

Unidade 1

Fluxos na urgência

Introdução

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 de 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 de emergência na Atenção Básica à Saúde podem ser algo novo, mas, para outros, essas situações fazem parte do seu cotidiano de trabalho.

Nesta Unidade 1 vamos sistematizar e ao mesmo tempo recuperar conhecimentos adquiridos nas experiências vividas.

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

1. compreender o conceito de rede e organização de atenção à saúde em urgência e emergência;
2. compreender como se organiza o serviço de urgência e emergência na rede de atenção à saúde;
3. realizar o acolhimento com classificação do risco, para pacientes em situação de urgência e emergência;
4. saber selecionar e como acionar a modalidade de transporte de urgência adequada para o caso, identificando responsabilidades de cada ator do processo.

Bom trabalho!

Seção 1

Organização do serviço de urgência/emergência na rede de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde tiveram sua origem na década de 1920, 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 (*apud* MENDES, 2011) 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 (2011), 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 (2011) afirma que a Atenção Básica 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 dos recursos disponíveis pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a função de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde das pessoas em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos. Na organização de redes de resposta às condições agudas, a Atenção Básica à Saúde 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).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) adotou orientação da organização da rede de urgência e emergência tendo esta a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos pacientes em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Um dos componentes e interfaces desta rede é a Atenção Básica à Saúde com suas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

PARA SABER MAIS

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf>

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://cobralt.com.br/manuals/manual-instrutivo-da-rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-no-sistema-unico-de-saude-sus-2013/>>

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 pacientes, destacando-se o fluxo para a urgência e para a emergência.

PARA LEMBRAR

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 e em emergência, é necessário:

- a) elaborar perfil demográfico e epidemiológico atual e projetado do município;
- b) descrever a rede de atenção à saúde existente no município;
- c) conhecer o modelo de atenção à saúde do município;
- d) avaliar os recursos humanos disponíveis e sua qualificação;
- e) avaliar a organização, a funcionalidade e o perfil de atendimento das unidades básicas de saúde;
- f) 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.

Em muitos municípios e regiões do Brasil, já foi realizado o diagnóstico da população adscrita da UBS, mas para a implantação da rede de urgência na Atenção Básica outras informações precisam ser incorporadas ao diagnóstico.

BUSQUE ESSAS INFORMAÇÕES NA SECRETARIA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO.

- O diagnóstico inicial já foi realizado?
- Foram levantadas informações de recursos disponíveis (equipamentos, medicamentos, insumos, profissionais capacitados)?
- A rede de urgência/emergência já foi implantada com a inclusão da Atenção Básica?

Seção 2

Acolhimento e classificação de risco na urgência

Vamos lembrar as discussões ocorridas sobre processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde, quando se tratou da implantação do acolhimento.

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; GRILLO; SOARES, 2018, p. 34).

Acolher é, portanto, escutar de forma qualificada as pessoas que buscam atendimento e prestá-lo de forma resolutiva e responsável. O ato de acolher engloba, ainda, orientar adequadamente a pessoa, 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 que as pessoas enfrentam, conjugando-os com suas necessidades. A postura acolhedora envolve todo o processo, chegando mesmo ao encaminhamento responsável.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), 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 as pessoas como sujeitos e, ao mesmo tempo, participantes ativos, no processo de produção de saúde.

Classificação de risco

Em situação de atenção à urgência e à 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 pacientes 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.

Existem no mundo vários modelos de classificação de risco ou triagem na urgência. No Brasil, os modelos adotados foram o canadense (*Canadian Triage and Acuity Scale - CTAS*), o norte-americano (*Emergency Severity Index - ESI*) e o do Sistema Manchester (*Manchester Triage System - MTS*).

Há variações de critérios de classificação de risco de acordo com o estado e os municípios.

PARA REFLETIR

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

PARA LEMBRAR

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. 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 os seguintes:

- a) diminuir mortes evitáveis;
- b) extinguir a triagem por funcionário não qualificado;
- c) priorizar de acordo com critérios clínicos;
- d) fomentar a adoção do encaminhamento responsável, com garantia de acesso à rede;
- e) aumentar a eficácia do atendimento;
- f) reduzir o tempo de espera;
- g) detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado;
- h) diminuir a ansiedade do paciente, acompanhantes e funcionários;
- i) aumentar a satisfação dos profissionais e pacientes, com melhoria das relações interpessoais;
- j) padronizar dados para análise e planejamento de ações.

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

Os pacientes 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 deram entrada, sendo importante que a equipe de Saúde da Família esteja preparada tecnicamente e com equipamentos adequados para prestar esse atendimento.

Os pacientes 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.

EM MUITOS SERVIÇOS DE SAÚDE, O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO JÁ FOI IMPLANTADO.

- Na sua UBS como está o processo de implantação?
- Os profissionais já foram capacitados?
- Qual é o método adotado pela rede de atenção à urgência/emergência?

Seção 3

Transporte em urgência/emergência

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. A Figura 1 apresenta as vantagens e desvantagens desses meios de transportes.

Figura 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	▷ Fácil disponibilidade ▷ Fácil mudança de rota e parada ▷ Baixo custo ▷ Ambiente adequado para terapia intensiva, transferências do paciente e equipamento	▷ Transporte lento ▷ Dependência do trânsito, vias e condições climáticas
Aéreo Helicóptero 	200 a 400 km	▷ Rapidez ▷ Atinge áreas inacessíveis independentemente do trânsito	▷ 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	▷ Rapidez ▷ Boas condições para tratamento intensivo (espaço e pressurização)	▷ Quadro transferências do paciente e equipamento ▷ Alterações fisiológicas em grandes altitudes ▷ Alto custo

Fonte: PENIDO, 2005.

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/emergência 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 com poucos recursos, enfatiza-se 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.

PARA LEMBRAR

O transporte de pacientes 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 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003), 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:

1. Decisão: pressupõe que houve avaliação de riscos e benefícios que envolvem o transporte, pois, como você já sabe, este 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, tais como: acuidade auditiva, acuidade visual, força osteomuscular de pelo menos 40 kgf, capacidade aeróbica, equilíbrio emocional e experiência profissional.

Na avaliação devem sempre ser considerados:

- lesões apresentadas, mecanismo das lesões e tipos;
- reconhecimento precoce da necessidade de transferência;
- recursos locais;
- decisão médica;
- transferência para local apropriado mais próximo;
- não atraso da transferência;
- previsão da necessidade de reanimação;
- estabilização adequada do paciente para o transporte seguro;
- estado fisiológico do paciente;
- critérios de triagem;
- história pregressa do paciente e do evento (traumatológico ou clínico).

2. Encaminhamento: ideal que seja intermediado pelas centrais de regulação.

Os encaminhamentos deverão ser feitos às centrais de regulação assistencial ou regulação de urgência/emergência 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 (Resoluções n. 1.671/2003 e n. 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina (2003; idem, 2014) e a Portaria n. 2.048/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), as centrais de regulação são estruturas necessariamente coordenadas por médico regulador. No Quadro 1 você pode verificar algumas normas propostas.

Quadro 1 - 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 pelo paciente até ele ser assumido pela equipe específica do transporte avançado ou pelo serviço receptor.

Fonte: MAGALHÃES JÚNIOR (2005).

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.

3. 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, baseada nos princípios de habilidade de comunicação, evita 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.

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

No transporte terrestre deve ser possível monitorar adequadamente o paciente. Veja sua composição:

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 conferido e avaliado periodicamente para garantir a reposição ou substituição, quando necessário.

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

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:

1. monitorização contínua das funções vitais;
2. reavaliação contínua;
3. registro por escrito de todas as intercorrências com assinatura do profissional de saúde responsável;
4. comunicação com a unidade receptora.

Resumindo

A organização do serviço de saúde em urgência/emergência deve ser feita pela rede de atenção à saúde, pois assim haverá 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/emergência que procuram qualquer ponto de atenção da rede.

A classificação de risco não pretende dar diagnóstico e sim avaliar a prioridade clínica de um paciente 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.

Além dos protocolos, é importante a disponibilização, em espaço adequado, de equipamentos e dos medicamentos essenciais para cada tipo de situação. Na Seção 3 da Unidade 4, no Apêndice A e no Apêndice B, verificam-se as listagens das drogas, dos materiais e equipamentos necessários à organização do atendimento eficiente e resolutivo.

Conclusão da unidade 1

Nesta unidade, discutimos pontos importantes para o bom atendimento de casos de urgência na Atenção Básica à Saúde.

Vamos rememorar alguns pontos:

- a) **organizar os serviços de urgência na rede de atenção à saúde** de forma ideal para que possamos atender o paciente com a máxima qualidade possível, além de fazermos as ações no local certo, com o tempo certo e com os recursos necessários;
- b) **acolher o paciente 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;
- c) **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.

