

# Projeto Qualifica *APSUS* Ceará

## Oficina 4

Os eventos agudos  
na atenção primária  
à saúde



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

**Governador do Estado do Ceará**

Camilo Sobreira de Santana

**Secretário da Saúde do Estado do Ceará**

Henrique Jorge Javi de Sousa

**Secretário Adjunto**

Marcos Antônio Gadelha Maia

**Secretária Executiva**

Lilian Alves Amorim Beltrão

**Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde**

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

**Núcleo de Atenção Primária**

Mariluce Dantas Soares

**Coordenação do Projeto QualificaAPSUS Ceará**

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

**Consultora**

Maria Emi Shimazaki

**EQUIPE DE COORDENAÇÃO**

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante  
Francisca Girlane Silva De Araújo  
Francisca Vilma de Oliveira  
Gizelda de Freitas Marinho  
Ivonete Pereira Cavalcante Vieira  
Juliana Donato Nóbrega  
Maria de Lourdes Lopes Lima  
Maria Eurice Marques de Moraes  
Maria Josane Pereira  
Mariana Nunes Ferro Gomes  
Priscilla Cunha da Silva  
Renata Oliveira Leorne Dantas

**FACILITADORES ESTADUAIS**

Aldenice Marques Lima  
Anatália Loiola de Oliveira Lima  
Anne Evelyn Gomes Serra  
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante  
Célia Viana da Silva Brasileiro  
Cristiani Neves Feitosa  
Francisca Girlane Silva de Araújo  
Francisca Vilma de Oliveira  
Gizelda de Freitas Marinho  
Ivanilda Fernandes Oliveira  
Ivo de Oliveira Leal  
Ivonete Pereira Cavalcante Vieira  
Jose Silverio do Nascimento Junior  
Josiane Alves Dorneles  
Juliana Donato Nóbrega  
Katia Maria Alves dos Santos  
Lília Maria Gondim Muniz

Liliane Maria Martins Porto  
Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça  
Lúcia Vanda Benevides Castelo  
Maria Eurice Marques de Moraes  
Maria Josane Pereira  
Mariana Nunes Ferro Gomes  
Max Djano Cordeiro Rufino  
Priscilla Cunha da Silva  
Renata Oliveira Leorne Dantas  
Selma Antunes Nunes Diniz  
Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

## APRESENTAÇÃO

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma conseqüente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde.

A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

A Atenção Primária à Saúde participa da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, responsabilizando-se pelo primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Nesse sentido, a Oficina 4 aborda a temática dos eventos agudos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, destacando o modelo de atenção, o acolhimento, a classificação de risco e o atendimento aos usuários.

**Equipe de Coordenação**

## OFICINA 4 - Os eventos agudos na atenção primária à saúde

### 1 OBJETIVO

A oficina tem como objetivo possibilitar a compreensão sobre os eventos agudos na Atenção Primária à Saúde (APS) sobre:

- O modelo de atenção aos eventos agudos;
- O acolhimento;
- A classificação de risco;
- A organização dos processos para a atenção aos eventos agudos.

### 2 PRODUTOS

Ao final do período de dispersão desta oficina, os participantes deverão desenvolver os seguintes produtos:

- Implementação do acolhimento;
- A implementação da classificação de risco;
- O gerenciamento dos processos para a atenção aos eventos agudos de acordo com o risco.

### 3 PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em dois turnos com carga horária de 4 horas/aula cada, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos já apresentados.

O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho dos grupos, mas sem perder de vista a unicidade da turma.

Para o alcance dos objetivos propostos, a oficina conta com as seguintes atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupo e plenários. A seguir, a programação proposta.

HORÁRIO	ATIVIDADES
8h - 8h15min	Recepção dos participantes e entrega do guia de estudo
8h15min - 8h30min	Atividade 1 - Dinâmica de integração
8h30min - 9h	Atividade 2 - Relatos da atividade de dispersão da Oficina 3
9h - 9h15min	Atividade 3 - Exposição dialogada: Apresentação dos objetivos da Oficina
9h15min - 10h15min	Atividade 4 - Exposição dialogada: O Modelo de Atenção aos Eventos Agudos
10h15min - 10h30min	Café com prosa (deslocamento para os grupos)
10h30min - 12h	Atividade 5 - Trabalho em grupo com plenário externo: O acolhimento, a classificação de risco e os atendimentos aos eventos agudos (primeira parte - leitura dos textos)
12h - 13h	Intervalo para almoço
13h - 13h15min	Atividade 6 - Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h15min - 15h15min	Atividade 7 - Trabalho em grupo com plenário externo: O acolhimento, a classificação de risco e os atendimentos aos eventos agudos (segunda parte - preenchimento das matrizes)
15h15min - 15h30min	Café com prosa (deslocamento para o plenário)
15h30min - 16h30min	Atividade 8 - Plenário do trabalho em grupo: O acolhimento, a classificação de risco e os atendimentos aos eventos agudos
16h30min - 17h15min	Orientação para o período de dispersão
17h15min - 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

## 4 ROTEIRO DE ATIVIDADES

### MANHÃ

#### ATIVIDADE 1 - DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO



15 minutos

##### DESCRIÇÃO:

A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica de integração para iniciar as atividades do dia.

#### ATIVIDADE 2 – RELATOS DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DA OFICINA 3



30 minutos

##### DESCRIÇÃO:

Representantes dos municípios farão uma breve apresentação da atividade de dispersão da Oficina 3.

#### ATIVIDADE 3 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA



15 minutos

##### DESCRIÇÃO:

A equipe de coordenação fará uma breve apresentação dos objetivos da Oficina 4, abordando sua relação com as demais oficinas, as atividades pedagógicas, os produtos esperados e, principalmente, a influência das temáticas no cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

#### ATIVIDADE 4 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: O MODELO DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS



1 hora

##### DESCRIÇÃO:

A exposição tem como objetivo possibilitar a compreensão sobre os fundamentos relacionados aos modelos de atenção aos eventos agudos.

##### ATENÇÃO!

Para melhor entendimento da temática abordada, recomenda-se a leitura do texto do anexo 1 – O Modelo de Atenção aos Eventos Agudos.

#### ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: O ACOLHIMENTO, A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E OS ATENDIMENTOS AOS EVENTOS AGUDOS (PRIMEIRA PARTE)



1 hora e 30 minutos

##### DESCRIÇÃO:

1 – Para esta atividade, a turma será dividida em grupos, respeitando-se à Unidade Básica de Saúde de procedência dos participantes. Assim, todos os trabalhadores de uma mesma Unidade ficarão juntos em um grupo. Dependendo da quantidade de pessoas, um grupo poderá ser formado por trabalhadores de duas ou mais Unidades. Depois de formado, o grupo permanecerá o mesmo durante a oficina.

2 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores que farão a mediação do trabalho em grupo.

3 – Como de costume, cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Para relembrar o papel desses atores, veja o Box a seguir:

### RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo para apresentação em plenária, seja esta interna ou externa.

Registre aqui os participantes que exercerão as funções de coordenador(a): \_\_\_\_\_  
 e de relator(a): \_\_\_\_\_  
 nessa primeira atividade.

4 – Como a atividade requer a leitura e discussão de textos, seguem algumas orientações gerais sobre leitura coletiva.

### ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA

Recomenda-se uma leitura paragrafada, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto é facultada aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em voz alta para que todos acompanhem.

Cada participante deve destacar os termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A responsabilidade em esclarecer os termos é compartilhada entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve registrar no papel madeira os termos identificados pelo grupo.

O registro do processo de trabalho do grupo deverá ser feito pelo relator em papel afixado na parede para que todos possam visualizar a produção coletiva.

5 – Na primeira parte do trabalho, os grupos farão a leitura dos textos, conforme especificado no quadro a seguir.

GRUPOS	MATRIZ
A	Texto de Apoio 1 – O acolhimento na Atenção Primária à Saúde
B	
C	Texto de Apoio 2 – A classificação de risco na Atenção Primária à Saúde
D	

6 - A seguir, os textos para leitura.

### TEXTO DE APOIO 1 – O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>1</sup>

A atenção primária lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção primária estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, 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.

## **1. Mas, afinal, o que é o acolhimento?**

Existem várias definições de acolhimento. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.

Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção primária.

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção primária. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

Com efeito, múltiplos aspectos técnicos e políticos-institucionais precisam ser mobilizados para obtermos êxito na implementação do acolhimento. Quaisquer que sejam as ações, é fundamental termos arranjos organizacionais que se adaptem à demanda real de cada situação. Serão apresentadas, a seguir, algumas estratégias possíveis, mas desde já vale frisar que não se trata de uma proposta operacional para ser assim aplicada em todos os lugares (independentemente da realidade local), tampouco de uma receita. Trata-se de alguns aspectos frequentemente vistos como cruciais em experiências de implantação de acolhimento, e que servem como exemplos, referências, fonte de diálogos, podendo ser mais ou menos pertinentes de acordo com a dinâmica de cada realidade.

## **2. O acolhimento à demanda espontânea e a Rede de Atenção às Urgências**

É fundamental que as UBS estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município ou em determinada região.

Entre os desafios e necessidades da atenção às urgências, destacam-se a estratificação de riscos (produzindo equidade), a garantia de acesso aos serviços de acordo com a situação, bem como a integração entre unidades assistenciais de diferentes perfis, como as unidades de Saúde da Família, as unidades de pronto-atendimento (UPA), o SAMU e os hospitais de emergência e trauma.

A atenção primária deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se



como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (2011), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Entretanto, é fundamental que as UBS possuam adequada retaguarda pactuada para o referenciamento dos pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados, necessitem de cuidados de outros serviços. Assim, mediados pelas “Centrais de Regulação de Urgências” e pela comunicação entre profissionais e gestores de diferentes serviços, devem ser pactuados e definidos os fluxos e mecanismos de transferência / encaminhamento dos usuários que necessitem de outros recursos assistenciais, de forma a garantir o acesso, em tempo oportuno, ao tipo de tecnologia necessária. Voltaremos a esse ponto no item seguinte, buscando apontar modos de atuação dos gestores que contribuam para a efetiva participação da atenção primária na atenção às urgências.

#### REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

## TEXTO DE APOIO 2 – A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>2</sup>

### 1. AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADES

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações.

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

Na Atenção primária, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. E a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser bastante úteis nesse sentido.

Tem sido cada vez mais comum, principalmente nos serviços de urgência-emergência, a adoção de protocolos de estratificação de risco. A utilização de tais protocolos, e de suas respectivas escalas, tem impacto importante na qualidade do acesso destes serviços.

De forma geral, esses protocolos tentam fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade, o que, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte, como, por exemplo, a crise anafilática.

Estes protocolos podem ser uma referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da Atenção Primária. A natureza da Atenção Primária – na qual os princípios de vinculação, longitudinalidade, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais – exige, de forma

bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e sobre vulnerabilidades.

Em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber o momento de intervir nessa necessidade (se houver alto risco de vida, a prioridade é a preservação da vida).

Considerando todos os aspectos e peculiaridades da Atenção Primária, sugerimos, em seguida, uma classificação geral e sintética dos casos de demanda espontânea, onde se correlaciona a avaliação de risco e vulnerabilidades aos modos de intervenção necessários.

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

A exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência, as situações não aguda e os três tipos de atendimento de situações agudas ou crônicas agudizadas, para fins de visualização e comunicação, foram representados por cores.

#### CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

<p><b>Situação não aguda</b></p> <p><b>Condutas possíveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade.</li> <li>• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização).</li> <li>• Agendamento/programação de intervenções.</li> <li>• Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.</li> </ul>
<p><b>Situação aguda ou crônica agudizada</b></p> <p><b>Condutas possíveis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atendimento imediato (alto risco de vida):</b> 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.</li> <li>• <b>Atendimento prioritário (risco moderado):</b> 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.</li> <li>• <b>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):</b> 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.</li> </ul>

- **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.

## 2. SUGESTÃO DE FLUXO DOS USUÁRIOS NA UBS

O fluxograma a seguir busca representar um padrão de fluxo dos usuários nas UBS, partindo do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. O mais importante, neste desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica do mesmo. que, sinteticamente, supõe:

1. Que usuários com atividades agendada ou da rotina da unidade devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção.

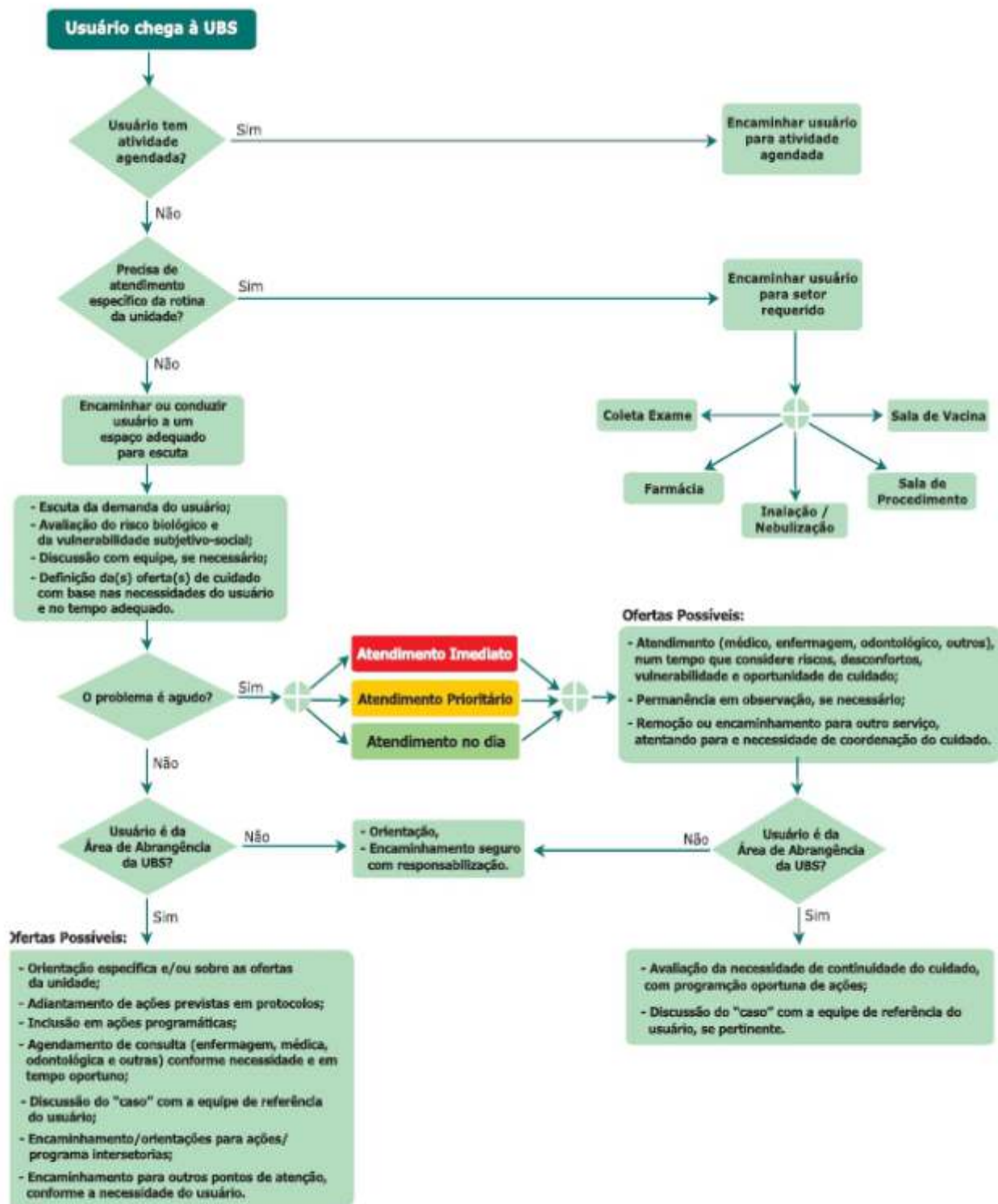
2. Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente devem ter: capacidade de analisar a demanda (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.

3. Que a equipe de atenção primária atue em constante contato com a população e o território adscrito, não ficando restritas à estrutura física da UBS.

No que se refere à definição de intervenções, segundo a estratificação da necessidade do usuário (mediante avaliação de risco e vulnerabilidade), em “Não Agudo” (intervenções programadas) e “Agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia), o que se pretende é que a necessidade do usuário seja estruturante do tipo e do tempo das intervenções, materializando, aqui, o princípio da equidade.

Em síntese, este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes.

Figura 1 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea



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

REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

TARDE

**ATIVIDADE 6 - DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS****15 minutos**

DESCRIÇÃO:

Os facilitadores estaduais conduzirão uma dinâmica de aquecimento para iniciar as atividades da tarde nos grupos.

**ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: O ACOLHIMENTO, A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E OS ATENDIMENTOS AOS EVENTOS AGUDOS (SEGUNDA PARTE)****2 horas**

DESCRIÇÃO:

1. Na segunda parte do trabalho, grupos específicos farão o preenchimento das matrizes correspondentes, conforme indicado no quadro a seguir. Cada relator terá um tempo determinado para apresentação da sistematização das discussões em plenário.

<b>GRUPOS</b>	<b>MATRIZ</b>
A	1 – O acolhimento
B	2 – A classificação de risco
C	3 - O atendimento aos casos classificados com risco vermelho e amarelo
D	4 – O atendimento aos casos classificados com risco verde e azul

**2. A seguir, as matrizes para preenchimento.**

**MATRIZ 1 – O ACOLHIMENTO**

<b>OBJETIVO</b>	Implementar o acolhimento na Atenção Primária à Saúde					
<b>PRODUTO</b>	100% dos usuários acolhidos adequadamente pelos profissionais de saúde					
<b>O QUE?</b>	<b>COMO?</b>	<b>QUEM?</b>	<b>ONDE?</b>	<b>QUANDO?</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b>
Cumprimentar cordialmente o usuário						
Perguntar qual a sua necessidade: - Caso relate um sinal ou sintoma clínico, cujo início tenha ocorrido em 24 a 72 horas, ou, com início há mais tempo, mas com piora neste período, encaminhar para realizar <i>classificação de risco</i> imediatamente - Nos demais casos, seguir as ações desta matriz						
Prestar as orientações necessárias						
Encaminhar ao profissional que poderá prestar o atendimento necessário						
Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar						
Agradecer o comparecimento à UBS						
Preencher os formulários necessários						

## MATRIZ 2 – A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<b>OBJETIVO</b>	Implementar a classificação de risco na Atenção Primária à Saúde						
<b>PRODUTO</b>	100% dos usuários com eventos agudos com classificação de risco, conforme o protocolo padronizado, no tempo adequado						
<b>O QUE?</b>	<b>COMO?</b>	<b>QUEM?</b>	<b>ONDE?</b>	<b>QUANDO?</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b>	
Cumprimentar cordialmente o usuário (salvo se o usuário chegar em situação de gravidade extrema. Ex: parada cardiorrespiratória ou choque. Neste caso, proceder as ações previstas na classificação de risco - vermelha)							
Realizar a identificação segura do usuário							
Perguntar qual o problema o usuário apresenta							
Proceder a classificação de risco, segundo o problema apresentado, no tempo adequado, utilizando o protocolo estabelecido							
Realizar as orientações necessárias ao usuário de acordo com a classificação de risco							
Realizar os procedimentos necessários, no tempo adequado, conforme a classificação de risco, segundo o protocolo estabelecido							
Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar							
Preencher os formulários necessários							

**MATRIZ 3 - O ATENDIMENTO AOS CASOS CLASSIFICADOS COM RISCO VERMELHO E AMARELO**

<b>OBJETIVO</b>	Atender os usuários classificados como vermelho e amarelo, no tempo estabelecido e de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco						
<b>PRODUTO</b>	100% dos usuários com eventos agudos classificados como vermelho e amarelo, conforme o protocolo padronizado, no tempo adequado						
<b>O QUE?</b>	<b>COMO?</b>	<b>QUEM?</b>	<b>ONDE?</b>	<b>QUANDO?</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b>	
Checar a identificação segura do usuário							
Levar o usuário imediatamente para a sala de urgência, ou espaço onde possa prestar o atendimento necessário							
Realizar os procedimentos necessários, conforme o protocolo estabelecido							
Demandar o SAMU ou transporte sanitário adequado para a transferência do usuário para o ponto de atenção necessário para a resolução do problema							
Realizar a comunicação adequada para o ponto de atenção adequado para onde o usuário será transferido							
Preparar o usuário para que seja transportado de forma segura, portando as informações necessárias para o seguimento no ponto de atenção para o qual será transferido							
Preencher os formulários necessários							



**MATRIZ 4 - O ATENDIMENTO AOS CASOS CLASSIFICADOS COM RISCO VERDE E AZUL**

<b>OBJETIVO</b>	Atender os usuários classificados como verde e azul, no tempo estabelecido e de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco						
<b>PRODUTO</b>	100% dos usuários com eventos agudos classificados como verde e azul, conforme o protocolo padronizado, no tempo adequado						
<b>O QUE?</b>	<b>COMO?</b>	<b>QUEM?</b>	<b>ONDE?</b>	<b>QUANDO?</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>	<b>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</b>	
<p>Checar a identificação segura do usuário</p>							
<p>Usuário classificado como verde: - Agendar a consulta médica, para o mesmo dia, de preferência para o turno que o usuário se encontra</p>							
<p>Usuário classificado como azul: - Agendar a consulta médica, caso haja disponibilidade para o mesmo dia. Caso não haja disponibilidade, para as próximas 24 a 48 horas, conforme o estabelecido no protocolo</p>							
<p>Realizar as orientações necessárias ao usuário</p>							
<p>Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar</p>							
<p>Preencher os formulários necessários</p>							

## ATIVIDADE 8 - PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: O ACOLHIMENTO, A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E OS ATENDIMENTOS AOS EVENTOS AGUDOS



1 hora

### DESCRIÇÃO:

- 1 - Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese das matrizes da atividade 7.
- 2 - O coordenador da plenária conduzirá a discussão e o fechamento da questão em estudo.

## 5 ORIENTAÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

### 5.1 Dispersão

O período de dispersão é o intervalo entre as oficinas, destinado tanto ao compartilhamento dos conteúdos com todos os membros de cada equipe e conselhos locais de saúde, bem como à realização dos produtos propostos. O intervalo entre as oficinas será em torno de 30 a 40 dias.

### 5.2 Tutoria

Nesse período, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) contarão com o apoio de tutores. O papel do tutor é acompanhar as equipes no período de dispersão, dar o suporte à efetivação dos produtos e proceder à avaliação dos mesmos.

Ao final do período de dispersão, os tutores deverão encaminhar o conjunto dos produtos realizados por todas as equipes ao Facilitador Estadual de referência para o município. Cabe a este ator no processo avaliar os produtos e prestar conta aos gestores municipais e estadual.

### 5.3 Produtos

Com relação à Oficina 4, os produtos a serem desenvolvidos na dispersão são:

- A implementação do acolhimento;
- A implementação da classificação de risco;
- O gerenciamento dos processos para a atenção aos eventos agudos de acordo com o risco.

### 5.4 Prazos

As equipes devem entregar ao tutor um relatório sobre os produtos antes da realização da próxima oficina. Os tutores, por sua vez, devem realizar uma análise dos produtos e encaminhá-los ao Facilitador Regional, que fará uma sistematização para discussão na Comissão Intergestora Regional (CIR).

## 6 AVALIAÇÃO DA OFICINA

Para a avaliação da Oficina, serão pactuadas metas para os seguintes indicadores:

- Percentual de comparecimento dos profissionais e gerentes da APS às oficinas, por equipe, por município e o total;
- Percentual de produtos concluídos por oficina, por equipe, por município e o total;
- Percentual de aproveitamento dos profissionais e gerentes da APS nas oficinas, por equipe, por município e o total.

Já em relação à avaliação do participante, será distribuído um instrumento próprio para que cada pessoa possa compartilhar sua percepção sobre a Oficina 4.

## ANEXO 1 - O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS<sup>3</sup>

O modelo de atenção às condições agudas presta-se, também, à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

<sup>3</sup>MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma consequente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a necessidade e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das redes de atenção à saúde, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (Cordeiro Júnior, 2008).

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos.

Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian Triage Scale - ATS), o modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale - CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index - ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema de Triagem de Manchester (Manchester Triage System - MTS) que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor e que é usado em vários países da Europa.

O Sistema de Triagem de Manchester foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, em 1994, com objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para avaliação médica diferentes. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria. Ele apresenta como características principais: uma escala em cinco níveis; uma utilização ampla em vários países; é baseado em categorias de sintomas; é baseado em discriminantes-chave; é baseado em algoritmos clínicos; e apresenta um tempo de execução inferior a três minutos (Cordeiro Júnior, 2008).

O Sistema de Triagem de Manchester tem sido utilizado em países como o Reino Unido, Portugal, Espanha, Alemanha, Suécia, Holanda, Japão e, no Brasil, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Considerando-se os tempos comuns, foi feito acordo sobre a nomenclatura e as definições. Para cada categoria foi atribuído um número, uma cor e um nome, além do tempo aceitável para a primeira avaliação médica. Após reuniões em todo o Reino Unido com enfermeiros e médicos dos serviços de urgência e emergência, obteve-se consenso com a escala de classificação de risco mostrada no Quadro 1 abaixo (Mackway-Jones, 2005).

**Quadro 1 - A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester.**

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Esse sistema de classificação de riscos apresenta alguns elementos de validade: ele garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; ele acaba com a triagem sem fundamentação científica; ele pode ser feito por médicos e enfermeiros; ele garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; ele é rápido; e ele pode ser auditado (Cordeiro Júnior, 2008).

O objetivo da classificação dos riscos é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço. O diagnóstico não está ligado à prioridade. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal.

Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquele mais pertinente à queixa. Depois se procura um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação, compatível com a gravidade apresentada.

A metodologia de classificação de riscos envolve passos (Cordeiro Junior e Mafra, 2008):

**Prioridade e gestão:** a definição da prioridade clínica se faz ao reunir informações necessárias para classificar a pessoa usuária numa das cinco categorias definidas. A gestão clínica da pessoa usuária requer que se compreendam suas reais necessidades.

**Auditoria:** uma sólida auditoria é essencial para a avaliação de qualquer metodologia normatizada para que se avalie a reprodutibilidade entre profissionais e serviços.

**A tomada de decisões:** uma boa avaliação clínica de uma pessoa usuária requer raciocínio, intuição, conhecimento e aptidão profissional. A tomada de decisões utiliza cinco passos:

**Identificação do problema:** obtenção de dados da pessoa usuária, acompanhante ou profissional do pré-hospitalar para escolha do fluxograma de apresentação. São 50 fluxogramas para situações habituais que contemplam agravos clínicos, trauma, ferimentos, crianças e comportamento anormal.

**Obtenção e análise das informações relacionadas à solução:** procura do discriminador através das perguntas estruturadas. Após escolher o fluxograma, o profissional deve analisar os discriminadores para definir a prioridade.

**Avaliação das alternativas e escolha de uma delas para implementação:** o fluxograma de apresentação fornece uma ordenação do processo de raciocínio para a tomada de decisões. Existem discriminadores gerais (ex. dor aguda) e específicos (ex. dor pleurítica) e todos possuem sua definição num dicionário.

**Implementação da alternativa selecionada:** seleção de uma das cinco categorias através dos discriminantes gerais ou específicos compatível com o quadro da pessoa em atendimento.

Monitoramento do processo e avaliação dos resultados: deve ser feita entre profissionais e entre serviços para assegurar confiabilidade e reprodutibilidade, fundamentais nos dados para pesquisas e planejamentos.

A organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência com a definição de prioridades é potente reformulador de seus modelos de gestão. Há necessidade de novo desenho dos fluxos de encaminhamento após a classificação de risco: atribuindo tempos de espera para atendimento médico; definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento; modificando os fluxos e processos de trabalho; e mensurando os resultados obtidos.

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo de atenção às condições crônicas, tanto nas condições agudas quanto nas crônicas, devem ser aplicadas a mesma estrutura operacional das redes de atenção à saúde, ou seja, a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A única diferença entre essas redes está no papel da atenção primária à saúde. Nas redes de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas nas redes de atenção às urgências e às emergências ela é um dos pontos de atenção à saúde, sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes.

Sem dúvida, há ganhos na estruturação da atenção às urgências e às emergências na perspectiva de redes de atenção à saúde. A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O protocolo de classificação é potente ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação, na rede, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. E a atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas que se apresentam em situações de urgência, os azuis e verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é uma condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência superlotados, com pessoas em macas nos corredores, filas enormes e que estão, permanentemente na mídia nacional.

A organização das redes de atenção às urgências e emergências faz-se segundo os critérios seguintes: utilização de protocolo único de classificação de risco; fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente por cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede; pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado; compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados; e informatização dos processos (Cordeiro Júnior e Mafra, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema de Triagem de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais (Windle & Macway Jones, 2003; Lyons et al., 2007), quanto em áreas específicas como as causas externas (Subbe et al., 2006), as doenças cardiovasculares (Matias et al., 2008) e a pediatria (Roukema et al., 2006).

O Boxe 1 abaixo mostra a utilização do Sistema de Triagem de Manchester como o modelo de atenção às condições e eventos agudos das redes de atenção às urgências e emergências que estão sendo implantadas num projeto piloto em desenvolvimento na macrorregião Norte de Minas Gerais.

Boxe 1 - As redes de atenção às urgências e às emergências em Minas Gerais.

A rede de atenção à urgências e às emergências (Rede de U&E) foi construída utilizando-se a matriz colocada no quadro abaixo, em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192	Município
	UAPS/PSF	1º atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento verde e azul	Município
	Hospital Local	1º atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento azul, fora do horário da UAPS Acolher azul	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar*	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento amarelo e verde Atendimento azul fora do horário da UAPS Acolher azul	Município > 200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Acolher azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento referenciado segundo protocolo Acolher azul	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Orientar verde e azul	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja Orientar verde e azul	Macrorregião
	Pronto Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião

Os princípios contemplados na estruturação dos pontos de atenção à saúde foram: o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e a qualidade.

A proposta de reorganização da Rede U&E tem alguns pressupostos fundamentais: numa região, 90% da população deve ter acesso a um dos pontos de atenção da rede com o tempo máximo de 1 hora, seja esse ponto de atenção fixo ou móvel; as diretrizes clínicas da rede (linguagem) é que determinam a estruturação e a comunicação dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos; as fronteiras tradicionais se modificam na rede; e um novo modelo de governança e custeio, compartilhados por uma macrorregião, é vital para sua sustentabilidade.

A Rede de U & E estrutura-se nos seguintes pontos de atenção à saúde:

**As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS):**

As UAPS são tradicionalmente associadas à atenção e a procedimentos eletivos, mantendo política refratária e insuficiente de atendimento às condições e aos eventos agudos. Decorre disso que pessoas em condições de urgência menor ou de urgência social passaram a ser os principais causadores de filas, provocando congestionamento e menor resolutividade nos serviços de urgência e emergência de maior densidade tecnológica.

Na Rede de U&E esse paradigma muda porque a atenção primária à saúde se responsabiliza, em sua área de atuação, pelas pessoas usuárias classificadas como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de Manchester. Isso implica em reestruturação da APS, de forma a atender, nesse nível, à grande maioria das urgências. Pessoas que chegam às UAPS em situações de urgência ou emergência, por demanda espontânea, devem ter seu primeiro atendimento nessa unidade primária. Doentes graves, entretanto, não podem ser encaminhados para esses pontos de atenção à saúde pelo complexo regulador. O atendimento a doentes graves na APS se dá somente quando essas pessoas se apresentarem espontaneamente nessas estruturas. Isso obriga a mudanças nas UAPS's como a reconfiguração do espaço físico, o adensamento tecnológico, a implantação de novos fluxos e processos e a capacitação da equipe de APS na utilização do Sistema de Triagem de Manchester e no manejo das condições de urgência.

**O Hospital Local:**

Predominam, no Brasil, hospitais locais de baixa escala, com menos de 50 leitos que, em geral, operam com baixa resolutividade e baixa qualidade da atenção. Em Minas Gerais, esses hospitais correspondem a 60% dos hospitais contratados pelo SUS. O fato da maioria deles não contar com médico nas 24 horas do dia, nem nos finais de semana, provoca pressão nos pontos de atenção de urgência dos municípios de médio e grande portes, com transferências de pessoas usuárias, sem critérios de transporte adequados e sem regulação.

Na Rede de U&E proposta, os hospitais com menos de 50 leitos que se localizam em regiões em que o acesso até o hospital de referência microrregional se dá em mais de uma hora deverão ter papel no atendimento de urgência e emergência, de acordo com os seguintes critérios: médicos e enfermeiros presenciais nas 24 horas do dia, sete dias por semana; orçamento global fixo e não mais pagamento por procedimentos; período de observação do paciente de, no máximo, 72 horas; referência no Hospital Microrregional; suporte básico de vida; melhoria da infraestrutura; e capacitação no Sistema de Triagem de Manchester e no manejo de urgências das equipes de saúde.

**A Unidade não Hospitalar de Atendimento às Urgências (UPA):**

São estruturas definidas pelo Ministério da Saúde como integrantes do sistema regional de atenção às urgências. Fazem parte da rede de resposta às urgências de média complexidade, mas sem retaguarda hospitalar acordada, o que causa enormes transtornos. A criação das UPA promoveu a desresponsabilização dos hospitais pelo atendimento de urgência, mas elas estão geralmente despreparadas para o atendimento de urgências de média complexidade e precisam de retaguarda final no hospital. A proposta é ligar as UPA, por contrato de gestão, a um hospital de referência, com definição clara do papel de cada um.

**Os Hospitais Microrregionais:**

Os Hospitais Microrregionais devem ser referência para urgências médico-cirúrgico de média complexidade e, em alguns casos, para procedimentos clínicos mais complexos. Os critérios são: escala mínima de referência de 100.000 habitantes; minimamente, plantões na área de emergência de adultos e crianças e retaguarda em cirurgia geral e ortopedia (em regiões em que a referência populacional é acima de 200.000 habitantes é importante a presença contínua do componente cirúrgico); se existir uma UPA na região, ela deve ser formalmente referenciada a esse hospital que funcionará como retaguarda para internação e urgências e emergências cirúrgicas de média complexidade; interface entre as equipes desses hospitais e a UPA, se houver, por exemplo, direção médica única nas duas instituições; existência de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); e a resposta cirúrgica para casos de trauma maior tem lógica própria.

**Os Hospitais Macrorregionais:**

São hospitais de maior resolutividade e capacidade de resposta a situações complexas. A organização da Rede U&E se faz por especialização da resposta aos dois principais problemas que aumentam a carga de doenças, medida por anos potenciais de vida perdidos (APVP): o trauma maior e a urgência cardiovascular. A implantação dessas redes, assim como a concentração de recursos tecnológicos (qualificação de pessoas, estrutura física adequada e coordenação da resposta) mostrou redução de mortalidade e é fator fundamental na mudança do prognóstico. O trauma maior e a urgência cardiovascular exigem organização da rede de forma mais complexa, concentrando-se em grandes hospitais no polo macrorregional. Alguns dos pontos à saúde da rede, entretanto, devem ser descentralizados e especializados, já que a redução do tempo da resposta inicial tem profunda relação com a sobrevivência.

Fonte: Cordeiro Junior e Mafra (2008)