

## OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS<sup>1</sup>

Na metáfora da casa esse momento corresponde à construção da parede vermelha.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes o padrão da resposta social é único e informado por um **modelo de atenção aos eventos agudos** propostos por Mendes, (2014). A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os **processos de acolhimento** e de **classificação de risco**. Ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado.

Há resistências à utilização de sistemas de classificação de riscos na APS. Contudo, na teoria de redes, aplicada às RAS, é central a utilização de uma linguagem comum por todos os pontos de atenção das redes. Na atenção aos eventos agudos essa linguagem comum é um sistema de classificação de risco que deve ser o mesmo em todos os pontos de atenção das RAS.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores, com encaminhamento aos serviços de urgência.

### OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

O modelo de atenção aos eventos agudos, desenvolvido por Mendes *et al* (2019) tem como base o modelo da determinação social da saúde de *Dahlgren e Whitehead* (1991), utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados (Figura 1).

Figura 1. O modelo de atenção aos eventos agudos



Fonte: Mendes *et al*, 2019.

<sup>1</sup> Texto elaborado a partir do livro “A construção social da atenção primária à saúde” Mendes *et al*, 2019 e Caderno de Atenção Básica No 28 V. I e II

Estrutura-se em quatro níveis e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gravidade (risco), o tempo resposta e os recursos necessários.

**O nível 1 do modelo de atenção aos eventos agudos** - Incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, segundo a proposta de *Dahlgren e Whitehead* (1991). Nesse nível as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais. Um caso exitoso de promoção da saúde em relação aos traumas é o da Suécia por meio de um programa denominado Visão Zero que articula políticas de diferentes setores com o objetivo alcançar a meta de trauma zero naquele país em 2017 (WILES, 2007).

**O nível 2 do modelo de atenção aos eventos agudos** - incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (uso excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, estresse e outros). As ações nesse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos muito frequentes como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

**O nível 3 do modelo de atenção aos eventos agudos** - faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para isso utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo. A organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos implica, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem comum que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação e num tempo predeterminado. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem se estrutura em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

**O nível 4 do modelo de atenção aos eventos agudos** - Opera as intervenções de gestão da condição de saúde no manejo dos eventos diagnosticados. Nesse nível faz-se o atendimento nos pontos de atenção e no tempo estabelecidos pela classificação de risco, a utilização de protocolos clínicos baseados em evidência, o diagnóstico e seu manejo segundo os protocolos clínicos, a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos de atenção nas unidades de atendimento aos eventos agudos e a programação dos eventos agudos.

Os níveis 3 e 4 do modelo de atenção, referem-se a eventos agudos ocorridos que devem ser atendidos por uma tecnologia de gestão da clínica denominada de gestão das condições de saúde.

## OS PROCESSOS DE ACOLHIMENTO

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.

Se o acolhimento pudesse ser expresso em uma fórmula, seria:

$$AC = (ACSS + AT) H$$

Onde **AC** = Acolhimento; **ACSS** = Acessibilidade; **AT** = Atendimento e **H** = Humanização.

A acessibilidade (**ACSS**) é o elemento estrutural do acolhimento e diz respeito à disponibilidade, comodidade, ao custo e à aceitabilidade do serviço pelo usuário/comunidade. Exemplificando: o serviço está disponível no horário em que o usuário precisa de atendimento? Existe alguma barreira geográfica ou física que dificulte/impossibilite o acesso ao serviço? O custo do transporte coletivo é um impeditivo para acessar o serviço? O serviço é aceito pela comunidade? A estrutura física e os ambientes são adequados ao atendimento?

O atendimento (**AT**) é o elemento processual do acolhimento (**AC**) e implica responsabilidade, reconhecimento do problema pelos profissionais, identificação e proteção ao cidadão/família em risco, comunicação entre profissional/equipe e usuário, continuidade pessoal, qualidade da atenção clínica e registros adequados do atendimento (prontuário). Portanto, ao discutir a humanização nos serviços de saúde, há que se analisar os aspectos relacionados à acessibilidade aos serviços e ao atendimento realizado pelos profissionais e pelas equipes de saúde.

A humanização (**H**) deve resultar na quebra ou na minimização das barreiras geográficas, físicas e organizacionais, transformando os ambientes em locais mais acolhedores, racionalizando e otimizando os processos de trabalho e melhorando a comunicação com escuta qualificada, com vistas à efetivação do vínculo entre profissional, equipe, usuário e comunidade.

O cuidado à demanda espontânea na Atenção Primária deve ser baseado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população, aliado à gestão local reflexiva e às boas práticas de atenção, de forma a garantir um atendimento humanizado, resolutivo e que propicie a criação de vínculo entre as equipes de atenção primária e as pessoas, legitimando este ponto como a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima.

Torna-se necessário, portanto, refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde de atenção primária e os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, como: número de usuários por equipe, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento, entre outros. Em alguns serviços ainda é possível identificar práticas que resultam em restrição do acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências nas unidades de saúde.

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

É equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. A escuta da demanda espontânea não pode se

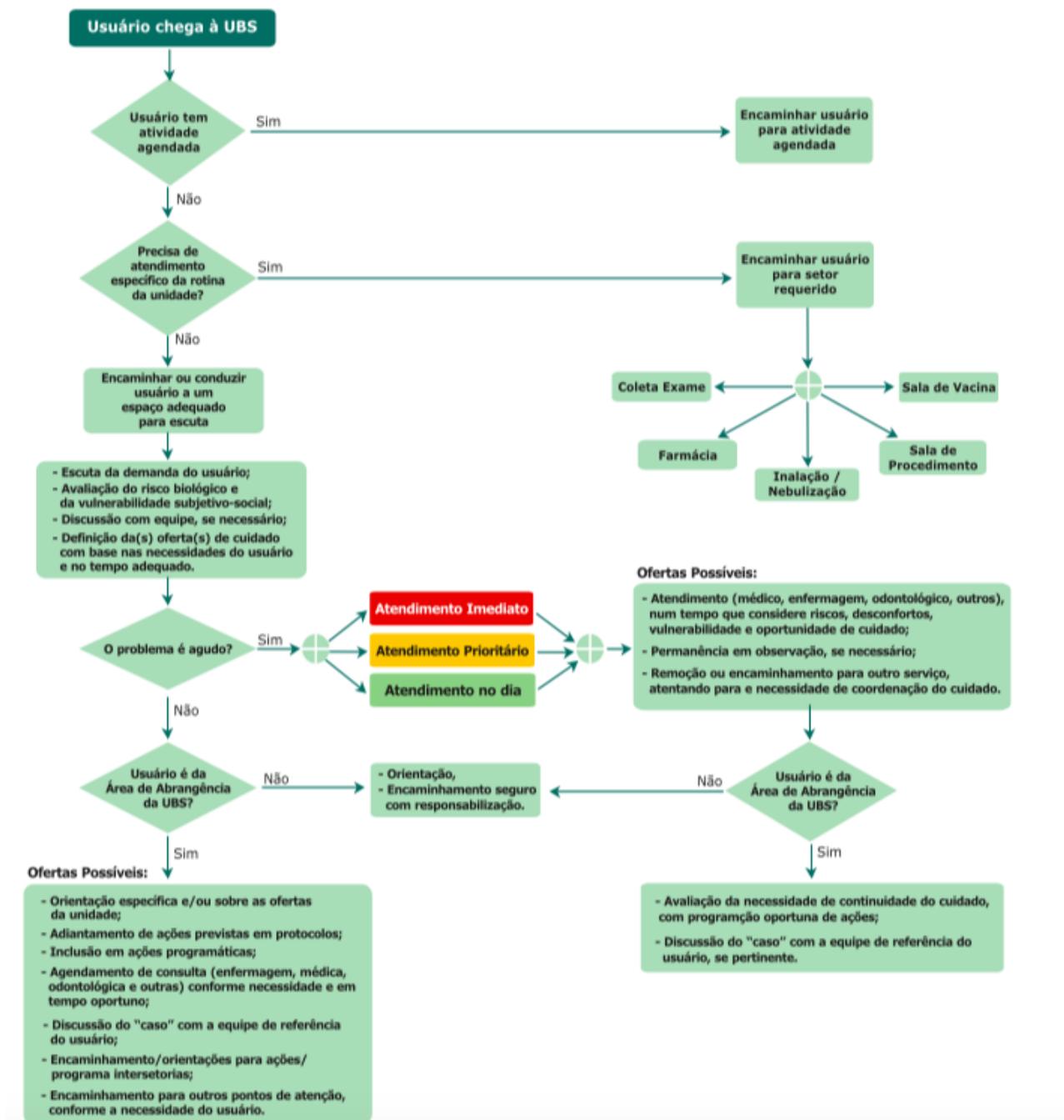
restringir apenas no início dos turnos de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira 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.

Os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção primária, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço. Para isto os fluxos de atendimento para atenção aos eventos agudos, as condições crônicas não agudizadas e enfermidades, pessoas hiperutilizadoras, demandas administrativas, atenção preventiva, atenção domiciliar e apoio ao autocuidado, já discutidos anteriormente no acesso à atenção primária à saúde, precisam estar desenhados e em uso pela equipe de saúde.

Não devemos esquecer que os usuários acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar agudização em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

O Caderno de Atenção Básica Nº 28, apresenta fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea. Este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e 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 a 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 2.** Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea



Fonte: Brasil, 2013

## OS PROCESSOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE

Os atendimentos às urgências em uma UBS diferenciam-se do atendimento em uma unidade de pronto-atendimento ou pronto-socorro, pois a atenção primária trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

A classificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessária, 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 médico (após acolhimento inicial), a não ser em situações de alto risco de vida, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária (junto com os outros membros da equipe). Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a classificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido, conforme apresentado no quadro abaixo.

**Figura 3.** Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica

|  |
|--|
| <b>Situação não aguda</b>  |
| <b>Condutas possíveis:</b>   |
| <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>  |
| <b>Situação aguda ou crônica agudizada</b>   |
| <b>Condutas possíveis:</b>   |
| <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. Influência 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> |

Fonte: Brasil, 2013

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade.

No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades.

Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESB) devem ser envolvidos no processo de primeira escuta não somente no que diz respeito ao núcleo da odontologia. Os demais profissionais da Atenção Primária, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda para necessidades odontológicas. A partir daí, a eSB faz a escuta mais específica do usuário, discute seu plano terapêutico, faz os encaminhamentos, se necessário, para os serviços especializados e garante o acesso para a continuidade de seu cuidado na UBS. Enquanto parte essencial da Atenção Primária, a eSB compartilha ações de seu núcleo nas reuniões, avaliações e educação permanente da equipe.

A equipe multidisciplinar deverá dar apoio matricial às equipes de atenção primária a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo dos casos específicos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da rede de atenção à saúde relacionada aquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Outras estratégias de apoio e educação permanente são fundamentais no aperfeiçoamento do acolhimento de uma UBS. Transformar as situações do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes ajuda a aumentar a resolutividade e é bastante mobilizador. Dentro da própria rede é possível encontrar pessoas dispostas a dividir seus conhecimentos, sejam para a abordagem clínica dos casos ou nos fluxos da rede.

O Caderno de Atenção Básica No 28 V. II apresenta fluxogramas de atendimento por classificação de risco/vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

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. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf) Acesso em: 27/06/22.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.

MENDES, E.V; MATOS, M.A.B; EVANGELISTA, M.J.O.; BARRA, R.P. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/> Acesso em: 27/06/22.

WILES D. **Sweden's road safety vision catches on**. Sweden Today, April 13, 2007