

Seção 1

Fluxos na Urgência

Nos municípios de pequeno e médio porte, os cidadãos acidentados procuram, na grande maioria, um primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS). Será que estamos preparados para realizar esse primeiro atendimento?

As situações de urgência e emergência chegam a qualquer ponto de atenção da rede de atenção à saúde, por ocorrências no domicílio ou em vias públicas. Para que os profissionais de saúde possam prestar assistência no tempo e local certos e com recursos adequados a cada necessidade, é preciso saber como é organizada a rede de atenção, bem como os fluxos que essas situações exigem.

Para muitos profissionais as questões de urgência e emergência na atenção básica à saúde podem ser algo novo, mas para outros essas situações fazem parte do seu cotidiano de trabalho.

Nesta seção vamos sistematizar e ao mesmo tempo recuperar conhecimentos adquiridos nas experiências vividas.

Espera-se que ao final desta seção você seja capaz de:

- Compreender o conceito de rede e organização de atenção à saúde em urgência e emergência.
- Compreender como se organiza o serviço de urgência e emergência na rede de atenção à saúde.
- Compreender o que é acolhimento com classificação do risco, para pacientes em situação de urgência e emergência.
- Conhecer as modalidades de transporte de urgência, como acioná-los e as responsabilidades dos profissionais.

Bom trabalho!

Parte 1

Organização do serviço de urgência na rede de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde tiveram sua origem na década de 20, no Reino Unido. No início dos anos 90, a atenção à saúde à urgência toma forma com os sistemas integrados nos Estados Unidos e, a partir daí, com as adaptações necessárias, em sistemas de saúde públicos e privados de outros países.

Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, sob a denominação de “integração do sistema”. Em sentido ampliado, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com a finalidade de coordenar sua interdependência e permitir cooperação para a realização de um projeto coletivo. Nessa perspectiva, integram-se diferentes subsistemas, relacionando a clínica e a governança a valores coletivos.

Essas dimensões da integração correspondem, na tipologia proposta por Mendes (2001), à gestão da clínica e a dos pontos de atenção. As redes são conjunto de pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua à população adscrita.

Mendes (2002) afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação consiste em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a função de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos. Na organização de redes

de resposta às condições agudas, a atenção primária tem funções de resolução nos casos que lhe cabem (baixo risco) e de responsabilização, mas a função de coordenação passa a ser de outra estrutura (no caso, o complexo regulador).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000), a atenção primária à saúde deve ser parte integral dos sistemas de saúde e o melhor enfoque para produzir melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas.

A Secretaria de Estado de Saúde do Ceará (CEARÁ, 2000) realizou experiência de vanguarda com processo de microrregionalização dos serviços de saúde, tendo como base a concepção de redes de atenção à saúde, que incorporou o nível das urgências e emergências na mesma. O Ministério da Saúde, pela Portaria 1.169/GM (BRASIL, 2004), instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Trata-se, na realidade, da proposição de uma rede de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006) priorizou a implantação de redes de atenção à saúde e considerou que a situação da saúde do estado se caracteriza pelo rápido envelhecimento da população e por uma situação epidemiológica de dupla carga de doença. Essas redes são constituídas a partir de um processo de gestão da clínica, decorrendo de diretrizes clínicas desenvolvidas sob forma de linhas-guia. O estado foi dividido em 75 microrregiões assistenciais que devem ser autossuficientes em atenção secundária e 13 macrorregiões, com autossuficiência em atenção terciária.

É de fundamental importância que você conheça a rede de atenção à saúde do seu município e os pontos que a compõem para facilitar o fluxo e o contrafluxo dos usuários, destacando-se o fluxo para a urgência e emergência.

Lembre-se:

O ponto inicial de comunicação da rede de atenção à saúde é na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde deve ser realizado o primeiro atendimento ao cidadão.

Para atingir o objetivo de organização da rede de atenção à saúde em urgência, é necessário:

- Elaborar perfil demográfico e epidemiológico atual e projetado, do

município.

- Descrever a rede de atenção à saúde existente no município.
- Conhecer o modelo de atenção à saúde do município.
- Avaliar os recursos humanos disponíveis e sua qualificação.
- Avaliar a funcionalidade e a produção das Unidades Básicas de Saúde.
- Realizar o diagnóstico integral da rede, a análise da oferta, a estimativa de demanda atual e projetada e a identificação dos vazios de atenção e a proposição de alternativas de solução.

Já foi realizado o diagnóstico da população adscrita da UBS onde você trabalha, mas para a implantação da rede de urgência na atenção básica essas outras informações precisam ser incorporadas ao diagnóstico. Busque essas informações na Secretaria de Saúde do seu município.

Parte 2

Acolhimento e classificação de risco na urgência

Vamos lembrar as discussões ocorridas sobre processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde de Vila Formosa 1 e também quando se discutiu a implantação do acolhimento. O dia-a-dia da nossa unidade é repleto de experiências acolhedoras e, às vezes, também de não acolhedoras.

Relembrando:

“O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento” (VASCONCELOS et al., 2009, p. 37).

Acolher é, portanto, escutar de forma qualificada o usuário do sistema e prestar atendimento resolutivo e responsável. O ato de acolher engloba, ainda, orientar adequadamente o usuário, visando à garantia da continuidade do tratamento, atentando para os limites do serviço.

Postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo. É importante, no momento do acolher, identificar os riscos e vulnerabilidade que o usuário enfrenta, conjugando com sua necessidade. A postura acolhedora envolve todo o processo, chegando até mesmo ao encaminhamento responsável.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional de saúde e usuário com a sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Reconhece o usuário como sujeito e, ao mesmo tempo, participante ativo, no processo de produção de saúde.

Classificação de risco

Em situação de atenção à urgência e emergência, o acolhimento deve estar associado a uma classificação de risco. Vamos agora entender um pouco desse processo para qualificar a assistência a ser prestada.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

O objetivo do acolhimento com classificação de risco é a melhora do atendimento. Os objetivos operacionais esperados são: determinar a prioridade e hierarquizar o atendimento conforme a gravidade.

Lembre-se

A classificação de risco não é um instrumento de diagnóstico de doença. Seu objetivo é estabelecer uma prioridade clínica para o atendimento de urgência e emergência.

Existem no mundo vários modelos de classificação de risco ou triagem na urgência. No Brasil, os modelos adotados foram o canadense (CTAS), o norte-americano (ESI) e o do Sistema Manchester (MTS).

Importante

A forma como se classificam as queixas de urgência e emergência deve ser a mesma em todos os pontos da rede, pois somente dessa forma teremos uma linguagem única na rede, inclusive a da equipe de saúde da UBS.

Os resultados esperados com a implantação da classificação de risco com acolhimento são:

- Diminuir mortes evitáveis.
- Extinguir a triagem por funcionário não qualificado.
- Priorizar de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada.
- Criar a obrigatoriedade de encaminhamento responsável, com garantia de acesso à rede.
 - Aumentar a eficácia do atendimento.
 - Reduzir o tempo de espera.
 - Detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado.
- Diminuir a ansiedade do usuário, acompanhantes e funcionários.
- Aumentar a satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais.
 - Padronizar dados para estudo e planejamento de ações.

Para refletir...

O que esperamos que aconteça na organização do serviço quando implantamos a classificação de risco na urgência?

Para que o acolhimento seja resolutivo são imprescindíveis a utilização da classificação de risco e o atendimento com critérios de priorização.

Os usuários categorizados em situação de emergência ou em casos de muita urgência devem receber avaliação e tratamento simultâneos e imediatos. Eles devem receber o primeiro atendimento no ponto de atenção no qual derem entrada, sendo importante que a equipe de Saúde da Família esteja preparada tecnicamente e com equipamentos adequados para prestar esse atendimento.

Os usuários categorizados em situação pouco urgente ou não urgente devem receber avaliação e tratamento na própria UBS, pois a equipe de Saúde da Família é a competente para o tratamento desses casos.



Atividade 1

Você já deve ter vivenciado no seu dia a dia de trabalho na UBS situações que demandaram atenção diferenciada nas quais você teve que tomar decisões imediatas para sanar algum problema de saúde grave. Pela leitura que fizemos agora, o que você entendeu que é acolhimento com classificação de risco na rede de atenção à saúde?

Consulte, no cronograma da disciplina, os outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Parte 3

Transporte em urgência

Um dos aspectos fundamentais na atenção em urgência e emergência é o transporte de paciente do local onde está até o ponto de atenção ideal para o primeiro atendimento ou o atendimento resolutivo do caso.

No Brasil temos conhecimento de três modalidades de transporte de urgência disponíveis: terrestre, aéreo e aquático. Este último é pouco utilizado, mas temos regiões no país em que essa modalidade é a mais frequente, exemplo, região amazônica. Ainda assim, há regiões em que esse transporte é feito de forma inadequada ou precária, com veículos inapropriados e equipe não qualificada.

Para utilizar esses tipos de transportes é importante aplicar alguns critérios. O Quadro 1 apresenta as vantagens e desvantagens desses meios de transportes.

Quadro 1. Meios de transportes em urgência com suas vantagens e desvantagens

Meio de transporte	Distância a ser Percorrida	Vantagens	Desvantagens
Terrestre Ambulância	Até 200 km	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil disponibilidade - Fácil mudança de rota e parada - Baixo custo - Ambiente adequado para terapia intensiva, transferências do paciente e equipamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transporte lento - Dependência do trânsito, vias e condições climáticas
Aéreo Helicóptero	200 a 400 km	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidez. - Atinge áreas inacessíveis independentemente do trânsito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Heliporto disponível - Pequeno espaço interno - Ruído e vibração - Alto custo - Capacidade de combustível limitada - Depende de clima e horário
Aéreo Avião	Maior que 400 km	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidez. - Boas condições para tratamento intensivo (espaço e pressurização) 	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro transferências do paciente e equipamento - Alterações fisiológicas em grandes altitudes - Alto custo

O profissional de saúde que deparar com uma situação de urgência deverá, o mais precocemente, avaliar o paciente, realizar manobras para sobrevivência e prepará-lo para o transporte. Ainda é responsabilidade do profissional transportar o paciente para o ponto de atenção mais adequado para atender à sua necessidade, pois o fator mais crítico para a sobrevivência de qualquer paciente é a demora entre o incidente ou situação de urgência e o tratamento definitivo.

Pacientes gravemente enfermos requerem transporte para centros de maior complexidade com objetivos diagnósticos ou terapêuticos. A impossibilidade do transporte ou sua realização de maneira inadequada podem levar o paciente à morte ou resultar em sequelas irreversíveis.

Em decorrência da elevada proporção de óbitos registrados durante as primeiras horas de vida de recém-nascidos em hospitais de menor recurso, enfatizamos a importância da transferência das gestantes de alto risco antes do parto, bem como a necessidade de um mecanismo capaz de garantir cuidados neonatais especializados nesses hospitais.

Lembre-se

O transporte de pacientes enfermos possui recomendações e orientações emanadas do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Saúde.

As recomendações para o transporte de pacientes graves, baseadas na Resolução 1.671/2003 do Conselho Federal de Medicina, visam à orientação dos profissionais de saúde, à educação da população, bem como à prevenção de complicações relacionadas ao deslocamento de tais pacientes.

O transporte de doentes graves envolve as seguintes fases:

Decisão: pressupõe que houve avaliação de riscos e benefícios que o envolvem, pois, como você já sabe, esse período caracteriza-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas.

O profissional que trabalha com o transporte de pacientes deve preencher alguns critérios, como: acuidade auditiva, acuidade visual, força osteomuscular de pelo menos 40 kgf, capacidade aeróbica, equilíbrio emocional e experiência profissional.

Para a melhor decisão você deve avaliar:

- Lesões apresentadas, mecanismo das lesões e tipos.
- Reconhecer precocemente a necessidade de transferência.
- Recursos locais.
- Decisão MÉDICA.

- Transferir para local apropriado mais próximo.
- Não atrasar a transferência.
- Prever necessidade de reanimação.
- Estabilização adequada para o transporte seguro.
- Estado fisiológico do paciente.
- Critérios de triagem.
- História pregressa do paciente e do evento (trauma ou clínico).

Encaminhamento: processa-se pelas centrais de regulação.

Os encaminhamentos deverão ser feitos às centrais de regulação assistencial ou regulação de urgência para que os profissionais médicos que trabalham nesses setores possam encontrar, o mais rápido possível, o local certo para o tratamento do paciente.

De acordo com a legislação brasileira (Resolução 1.671/03 do Conselho Federal de Medicina e as Portarias 814/01 e 2.048/02, do Ministro da Saúde) e já inscrita no recente Código de Saúde de Minas Gerais (artigos 80, 81 e 94), as centrais de regulação são estruturas necessariamente coordenadas por médico regulador. No Quadro 2 você pode verificar algumas normas propostas.

As responsabilidades são divididas e compartilhadas da seguinte forma:

a) Médico que encaminha -> faz a indicação da transferência, estabiliza adequadamente o paciente, faz comunicação de médico para médico ANTES da transferência.

b) Médico que recebe -> certifica a possibilidade de transferência, assegura a capacidade, concorda com a transferência, auxilia no processo de transferência.

Quadro 2. Normas gerais para o encaminhamento do paciente na rede de atenção à saúde

- 1- Esgotar os recursos tecnológicos da unidade de atendimento antes da decisão pela remoção.
- 2- Checar a estabilidade clínica (hemodinâmica, respiratória e neurológica) como condição para a decisão da transferência, incluindo as remoções intra-hospitalares.
- 3- Fazer contato com a central de regulação ou o ponto de atenção receptor, com justificativa e descrição pormenorizada do quadro clínico (com relatório escrito).
- 4- Definir o tipo de transporte disponível mais adequado, considerando as condições clínicas do paciente e acionar o serviço específico na própria unidade ou na central de transporte sanitário.
- 5- Checar todas as condições logísticas do transporte, com previsão dos recursos necessários durante todo o percurso do deslocamento.
- 6- Na necessidade de transporte com acompanhamento do profissional médico, acompanhar o paciente com verificações regulares das condições vitais do paciente, comunicando ao médico regulador ou ao serviço receptor todas as intercorrências significativas.
- 7- Responsabilizar-se pela paciente até ela ser assumida pela equipe específica do transporte avançado ou pelo serviço receptor.

Comunicação ao paciente ou responsável : devem ser comunicados sobre o quadro clínico, a potencial gravidade e justificativa do encaminhamento. Todas as dúvidas devem ser discutidas e esclarecidas. Essa boa relação evita futuros transtornos relativos a processos contra os profissionais e instituições de saúde e permite a assimilação da gravidade do quadro do paciente por parte dos familiares.

Planejamento : na escolha do meio de transporte mais adequado consideram-se os seguintes critérios: disponibilidade do transporte e de pessoal, gravidade da doença ou do traumatismo, condições do trânsito e das vias, segurança dos locais de pouso de aeronaves, custos, etc.

No transporte terrestre é possível monitorar adequadamente o paciente. Ele é composto de:

- 1- Transporte sanitário (TS), composto de um condutor do veículo.
- 2- Unidade de Suporte Básico (USB), composta de dois técnicos de enfermagem e um condutor.
- 3- Unidade de Socorro do Corpo de Bombeiro (COBOM), composta de dois bombeiros socorristas e um bombeiro condutor.
- 4- Unidade de Suporte Avançado (USA), composta de um enfermeiro, um médico e um condutor.

Preparação antecipada do material : todo paciente grave deve ser transportado com material possível de ser disponibilizado para suporte avançado de vida, adequado para sua faixa etária e conferidos e avaliados periodicamente para garantir a reposição ou substituição, quando necessário.

É importante ter disponíveis protocolos e tabelas com doses pré-calculadas para atendimento de parada cardiopulmonar e outras situações de emergência.

Para o atendimento eficiente e resolutivo, além dos protocolos é importante a disponibilização, em espaço adequado, de equipamentos e dos medicamentos essenciais para cada tipo de situação. No Anexo 1 você pode verificar a listagem das drogas, dos materiais e equipamentos necessários à organização desse procedimento.

Atendimento durante o transporte : a equipe deve manter, durante todo o transporte, o mesmo nível de atendimento oferecido ao paciente na fase de estabilização, pois o princípio fundamental na abordagem aos pacientes graves é não causar dano adicional.

Cuidados necessários durante o transporte:

- Monitorização contínua das funções vitais.
- Reavaliação contínua.
- Documentação de todas as intercorrências.
- Comunicação com a unidade receptora.

Resumindo

- A organização do serviço de saúde em urgência deve ser feita na rede de atenção à saúde, pois assim teremos atendimento integral e com fluxo garantido pelo sistema.

- O acolhimento é de fundamental importância em todos os pontos de atenção de serviços de saúde e a classificação de risco é uma ferramenta de apoio para a priorização dos pacientes em situações de urgência que procuram qualquer ponto de atenção da rede.

- A classificação de risco não pretende dar diagnóstico e sim avaliar a prioridade clínica de um usuário em situação de urgência.

- O transporte em urgência deve seguir preceitos básicos visando garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente antes, durante e depois do transporte.



Atividade 2

Depois do estudo desta seção você e a sua equipe devem discutir sobre as normas de encaminhamento responsável para paciente gravemente enfermo. Faça um resumo sobre as normas.

Consulte, no cronograma da disciplina, os encaminhamentos solicitados para esta atividade.

Nesta seção discutimos pontos importantes para o bom atendimento de casos de urgência na Atenção Primária à Saúde. Vamos lembrar alguns pontos:

- Organizar os serviços de urgência na rede de atenção à saúde de forma ideal para que possamos atender ao usuário com a máxima qualidade possível, além de fazermos as ações no local certo, com o tempo certo e com os recursos necessários.
- Acolher o usuário e classificar o risco daqueles que buscam o serviço em situações de urgência. São ferramentas de apoio para que todos sejam atendidos conforme sua prioridade clínica, bem como extinguir a triagem sem fundamentação.
- Fazer o encaminhamento responsável do paciente seguindo todos os passos garante a esse paciente e a você um transporte seguro e um paciente com mais chances de cura ou melhora, com menos sequelas.