e divulgar as informações para a vizinhança. Os mesmos podem ser convidados para participar de projetos sociais existentes e tornarem-se agentes educadores populares.

Quando as queixas clínicas da mesma pessoa se repetem é hora de re-avaliar o diagnóstico, a terapêutica, se a queixa está sendo bem conduzida ou se está sendo abordada apenas como condutas paliativas. Além disso, é importante estar atento para mudanças sutis nas características da queixa, evitando que algo importante passe despercebido, pois a equipe já está acostumada com a pessoa e sua queixa. Também é comum comentários e preconceitos com as pessoas que procuram os serviços frequentemente. Esse é um assunto que pode ser abordado na reunião de equipe para que todos compreendam a situação e possam refletir sobre a situação.

Essas queixas podem estar relacionadas à ocupação do usuário. O profissional deve levantar os riscos da atividade laboral descrita e buscar as possíveis causas dessas queixas. Sabemos que a saúde do trabalhador ainda é pouco abordada na atenção básica. No entanto, é crescente a demanda por atendimentos desse tipo, sendo a busca por atestados médicos um fator gerador de conflitos durante o processo de acolhimento à demanda espontânea. Propõe-se a interação com os serviços de atendimento à saúde do trabalhador e a qualificação profissional para lidar com esses casos.

Para todos os casos descritos acima e para aqueles vivenciados nas diversas realidades dos serviços de saúde em nosso país, a responsabilidade pelo acolhimento a demanda espontânea deve ser compartilhada com gestores e usuários, deixando de ser um fardo para os trabalhadores que se sentem muitas vezes num campo de batalha.

A produção de cuidado requer planejamento. Uma equipe bem articulada pode ser capaz de prever parte de seus problemas e compartilhar suas decisões, colocando-se como facilitadora no processo de cuidar coletivo e individual. Para isso as atribuições e condutas devem estar previamente pactuadas.

21 SITUAÇÕES “ADMINISTRATIVAS” COMUNS NO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Como organizar a renovação e transcrição de receitas e pedidos de exames de outros serviços? Como organizar a renovação de receitas expedidas pelo próprio serviço?

Introdução

Costuma ser frequente a procura de usuários em serviços de atenção primária para transcrição e/ou renovação de prescrições expedidas em serviços privados, na medida em que a dispensação de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) geralmente exige prescrição em receituários próprios. Esse tipo de necessidade também se apresenta em relação à renovação de receitas expedidas no próprio serviço de atenção primária ou em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, pois os diferentes serviços costumam estabelecer prazos de validade para dispensação de medicamentos.

O mesmo acontece em relação à transcrição de pedidos de exames complementares, já que cada rede local costuma possuir formulários e fluxos próprios, implicando na necessidade de adequação de tais solicitações aos fluxos estabelecidos. Situação que também se aplica a usuários que procuram atendimento em serviços privados (onde são solicitados exames) e comparecem na unidade de saúde na expectativa de transcrever as solicitações desses procedimentos.

Risco e Vulnerabilidade na Renovação/Transcrição de Receitas e Exames

Ainda que a princípio pareça ser uma demanda de simples resolução, a renovação/transcrição de receitas pode se tornar problemática se não for adequadamente acolhida do ponto de vista do cuidado ao usuário. Muitas vezes a equipe está pressionada por um conjunto de outras necessidades de caráter agudo, mais urgentes de serem equacionadas, fazendo com que tais demandas sejam colocadas, pelo menos momentaneamente, em segundo plano.

Além disso, geralmente este tipo de demanda não é de fácil resolução, devido a impossibilidade de acessar rapidamente as informações necessárias para saber o porquê de o usuário utilizar a medicação ou necessitar do exame solicitado. O registro no prontuário de uso prévio da medicação pelo usuário é um importante marcador da possibilidade de renovação/transcrição, mas nem sempre temos essa informação disponível prontamente.

Por outro lado, em alguns lugares em que o acolhimento funciona como prática cotidiana do serviço, esse tipo de demanda às vezes é tratada de forma esquemática, como um dos primeiros problemas ao qual a equipe se dedica. O motivo disso é que as “simples” transcrição/renovação de receitas e pedidos de exames podem ser rapidamente realizadas, liberando o serviço da pressão de ter uma grande quantidade de usuários em seu espaço físico de trabalho. Ao mesmo tempo, a “resolução” de um número razoável de demandas de usuários transmite à equipe uma sensação de dever cumprido.

No entanto, os simples atos de transcrever ou renovar prescrições ou pedidos de exame podem gerar e/ou aumentar o risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial derivados do problema de saúde do usuário. A manutenção de certas prescrições de forma inadvertida pode causar efeitos colaterais consideráveis ou mesmo dependência, além de ser ineficaz do ponto de vista terapêutico.

Nesse sentido, são emblemáticas as demandas por renovação de receitas de psicotrópicos. Ao se perguntar os motivos que levaram o usuário a iniciar o uso dessa medicação, encontram-se geralmente respostas de que foram iniciadas a partir de um problema psíquico ocorrido há muito tempo e nunca avaliado devidamente. Em outras palavras, às vezes o usuário tem sua receita renovada durante vários anos sem que

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA – Queixas mais comuns na Atenção Básica

em momento algum seja questionado a pertinência e os porquês daquela prescrição. Nesse processo, a pessoa desenvolve um quadro importante de dependência da medicação.

Um triste exemplo disso é o grande número de pessoas que fazem uso indevido de benzodiazepínicos, como diazepam ou clonazepam, das quais ouvimos muitas vezes “é que não consigo dormir sem este remédio”. Resgatando a história anterior de uso da medicação, percebemos que nem sempre houve indicação de uso pela equipe de saúde. Em outros momentos, quando prescrito pelo profissional de saúde, foi colocado enquanto solução simples para uma complexa situação de vulnerabilidade do usuário, como se a medicação fosse resolver os problemas que levaram a pessoa manifestar a insônia.

Nesse caso, recomenda-se que a transcrição de receitas de outros serviços (sejam do SUS ou da rede privada) deve procurar seguir um mapa elaborado pela equipe em que se categorizem os serviços e profissionais acessados, observando parâmetros como: foram oferecidas outras alternativas terapêuticas, em conjunto ou antes do início da utilização de psicotrópicos? A utilização desses psicotrópicos é recente ou de longa data? Há motivo aparente? É possível começar um desmame do psicotrópico, inclusive oferecendo alternativas terapêuticas? Tais condutas podem ajudar a equipe a evitar a produção de dependência nos usuários daquele território.

Já no que diz respeito à solicitação de exames complementares por outros serviços, a mera transcrição dos mesmos pode reforçar uma prática medicalizante que infelizmente prepondera como lógica em muitos serviços, em que não se escuta a necessidade do usuário e nem se dedica de forma integral à resolução de seu problema. Nesse caso, a solicitação de uma extensa lista de exames complementares acaba servindo como uma espécie de tentativa de deixar o usuário satisfeito, pois o exame, em si, seria uma forma de resolução (pelo menos temporária) de sua demanda.

Porém, a não consideração sobre a pertinência dos exames (no contexto do projeto de cuidado ao usuário específico que o demanda) pode gerar sofrimento de um lado e desvio do caminho adequado para diagnóstico de outro, principalmente no que se refere aos exames cuja complexidade costuma requerer um tempo de espera mais longo (tomografia computadorizada, por exemplo). Além disso, sobrecarrega o Sistema de Saúde com exames que nem sempre trarão benefícios reais para os usuários e aumentarão as filas. Deve-se, assim, considerar o princípio da prevenção quaternária, tanto no caso de solicitação/transcrição de exames, quanto no caso de renovação de receitas, pois em ambas as situações, o profissional assistente deve tomar cuidado com a hipermedicalização e intervenções médicas desnecessárias, com o intuito de proteger a saúde dos pacientes e evitar malefícios.

Além disso, a solicitação de exames desnecessários onera o sistema de saúde financeiramente, e com isso afunila o acesso àqueles que precisam de exames complementares. É importante que o profissional de saúde se cor-responsabilize gerencialmente pela solicitação de exames, entendendo a restrição de acesso aos serviços relacionados ao número de solicitações (necessárias e desnecessárias) realizadas em cada consulta.

E em se tratando de transcrição de exames solicitados em outros serviços (ou até mesmo transcrição de encaminhamento a especialistas focais), convém que o médico da Atenção Primária não se enxergue como um mero transcritor e sim que possa fazer as avaliações adequadas, cumprindo uma das maiores e mais importantes funções da APS: a regulação do sistema de saúde.

No entanto, como última consideração a esse respeito, cabe reforçar que numa sociedade hipermedicalizada como a nossa (onde os usuários estão acostumados com uma prática corriqueira dos médicos, qual seja: a solicitação de muitos exames) uma possível negativa para realização de um exame deve ser feita de maneira negociada. Uma negativa absoluta (ainda que tecnicamente adequada), que não negocie com as lógicas nas quais o usuário se enxerga sendo cuidado, pode ocasionar ruptura do vínculo entre o profissional e o usuário, com consequente busca por furar aquele bloqueio de outra forma.

Em outras palavras, o vínculo e a relação do profissional com o usuário devem estar acima da negativa: eventualmente é recomendável solicitar um exame tecnicamente questionável. Tal conduta pode não apenas reforçar o vínculo profissional-usuário, como diminuir seu sofrimento e ansiedade por acreditar que apenas o exame complementar é mais confiável que o exame clínico. Como nos diz Cecílio (2007, p. 349), “a pessoa que passa por uma bateria de exames invasivos e dolorosos – pura tecnologia dura! –, mesmo quando operados com frieza e impessoalidade, pode se sentir calorosamente bem cuidada”. Ao proceder desse modo, o profissional tende a ganhar progressivamente a confiança do usuário, de modo que tais “provas” de sua qualidade técnica serão desnecessárias posteriormente.

A seguir, apresentaremos alguns fluxogramas para auxiliar as equipes na elaboração de respostas para esses tipos de demandas, de maneira a adequar tanto quanto possível a prescrição às necessidades dos usuários, assim como à disponibilidade de medicamentos no SUS e aos fluxos de prioridade e regulação no acesso a exames e especialistas.

Fluxograma para transcrição de exames de serviços privados ou outros pontos de atenção da rede pública

