PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PEPSUS
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde

UNIDADE 1

A Estrátegia de Saúde da Família não é lugar de urgência... #SQN

Conteudista - Nancy Cristina Baumgartner Fernandes de Barros

Equipe de revisão técnico-científica
Cecília Nogueira Valença Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa José Adailton da Silva Laianny krizia maia Pereira Lyane Ramalho

Unidade 1: A Estratégia de Saúde da Família não é lugar de urgência.... #SQN

Caro cursista, seja bem-vindo ao módulo Urgência e Emergência na Atenção Primária. A primeira unidade irá versar sobre a relação da atenção primária à saúde (APS) com o atendimento das principais urgências, a partir da rede de urgência e emergência, da necessidade de organização da agenda e do reconhecimento de um paciente gravemente enfermo. Curioso? Vamos começar!

Aula 1: A rede de urgência e emergência e o papel da atenção primária à saúde

"A unidade de saúde da família não é lugar de urgência!". Provavelmente você já se deparou com uma situação como a do Sr. Crispiniano em sua unidade. Frequentemente pessoas procuram o serviço com uma demanda que foge à demanda programada pela unidade, aumentando a pressão assistencial. Mas como acolher essas demandas tendo em vista as tantas funções que a equipe de saúde já absorve? Será que as unidades têm estrutura, seja física, seja de recursos humanos, para isso?

Antes de respondermos a essa pergunta, é importante definir o que seria uma situação de urgência, diferenciando-a de uma situação de emergência. Para isso vamos recorrer à resolução do CFM que trata do assunto.

Atenção

Resolução nº 1.451/95 do CFM

URGÊNCIA: a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

EMERGÊNCIA: a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Tendo já em mente o que é uma urgência e uma emergência, vamos entender o papel da APS na rede de atenção às urgências e emergências.

A estruturação da rede de atenção às urgências no Brasil passou por vários momentos até chegar a sua conformação atual. A seguir, apresentamos uma linha do tempo com as portarias mais importantes para definição do papel da atenção primária nessa rede de cuidados aos agravos agudos.

A evolução da rede de urgência e emergência e o papel da atenção primária

Confira o texto na plataforma

Corroborando com as diretrizes da Rede de Urgências e Emergências, a Política Nacional da Atenção Básica, reformulada em 2011, reforça o atendimento às urgências como característica do processo de trabalho das equipes da atenção básica:

> *Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;*
>
> *(BRASIL, 2012, p. 41).*

Dessa forma, fica claro que o papel da APS é atender às demandas de urgência de menor complexidade, aquelas que são classificadas como verdes ou azuis. É ideal que, ao ter um problema agudo, excetuando-se as verdadeiras emergências, o paciente possa ser visto pelo seu médico de referência, aquele que já conhece a sua história, o que facilita a identificação do problema, evitando muitas vezes exames e procedimentos desnecessários. Isso torna o atendimento mais efetivo e integral. No caso das urgências maiores, como um infarto agudo do miocárdio, o atendimento pela APS implicaria em perder um tempo precioso na atenção à saúde, devido à densidade tecnológica requerida nesses casos.

A figura seguinte apresenta alguns participantes da Rede de Atenção às Urgências, dentre eles, a unidade básica de saúde e a unidade de saúde com sala de estabilização.



Figura 1 - Rede de Atenção às Urgências

Fonte: <https://image.slidesharecdn.com/urgnciaseemergnciasnaatenoprimriasade-131002210345-phpapp02/95/urgncias-e-emergncias-na-ateno-primria-sade-6-638.jpg?cb=1380747955>. Acesso em: 4 out. 2018.

Agora você deve estar se perguntando: com tantas ações programáticas e agendamentos de pacientes crônicos, como as equipes de atenção primária ainda terão condições de atender às urgências? Isso não vai reduzir a APS a um pronto atendimento?

Segundo Mendes (2011), para que a rede de atenção a urgências e emergências funcione de forma efetiva, os seus usuários devem ser equilibradamente distribuídos por todos os pontos de atenção, segundo seus riscos. Para esse autor, não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes. Por outro lado, para que essas urgências menores possam ser atendidas na APS, é necessário que o modelo de atenção às doenças crônicas seja reformulado através da gestão da clínica e estratificação de risco, liberando tempo das equipes da APS para atender, além das ações programadas, às urgências menores que se apresentam sob a forma de demanda espontânea.

O desafio, portanto, da APS consiste em acolher a demanda dos usuários em suas diversas necessidades, quer sejam crônicas ou agudas, afinal, o usuário não tem como definir o dia ou hora em que terá uma cefaleia ou uma crise hipertensiva. Além disso, o modo de atuar nessas situações não é necessariamente do tipo queixa-conduta, demandando muitas vezes continuidade no cuidado. Para vencer esse desafio é preciso repensar os processos de trabalho e buscar melhores estratégias de gestão da clínica para contemplar essa necessidade.

Saiba mais

Você já percebeu que a palavra chave para atender às demandas agudas dos pacientes é acolhimento. O acolhimento não é um lugar ou um serviço com hora marcada para acontecer; é uma postura, uma atitude, uma tecnologia de cuidado. Também é um dispositivo para reorganização dos processos de trabalho do trabalho em equipe. O caderno de atenção básica v. I, n. 28 traz uma discussão sobre acolhimento e encontra-se disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>



Avalie a situação-problema. No caso do Senhor Crispiniano, a sua unidade teria recursos para resolver a essa demanda? Sua unidade conseguiu organizar a agenda para contemplar casos como o do senhor Crispiniano? Vamos discutir mais sobre isso agora.

Organizando a agenda: acesso avançado

Uma das principais dificuldades para se atender urgências na APS consiste no fato de que não há espaço em nossas agendas!

As unidades de saúde têm dificuldade de atender pessoas que procuram diariamente atendimento. De fato, o acesso ainda é um dos atributos da APS mais comprometidos na realidade brasileira. Isso ocorre em parte pelo modelo de atenção às condições crônicas e pelas ações programáticas preventivas que comprometem a agenda da equipe em quase sua totalidade.

Segundo Mendes (2012), a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atender, além das ações programadas, ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea.

Uma agenda fragmentada, "empacotada" em função de grupos, patologias, faixas etárias, etc., demanda grandes recursos das equipes e diminui acesso para a demanda espontânea. Voltemos à nossa situação-problema: O Sr. Crispiniano teve dificuldades em conseguir acesso porque não havia espaço na agenda da médica da unidade, já que todo o turno fora reservado para as consultas de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil.

No entanto, existem várias formas de organizar a agenda de modo a contemplar as demandas espontâneas. Cada equipe pode, considerando sua realidade, seus recursos disponíveis e as características de sua comunidade, lançar mão das ferramentas de gestão da clínica, repensando os processos de trabalho e as formas de agendamento para oferecer um melhor acesso à demanda espontânea.

Um dos modelos de agendamento de consultas que se predispõe a contemplar esse objetivo é o chamado "acesso avançado" ou "consultas do dia". Ele vem sendo amplamente divul-

gado, testado e implantado em diversos serviços em esfera internacional e, aqui no Brasil, tem sido implantado com sucesso em algumas cidades, como Florianópolis-SC e Curitiba-PR.

Segundo Murray e Berwick (2003), filas e demoras em sistema de saúde têm sido um problema por vários anos e muitas unidades de saúde estão em estado de desordem por causa de agendas sobrecarregadas. Murray aponta o acesso avançado como opção para redução desse problema.

Utilizando como referencial o artigo de Murray e Berwick (2003), iremos fazer uma revisão sobre os métodos vigentes de gestão da demanda e apresentar os fundamentos do acesso avançado.

O modelo tradicional

No modelo tradicional os serviços trabalham com a lógica de agenda fechada, em que todos os atendimentos são previamente agendados com dias, semanas e, às vezes, com meses de antecedência, o que favorece uma alta taxa de absenteísmo. Caso haja alguma demanda urgente (normalmente é a recepcionista quem define essa condição), o paciente será encaixado numa agenda cheia, muitas vezes com duplicidade de reserva. Isso é feito após aprovação do médico (a) /enfermeiro (a) da equipe, demandando tempo potencialmente produtivo desses profissionais em processos de não cuidado de tomada de decisão e de triagem.

Além dos problemas apresentados acima, o modelo tradicional aumenta artificialmente a demanda de duas maneiras. A primeira se dá pelo caráter de "encaixe" da consulta agendada com duplicidade de reserva. Isso faz com que o profissional faça distinção entre a consulta agendada e a consulta de urgência, o que o leva a abordar apenas um problema do paciente (o mais urgente), o que implicará na necessidade de um segundo encontro para uma abordagem mais integral. A segunda forma é quando, por não conseguir encaixar o paciente na agenda já saturada, este é encaminhado a outro serviço de emergência, como UPA ou AMA, necessitando de consulta posterior com seu médico de referência para ter tranquilidade e dar seguimento ao episódio de cuidado.

Modelo Carve Out

Nesse modelo é reservado espaço na agenda para atender aos casos de urgência (não ultrapassando 50% das vagas). Ele funciona melhor que o modelo tradicional. No entanto, pode levar o problema para o lado oposto: dependendo do número reservado para as urgências, a demanda "não urgente" vai sendo deslocada para o futuro. Outra característica desse modelo é que necessita de pessoal para a classificação de risco, que irá definir o que é urgente ou não, o que demanda duplo trabalho da equipe: classificar para depois resolver. A classificação de risco também pode levar a equívocos: os pacientes mais inquietos podem ser classificados como urgentes, em detrimento daqueles mais resignados.

Em unidades com mais de uma equipe, muitas vezes é escolhida uma equipe que irá fazer o acolhimento da demanda espontânea daquele dia. Nesses casos, os pacientes agudos não são atendidos necessariamente por sua equipe de referência, gerando necessidade de retorno e criando demanda adicional tal como no modelo tradicional.

Acesso Avançado

No acesso avançado procura-se trabalhar com a agenda mais aberta possível. Os pacientes que procuram a unidade devem receber consulta com sua equipe de referência no mesmo dia ou no máximo em 48h.

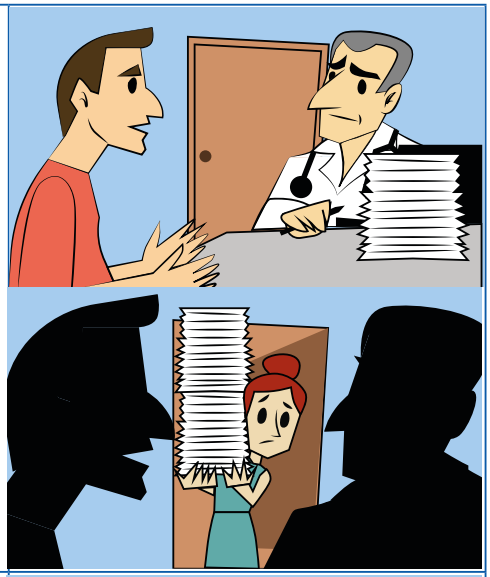
A grande diferença no acesso avançado é que as demandas não são classificadas como "urgentes" e "não urgentes", dispensando a necessidade de pessoal para classificação de risco. O ponto chave é saber se a equipe de referência daquele paciente está disponível. Para que haja essa disponibilidade tem que haver equilíbrio entre a demanda e a oferta. Alguns agendamentos podem ser feitos, mas estes não devem ser feitos por indisponibilidade da equipe, mas por preferência do usuário ou por necessidade de retorno do paciente, quer se trate de retornos periódicos (hipertensos, diabéticos), quer se trate da necessidade de complementação daquele episódio de cuidado. O ideal é que de 65 a 75% da agenda esteja aberta.

É importante ressaltar que, mesmo que a demanda possa exceder a capacidade de um dia, o acesso avançado ainda funcionará bem. No entanto, se a procura excede permanentemente a capacidade da equipe, nenhum sistema irá funcionar, incluindo o acesso avançado. Desse modo, é importante dimensionar de forma adequada o tamanho populacional para cada equipe, tarefa que compete aos gestores.

Vamos comparar esses três modelos?

Modelo Tradicional

- Faça o trabalho do último mês hoje.
- Agenda sempre cheia e urgência como duplo agendamento
- Ênfase em grupos programáticos
- Alta taxa de absenteísmo
- Desvio de demanda para unidades de urgência e emergência
- Aumento artificial da demanda



Modelo Carve out

- Faça hoje parte do trabalho de hoje.
- Uma parte das vagas fica aberta para urgências
- Pouca capacidade de vagas
- Necessidade de médico/enfermeiro para triagem
- Tensão entre quem agenda e quem não é triado como urgente: "quem grita consegue mais atendimento"



• Sistema de favores: “pode vir que guardo a vaga para você” • Desvio de vagas: quem não consegue é agendado para o futuro, de modo que há retorno ao sistema tradicional	
Acesso avançado • Faça hoje o trabalho de hoje. • 65% a 75% das vagas em aberto • Grande capacidade de vagas • Elimina triagens • Demanda e oferta em equilíbrio • Diminui tempo de espera • Sem necessidade de reserva de vagas • Diminui o absenteísmo • É longitudinal, decrescendo a demanda em pouco tempo.	

Colocando em prática o acesso avançado

1° Passo: equilibrar a oferta e a demanda

O primeiro passo para a implantação do acesso avançado é a organização da oferta de acordo com a demanda visando ao equilíbrio de ambas. Para tanto, é necessário que essa demanda seja conhecida. Pode-se medir a demanda retrospectivamente, avaliando os atendimentos que foram realizados num determinado período de tempo. O problema com essa medição é que pode não representar a procura real de pacientes pela unidade, já que muitos podem ter sido orientados a procurar outros serviços quando já não havia mais vagas nas agendas. Por isso, é aconselhável, na implantação do acesso avançado, que a demanda seja medida de forma prospectiva, através de registro dos pacientes que procuram a unidade (demanda externa, bem como dos retornos para seguimento clínico (demanda interna). A oferta, então, deve ser planejada de modo a contemplar o fluxo de demanda. Em dias e horários de maior demanda é quando se deve ter uma maior oferta de consultas. Isso pode resultar em adequações de horário de trabalho de alguns profissionais.

2° passo: zerar a fila de espera

Para que a agenda possa estar em sua maior parte aberta é necessário eliminar o atraso que se acumulou. Para isso, é necessário aumentar temporariamente a capacidade de atendimento através de atendimentos extras, visando a limpar as agendas para o novo sistema.

3° passo: reduzir o número de tipos de agendamentos:

O acesso avançado não trabalha com a lógica de dividir a demanda em ações programáticas. É uma mudança de paradigma e isso talvez seja um dos maiores impactos para implantação desse modelo, já que a atenção primária no Brasil se desenvolveu a partir de ações programáticas preventivas. Assim, se chega uma pessoa portadora de diabetes melittus procurando por atendimento, a questão chave não é se a equipe de referência dessa pessoa irá fazer atendimento de diabéticos nesse dia, e sim se a equipe de referência está disponível. Se a equipe está disponível, o paciente deve ser atendido no mesmo dia. Se não, pode ser visto por outra equipe, se disponível, ou ser agendado para uma data futura (de preferência no máximo em 48h). Para Gusso e Lopes (2012), em áreas de alta pressão assistencial apenas dois grupos devem ter suas agendas protegidas: as gestantes e as crianças menores de 1 ano.

4° passo: desenvolver planos de contingência

Os planos de contingência são necessários para manter a demanda e a oferta em equilíbrio nos casos em que há aumento da demanda ou diminuição da oferta. Como exemplo do aumento da demanda, podemos citar os períodos nos quais aumentam a frequência de arboviroses ou infecções respiratórias. A oferta diminui temporariamente no período de férias dos profissionais ou outras licenças, por exemplo.

5° passo: reduzir a demanda por visitas

A fixação do provedor da assistência é uma das principais estratégias de redução da demanda, por favorecer a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Outra forma pode ser a adoção da tecnologia, utilizando o telefone, email ou aplicativos para responder às perguntas dos pacientes ou fazer o seguimento do cuidado. No entanto, essa prática carece de regulamentação no nosso país, a fim de definir o que caracteriza ou não consulta médica, visto que a consulta médica a distância está em desacordo com o código de ética médica. É necessário um amplo debate a esse respeito, pois a prática médica não pode ficar estagnada frente aos avanços tecnológicos. Outra forma de reduzir a demanda é incorporar nos processos de trabalho a medicina baseada em evidência e a prevenção quaternária: grandes recursos e tempo são empregados em seguimentos periódicos e rastreamentos que não encontram respaldo em evidências científicas.

6° passo: aumentar a oferta efetiva

É importante aumentar a autonomia e a resolutividade de toda a equipe, transferindo do profissional médico maiores níveis de responsabilidade, por meio de diretrizes bem concebidas, de modo a contemplar o pessoal não médico. Como exemplo, podemos citar o acompanhamento dos pacientes crônicos pela equipe de enfermagem, com intervenções assistenciais mais efetivas, como exame do pé diabético, monitoramento da adesão ao tratamento, orientações sobre autocuidado entre outras.

Saiba mais

Você aceita o desafio de implantar o acesso avançado em sua unidade? Se sim, leia o artigo original de Murray, saiba como zerar a agenda para implantação do novo modelo e entenda como avaliar o acesso avançado após sua implantação.

O acesso avançado é um método de gestão de demanda que se propõe a melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Uma atenção primária forte e resolutiva depende principalmente de um acesso efetivo, no momento em que a pessoa mais necessite dele. No primeiro momento, é muito difícil reduzir o trabalho acumulado e zerar a agenda, mas em pouco tempo a demanda decresce, chegando a um equilíbrio com a oferta. Além disso, os profissionais de saúde também tendem a ficar mais satisfeitos porque passam a lidar com situações clínicas em que podem aumentar a resolutividade.

Voltando a nossa situação-problema...

Os processos de trabalho de sua equipe facilitariam o acesso do senhor Crispiniano? Como melhorar o acolhimento às demandas espontâneas em sua equipe?

Reconhecendo um paciente gravemente enfermo

Segundo Martins et al. (2016), afecções em qualquer parte do corpo podem implicar em doenças graves e se tornarem uma emergência. Isso ocorre quando há repercussão dessa enfermidade em um dos três grandes sistemas: cardiovascular, respiratório e sistema nervoso central. É fundamental reconhecer precocemente o paciente crítico, priorizando seu atendimento, de forma a diminuir o risco de parada cardiorrespiratória.

O termo chave para abordagem do paciente potencialmente grave é a SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO. Sistematizar significa estabelecer uma ordem, um sistema, para se atingir os melhores resultados possíveis para as finalidades que se quer atingir. Dessa forma, vamos apresentar a abordagem do paciente potencialmente grave passo a passo. Nesse momento, é importante salientar que atender pacientes em situações de emergência requer calma, conhecimento, treinamento

e experiência. Sendo assim, as equipes devem ser capacitadas, recebendo treinamento prático de forma periódica, observando-se ainda as atualizações dos protocolos de atendimento às emergências.

Passo 1: Reconhecendo os sinais de alerta.

Como já citado, a identificação rápida do paciente crítico pode ser feita observando-se as repercussões nos sistemas cardiovascular, respiratório e neurológico. Alguns sinais demonstram de forma clara essas repercussões, tais como choque, palidez cutânea, dispnéia, suspeita de obstrução de vias aéreas, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação e dor intensa, entre outros. Ao serem reconhecidos, esses sinais não podem ser menosprezados e devem demandar um atendimento prioritário imediato a esse paciente.

Passo 2: Pedindo ajuda

Uma vez identificada a situação de emergência, deve-se solicitar ajuda. No âmbito da atenção primária solicitar ajuda significa chamar a equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem), solicitar o material de emergência, que deve incluir um desfibrilador em caso de parada cardiorrespiratória, e acionar a Central de Regulação Médica de Urgências/SAMU (192).

Uma vez que a equipe foi acionada devem ser seguidas as recomendações do suporte avançado de vida, ACLS:

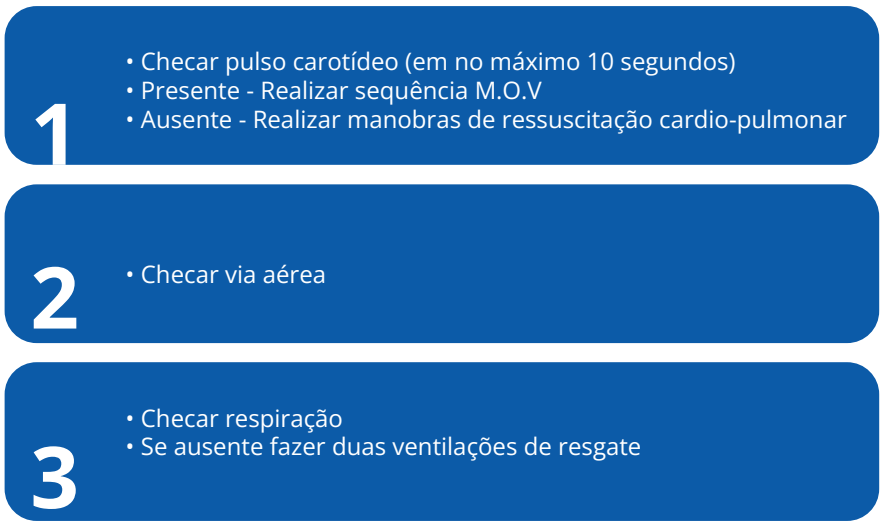


Figura 2 - Reanimação cardiopulmonar (RCP)

Esses procedimentos serão detalhados na aula de Suporte Básico de Vida.

Ao acionar o SAMU o membro da equipe deve estar capacitado para fornecer as informações sobre o quadro do paciente, identificando o problema, presença de sinais de alerta e sinais vitais, informando as condutas já realizadas pela equipe. Para que a rede funcione de forma adequada é importante que os gestores locais possam estimular uma relação dialética entre as UBS/USF e as Centrais de Regulação Médica de Urgências visando à definição de fluxos e protocolos. Essa relação facilita a comunicação e otimiza o atendimento.

Passo 3: Sequência M.O.V.

M.O.V. é a sigla para monitoração, oxigênio e veia. MOV deveria ser sinônimo de emergência, pois sempre que nos deparamos com essa situação essa sequência deve ser realizada.

Através da monitoração se obtêm os sinais vitais. Ela deve incluir avaliação cardioscópica (assim que disponível, nem sempre possível nas unidades básicas), pressão arterial e oximetria de pulso. Da observação desses sinais decorrem intervenções para mantê-los estáveis.

O oxigênio suplementar deve ser oferecido se a saturação de oxigênio estiver abaixo de 90% ou o paciente tiver fator de risco para hipoxemia, como insuficiência cardíaca ou doença pulmonar obstrutiva crônica, por exemplo.

O acesso venoso (veia) deve ser feito com jelco calibroso (16 ou 18, 14 no trauma) e tem como objetivo possibilitar a reposição de volume e a administração de medicamentos.

Enquanto a sequência MOV é executada pela equipe de enfermagem o médico deve estar executando simultaneamente os dois passos seguintes: a anamnese objetiva e o exame físico mínimo.

Passo 4: Anamnese objetiva

A anamnese nos casos de emergência deve ser feita de forma objetiva com intuito de obter informações relevantes que possibilitem a elucidação do quadro e sua etiologia para o fornecimento de tratamento adequado. É importante investigar:

- Queixa: características, início, duração
- Fatores associados
- Antecedentes patológicos
- Medicamentos em uso
- Alergias

Passo 5: Exame físico mínimo

Numa situação de emergência o tempo é um fator limitante. Por isso, o exame físico deve ser realizado em poucos minutos, mas deve ser abrangente o suficiente para fornecer dados relevantes para elaboração de uma boa hipótese diagnóstica.

O exame físico deve contemplar:

Aspecto geral: avaliação de mucosas e do estado geral do paciente, procurando por sinais de desidrataçao, cianose, icterícia, petéquias ou palidez cutanea.

Exame neurológico: escala de coma de Glasgow; procura de déficits motores nos quatro membros e simetria, avaliação de pupilas e de sinais de meningismo.

Exame cardiovascular: ausculta cardíaca nos quatro focos principais (avaliação do ritmo, de sopros, bulhas); procura de estase jugular; avaliação da perfusão periférica e dos pulsos periféricos (presença e simetria).

Exame pulmonar: ausculta pulmonar pelo menos em quatro campos pulmonares (procura de crepitações, sibilos, derrames, roncos) e inspeção sobre o uso de musculatura acessória.

Exame abdominal: sinais de peritonismo, dor e grandes massas e visceromegalias.

Membros: edemas, sinais de empastamento de panturrilhas.

O exame físico pode ser realizado concomitantemente à anamnese.



Preparo antecipado do material: é importante ter disponível o material necessário para o atendimento às emergências. Esse material deve ser adequado, ter disponibilidade em diversas faixas etárias e ser periodicamente conferido e avaliado para garantir a reposição ou substituição quando necessário. Também é imprescindível ter disponíveis protocolos e tabelas com doses previamente calculadas para atendimento de PCR e outras situações de emergências.