



REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de
Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro,
São Luís - MA.

Site: www.unasus.ufma.br

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE

**São Luís
2015**

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2015

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região, nº de Registro – 453)

Revisão ortográfica

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

42f. : il.

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas de saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 614.2

INTRODUÇÃO

O objetivo educacional deste texto é que você possa analisar o contexto de organização e funcionamento de redes de atendimento às condições de urgência e emergência.

Um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema. As suas portas de urgência e emergência ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas de urgência e emergência. Assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE). A busca da resolutividade nesses cenários assistenciais trata-se de uma das grandes prioridades do sistema.

EMENTA: urgência/emergência e regulação de fluxo assistencial. Fundamentos do acolhimento com classificação de risco na RUE. Condições críticas prevalentes e complicações agudas das condições crônicas. Urgência e emergência na Atenção Básica e seu impacto na RUE - estabilização e racionalidade de fluxo assistencial. Componentes da RUE: UPA, Samu, Portas Hospitalares SOS, Leitos de Retaguarda e Atenção Domiciliar - programa Melhor em Casa.

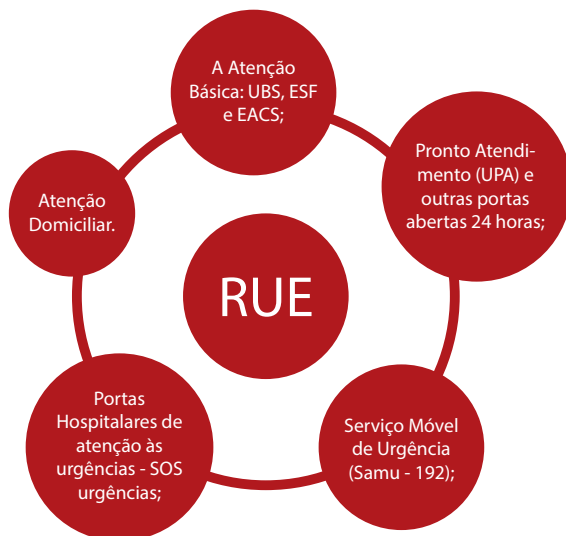
SUMÁRIO

UNIDADE 4	7
1 CENÁRIO ATUAL	7
1.1 Urgência/emergência e a regulação do fluxo assistencial .	9
1.2 Fundamentos do acolhimento com classificação de risco na RUE	13
1.3 Condições críticas prevalentes e complicações agudas das condições crônicas	18
2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA E SEU IMPACTO NA RUE - ESTABILIZAÇÃO E RACIONALIDADE DE FLUXO ASSISTENCIAL.....	30
2.1 Componentes da RUE: UPA, Samu, Portas Hospitalares SOS, Leitos de Retaguarda e Atenção Domiciliar - programa Melhor em Casa	34
REFERÊNCIAS.....	40

1 CENÁRIO ATUAL

A Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS - vem apresentando, desde a sua instituição, no ano de 2003, algumas ferramentas potentes para esse processo de racionalização do atendimento na Rede de Urgência e Emergência (RUE). Trata-se do “acolhimento com classificação de risco” (sobre o qual falaremos em detalhes mais adiante), que tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ágil e oportuno.

E dentro desse cenário assistencial, são componentes e interface da RUE, no nosso município, os seguintes:



Ressalta-se que todos esses serviços devem funcionar em perfeita harmonia, dentro de um fluxo regulado e efetivo de atenção aos usuários. E para tanto, protocolos devem ser

instituídos, sempre levando em conta a realidade local das unidades e a denominada “nosologia prevalente”, isto é, o conjunto de agravos que são mais frequentes nos atendimentos. Da mesma forma devem ser garantidas as condições de infraestrutura mínima para o funcionamento adequado desses serviços de atenção às condições de urgências e emergências.

A estruturação dessa rede assistencial de serviços deve ser instituída por regiões de saúde, a partir de alguns marcos regulatórios. Assim, a atual Regionalização de Saúde foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB/MA, por meio da Resolução nº 44/2011 de 16 de julho de 2011, na qual foram definidas 19 Regiões de Saúde no Maranhão, bem como 19 Comissões Intergestores Regionais (CIR) em conformidade com o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011a; MARANHÃO, 2011).

Esse decreto define que as Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

A Região de Saúde de São Luís, por exemplo, é composta por cinco municípios tendo a população estimada, no ano de 2014, em 1.366.973 habitantes. Conforme figura abaixo, um “mapa de saúde” regional, composto pelos municípios de São Luís, São José de Ribamar, Raposa, Paço do Lumiar e Alcântara, é descrito com seus respectivos serviços:

Figura 1 - Situação atual e proposta da Rede de Atenção às Urgências.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

1.1 Urgência/emergência e a regulação do fluxo assistencial

O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu, por meio da Resolução nº 1.451, de março de 1995, os conceitos de “urgência” e “emergência”. Isso ocorreu devido ao fato de ainda termos muitos problemas no atendimento a essas condições, como: questões que passam pela organização do serviço, da abordagem das duas condições como se fosse a mesma coisa, ou até mesmo a ausência de uma sala específica para estabilização de casos mais graves, ou o atendimento em salas de urgência a casos que deveriam ser atendidos em nível ambulatorial, que constituem condições inadequadas à boa prática assistencial (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

Assim, por meio da Resolução do CFM, são estabelecidos alguns princípios norteadores para o atendimento de urgência/

emergência. E o primeiro ponto ressaltado nesse documento é a necessidade de garantir a sustentação da vida no local ou em outro nível de atendimento, com condições de dar continuidade à assistência, no que podemos chamar de atendimento referenciado, ou seja, o conceito de atendimento de urgência/emergência pressupõe o “atendimento em rede”; se não for possível manter a vida ou aliviar o sofrimento em um nível, passa-se imediatamente a outro nível assistencial. Essa é a lógica do fluxo regulado e efetivo.

A distinção conceitual entre diferentes condições clínicas também se torna muito importante.

A Resolução nº 1.451/95 define URGÊNCIA como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. E EMERGÊNCIA como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Vê-se a partir dos conceitos que nos casos de emergência há risco iminente de interrupção da vida ou sofrimento muito intenso. E isso faz desta condição clínica uma prioridade absoluta, muito embora ambas necessitem de atendimento imediato.

Nessa lógica de fluxo regulado dos pacientes, que precisam passar de um nível assistencial para outro, mais complexo, a central de regulação tem um papel fundamental. A Região de São Luís, por exemplo, visando à implantação da sua Rede de Atenção às Urgências e Emergências nas Regiões de Saúde do Estado do Maranhão e em cumprimento às Portarias GM/MS 1.600 de 07.07.2011, GM/MS 1.559 de 1º de agosto de 2008 e GM/MS

1.792 de 22 de agosto de 2012, estabeleceu o seguinte protocolo para funcionamento das centrais de regulação de urgência e emergência nos diferentes níveis assistenciais:

**a) Regulação pré-hospitalar de urgências e emergências/
Samu 192:**

Responsável pelo atendimento do usuário após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte mediante deslocamento de equipe médica em ambulâncias adequadas ao caso e sua remoção para as portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência (hospitais de prontos-socorros e unidades de pronto atendimento), estabelecidas na Região de Saúde.

A solicitação para o atendimento poderá ser feita pelo usuário ou por um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

A remoção dos pacientes para as portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência obedecerá à grade de referência que ficará pactuada para a Região de Saúde ou conforme o estabelecido nas pactuações inter-regionais.

As atividades estabelecidas para o Samu nas Portarias GM/MS 2.048 de 05.11.2002, GM/MS 2.657 de 16.12.2004 e GM/MS 2.026 de 24.08.2011 permanecerão sob sua responsabilidade e gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

O Samu 192 adotará o Protocolo de Atendimento e Fluxo de Encaminhamento de Pacientes entre Unidades de Pronto Atendimento-UPA/ 24 horas e Samu 192, conforme modelo já pactuado em 04 de setembro de 2012, entre a Secretaria Estadual de Saúde/MA e a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.

b) Regulação inter-hospitalar de urgências e emergências /central de Leitos de Retaguarda de urgência e emergência - CLR

Responsável pela regulação do acesso e transferência dos pacientes inicialmente atendidos e estabilizados nas unidades consideradas como portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência para Leitos de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência que incluem leitos clínicos, leitos de unidade de terapia intensiva, leitos de longa permanência, leitos de unidade coronariana e leitos de acidente vascular cerebral.

Em cada região de saúde os Leitos de Retaguarda serão identificados nas unidades hospitalares, para utilização exclusiva da central de regulação inter-hospitalar de urgências e emergências, conforme distribuição das grades de referência e pactuação nos planos de ação regional, partes integrantes da Rede de Atenção de Urgência e Emergência.

A distinção conceitual entre as condições de urgência e emergência é um marco regulatório importante, pois impõe uma certa racionalidade assistencial das condições de pronto atendimento. Assim teremos as condições de emergência como prioridade absoluta, seguidas das condições de urgência que, por sua vez, serão seguidas pelas condições que necessitam de atendimento, mas não necessariamente imediato, ainda que em um período curto, frequentemente provocado por algum tipo de risco ou sofrimento. A essa racionalidade assistencial no pronto atendimento, tomando como fundamental a condição clínica do usuário, denominamos **classificação de risco**.

Contudo, tão importante como a classificação ou estadiamento de risco, é o “acolhimento” a este usuário em sofrimento ou fragilizado. O acolhimento pode ser entendido

como uma postura da equipe e do serviço. O acolhimento como ato de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão no nosso “espaço de afeto”.

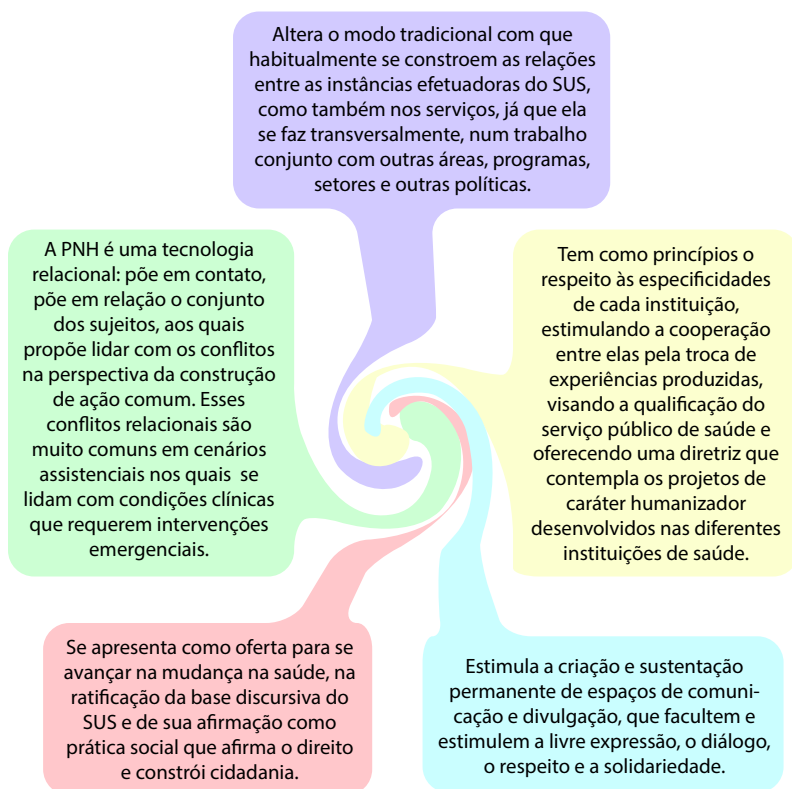
Isso engloba uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da PNH do SUS. Ética, pois há a relação com o outro (diferente) que nos procura e nos confia sua angústia, sofrimento e dor; estética na relação e produção da vida digna; política na relação e produção do coletivo solidário. Essas duas ferramentas são objetos de nossa discussão no próximo item.

1.2 Fundamentos do acolhimento com classificação de risco na RUE

O acolhimento pode e deve acontecer em cada setor por onde o usuário caminha, e é mais uma atitude, uma postura das equipes, e não um “setor”, ainda que a unidade de saúde possa definir profissionais com maior foco no acolhimento, principalmente nas portas de urgência e em unidades de saúde com grande movimento (GRABOIS, 2011).

O acolhimento é um dos principais conceitos-chaves na Política Nacional de Humanização no SUS - HumanizaSUS - PNH, que vem se firmando no SUS como Política que atende a importantes reivindicações, que já inclui - em seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos - todos os que estão envolvidos no processo de construção de saúde. É uma política que destaca o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado, voltando-se para a alteração de modelos de atenção de gestão.

Observe algumas características da PNH:



Contudo, os modos de gerir e os modos de cuidar são indissociáveis, ou seja, modos de organização do trabalho são inseparáveis dos modos de atenção à saúde, os quais desenvolvem relação de codeterminação; influenciando-se mutuamente. Além disso, o modo PNH impõe como princípio a ampliação do grau de comunicação, de contato, de transversalização entre sujeitos, políticas, projetos, instituições, áreas, territórios disciplinares, acionando processos de desestabilização de poder na perspectiva da construção de ações mais interdisciplinares e intersetoriais (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

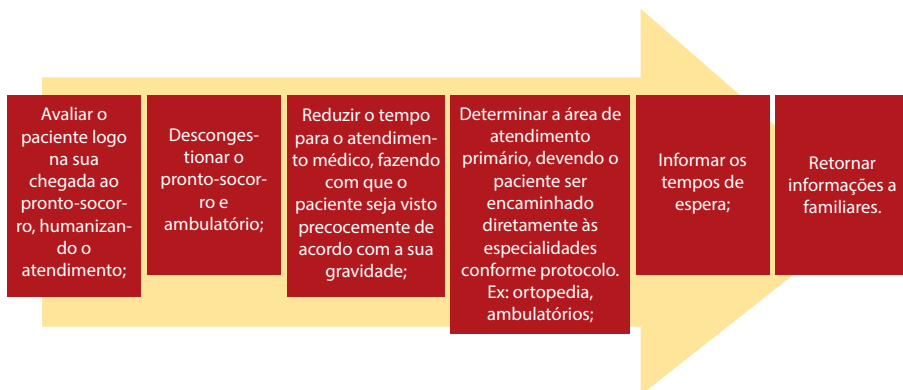
O produto do nosso trabalho, do trabalho do outro e das coisas (modos de gestão, de arranjos organizacionais etc.), no campo da saúde pública, deriva, assim, da produção de encontros de pessoas mediadas por princípios éticos e políticos do SUS, ou seja, encontros que derivam de produções coletivas e que necessitam sempre de validação coletiva. E é nesse sentido e com esses fundamentos (da PNH) que devemos conceber a perspectiva da postura acolhedora nas Unidades de Urgência e Emergência. Em síntese, o acolhimento deve ser compreendido como ato de acolher o outro na sua dor, sofrimento ou fragilidade, como uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão no nosso “espaço de afeto”.

O atendimento acolhedor pressupõe uma **efetividade assistencial** e não apenas um gesto afetivo, mas, sobretudo, efetivo no seu seguimento. Isso significa que além do conhecimento que precisamos ter para desenvolver uma ação assistencial, uma conduta profissional, baseada em diretrizes clínicas e inserir o usuário em um fluxo de atendimento e procedimentos pré-determinados como rotina das unidades; precisamos também cuidar e tratar, ética e tecnicamente, o outro que nos procura.

O primeiro passo a ser dado na gestão do cuidado é, exatamente, a **classificação de risco** do usuário, pois a depender do estadiamento da condição clínica ou situação do paciente a conduta poderá ser A, B ou C. Dessa forma a utilização da avaliação/classificação de risco deve ser por observação (a equipe identifica a necessidade pela observação do usuário, sendo aqui necessária capacitação mínima para tanto) ou por explicitação (o usuário aponta o agravo). O fato de haver indivíduos que “passam na frente” pode gerar questionamentos por aqueles que se sentem prejudicados, no entanto isso pode ser minimizado

com divulgação ampla aos usuários na sala de espera do processo utilizado (ABBÊS; MASSARO, [2004?]).

Objetivos da classificação de risco:

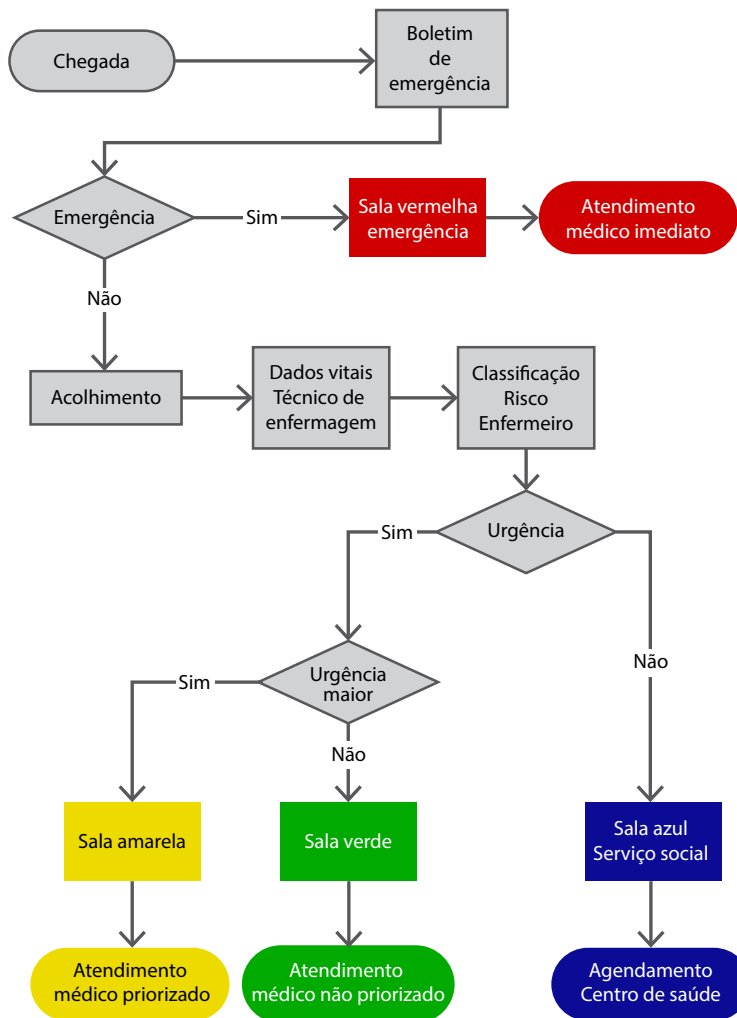


A qualidade desse atendimento, como é proposta, exige uma reorganização do modelo assistencial em todos os níveis. E isso se inicia na “porta aberta” da Unidade de Saúde, seja essa porta a da Atenção Básica ou a da alta complexidade. Assim, desde a porta de entrada, o modo de atenção e fluxo de seguimento devem ser organizados tendo em vista todos os fundamentos elencados. Independentemente da natureza clínica do atendimento, este deve ser “afetivo” e “efetivo”.

Essas condições visam a um pronto atendimento mais racionalizado possível, estabelecido com bases criteriosas e qualificadas, fundamentalmente estruturado em uma rede hierarquizada e efetiva. Assim sendo, a organização da Rede de Atenção às Urgências tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna conforme determina o § 1º, art. 3º da Portaria 1600/2011 (BRASIL, 2011b).

A seguir apresentamos um fluxograma inicial do acolhimento com classificação de risco:

Figura 2 - Acolhimento com classificação de risco.



Fonte: Adaptado de: BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde.

Protocolo técnico para classificação de risco nas UPAs. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

1.3 Condições críticas prevalentes e complicações agudas das condições crônicas

A seguir vamos apresentar algumas condições clínicas nas quais se exige uma pronta intervenção por se tratar de situações de urgência ou emergência. Estão classificadas por cores correspondentes ao seguinte estadiamento:

VERMELHO: prioridade zero - emergência. Necessitam de atendimento imediato.

AMARELO: prioridade 1 - urgência. Atendimento em no máximo 15 minutos.

VERDE: prioridade 2 - prioridade não urgente. Atendimento em até 60 minutos.

AZUL: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada - tempo de espera pode variar até 4 horas, de acordo com a demanda desses atendimentos, ou referenciar para outra unidade.

Alguns exemplos de agravos e sua classificação:

Quadro 1 - Classificação de risco.

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
1. Parada cardiorrespiratória.	1. Politraumatizado com ECG-Glasgow entre 13 e 15.	1. Idade superior a 60 anos.	1. Queixas crônicas sem alterações agudas.

continua

Quadro 1 - Classificação de risco (conclusão).

<p>2. Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas.</p> <p>3. Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios.</p> <p>4. Trauma cranioencefálico grave - ECG < 12.</p> <p>5. Comprometimentos da coluna vertebral.</p> <p>6. Desconforto respiratório grave.</p> <p>7. Dor no peito associado à falta de ar e cianose.</p> <p>8. Perfurações no peito, abdome e cabeça.</p>	<p>2. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais.</p> <p>3. Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).</p> <p>4. Alteração aguda de comportamento - agitação, letargia ou confusão mental.</p> <p>5. Dor torácica intensa sem repercussão hemodinâmica.</p> <p>6. Crise asmática.</p> <p>7. Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia.</p> <p>8. Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alterações de sinais vitais.</p>	<p>2. Gestantes com complicações de gravidez.</p> <p>3. Deficientes físicos.</p> <p>4. Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.</p> <p>5. Impossibilidade de deambulação.</p> <p>6. Asma fora de crise.</p> <p>7. Enxaqueca - pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.</p> <p>8. Dor de ouvido moderada a grave.</p> <p>9. Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.</p> <p>10. Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.</p> <p>11. Distúrbios neurológicos.</p>	<p>2. Pacientes estáveis com demanda por atendimento nitidamente subjetiva.</p> <p>3. Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.</p>
--	--	--	---

Para o âmbito de atuação da Odontologia apresentaremos a proposta da UBS Requião/Guaiapó, da cidade de Maringá/PR, que inclui conceitos de emergência (casos em que há risco de vida e devem ser encaminhados para a atenção médica/hospitalar) e urgência (casos em que não há risco iminente de vida, embora necessitem de atenção o mais breve possível), além de condições

não urgentes, indicadas para tratamento de rotina (MATSUURA, 2014).

Quadro 2 - Classificação de risco de urgências odontológicas.

Roxo	Inclui as emergências médicas, que devem ser encaminhadas à atenção médica/hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia intensa; - Infecções com comprometimento sistêmico (febre, prostração); - Tumefação extensa (área dos olhos ou dificuldade para engolir/respirar); - Traumas maiores (laceração facial e bucal, fraturas ósseas).
Vermelho	Inclui as urgências odontológicas mais graves, sendo recomendado o atendimento dentro de 60 minutos, ou o mais breve possível. O retorno para reavaliação do quadro é encaminhado para a ESB responsável pelo usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias menores (controláveis em consultório); - Traumatismos (fraturas dentárias com exposição pulpar, luxação e avulsão, ocorridos em tempo inferior a 2 horas; lacerações da cavidade bucal); - Dor espontânea (que não responde a medicação); - Tumefação relacionada a infecções de tecido mole (abscessos); - Infecção dentária que resultou em enfartamento ganglionar ou temperatura elevada.
Amarelo	Representa as condições de urgências odontológicas que deverão ser atendidas em um prazo de 24 horas, se possível no mesmo período que o paciente procurou atendimento (matutino ou vespertino). O usuário é encaminhado para a ESB responsável pelo usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Infecções dentárias e de tecidos moles, sem sintoma sistêmico; - Fraturas dentárias ou dentes com exposição pulpar; - Fraturas dentárias com perda estética importante, ocasionando limitações sociais, se puderem ser realizadas na Atenção Básica; - Trismo.

continua

Quadro 2 - Classificação de risco de urgências odontológicas (conclusão).

Verde	Condições não urgentes ou indicadas para tratamento de rotina, no período de 7 dias. O usuário é encaminhado para a ESB responsável pelo usuário.	<ul style="list-style-type: none"> - Dor leve ou moderada que é aliviada com analgésicos; - Trauma dental menor; - Recimentação de próteses; - Sangramentos gengivais; - Sensibilidade dentinária; - Fratura de restauração; - Exodontia de dentes decíduos em crianças.
-------	---	---

Fonte: Adaptado de: MATSUURA, E. **Classificação de risco de urgências odontológicas**: uma proposta de reorganização do processo de trabalho. Comunidade de práticas, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/sDyczr>.

REFLITA COMIGO!

Esses direcionamentos das classificações de risco poderão ser incluídos em sua rotina de trabalho.

Em seguida vamos destacar alguns agravos e seu seguimento, tanto do ponto de vista da classificação de risco, como algumas orientações sobre a conduta para estabilização dos quadros descritos. Esses protocolos e diretrizes devem sempre ser continuamente revisados pelas respectivas unidades de saúde que os adotam. Essas revisões servem para análises críticas de seus conteúdos e, ao mesmo tempo, servem para capacitar os profissionais que as utilizam.

Seguem alguns agravos com as suas devidas classificações e condutas de estabilização:

» **Situações médicas****Cefaleia**

Qualificadores	Classificação	Conduta/Observações
Sinais vitais alterados; Dor intensa (8-10/10); Rigidez de nuca; Alteração do nível de consciência; Sinais neurológicos focais: parestia, parestesias, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio; PAS \geq 190 ou PAD \geq 120 mmHg.	VERMELHO	Fazer diagnóstico diferencial entre PRIMÁRIAS X SECUNDÁRIAS Verificar sinais de alarme: início súbito, progressiva e após 50 anos; história de queda ou TCE recente, cursando com quadro de hipertensão intracraniana; Início recente em paciente HIV+ ou portador potencial de neoplasia ou lesões expansivas; Achados sistêmicos;
Sinais vitais normais; Dor moderada (4-7/10) com náuseas e/ou vômitos; quadro de crise hipertensiva.	AMARELO	Sinais neurológicos focais; Exames de rotina mais: TC de crânio / punção liquórica / VHS / ECG etc. SECUNDÁRIAS - Tratamento abortivo:
Sinais vitais normais; Dor leve (1-3/10); Dor facial com rinorreia purulenta; Relato de febre; Sem fatores de risco.	VERDE	Enxaqueca: analgésicos + AINES + antiemético; Tensional: analgésicos + AINES + antiemético.

Dor torácica

Qualificadores	Classificação	Conduta/Observações
<p>Sinais vitais alterados; Dor intensa (8-10/10); Dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva na região precordial ou retroesternal, podendo irradiar para o ombro ou braço esquerdo, pescoço e mandíbula, acompanhada frequentemente de sudorese, náuseas, vômitos ou dispneia (DOR ISQUÊMICA); História pregressa de IAM ou angina; diabético, hipertenso etc.</p>	VERMELHO	<p>Avaliar ECG e probabilidade de dor isquêmica; ECG + dosagem de marcadores de necrose miocárdica seriados + exames gerais + Rx tórax; ECG isquêmico ou IAM: unidade coronariana-terapia de reperfusão. Registrar tempo de início dos sintomas. AAS 300 mg VO + Clopidogel 300 mg VO; medidas gerais: repouso, monitorização contínua, oxigênio (2-4 l/min), acesso venoso; Morfina 2-5 mg IV em caso de dor; isordil 5 mg SL em caso de dor; betabloqueador (chechar contraindicações);</p>
<p>Sinais vitais normais; Dor moderada (4-7/10); Dor ventilatório-dependente ou que piora com tosse, acompanhada de febre, tosse ou expectoração; História de pirose ou dispepsia.</p>	AMARELO	<p>Dissecção de aorta: elevação da PA; pulsos assimétricos; isquemia em órgão; sopro de insuficiência aórtica. Tratamento inicial: betabloqueador + nitroprussiato; Embolia pulmonar: dispneia; taquipneia; hemoptise; tratamento inicial: anticoagulação;</p>
<p>Sinais vitais normais; Dor de característica muscular; Dor leve (1-3/10) sem outros sintomas associados e em pacientes sem história prévia de coronariopatia ou embolia pulmonar; Sem fatores de risco.</p>	VERDE	<p>Pericardite: dispneia; diaforeses; atrito pericárdico. Tratamento inicial: AINE ou corticoide; Pneumotórax: hipotensão e dispneia; ↓ MV + turgência jugular. Tratamento inicial: observação ou drenagem.</p>

Dor abdominal

Qualificadores	Classificação	Conduta/Observações
Dor intensa (8-10/10) e progressiva; Sinais vitais nitidamente alterados; Dor sugestiva de peritonite química ou infecciosa; Dor sugestiva de isquemia etc.	VERMELHO	
Sinais vitais normais ou levemente alterados; dor moderada (4-7/10); Distensão abdominal; vômitos e/ou diarreia com sinais de desidratação; Diarreia intensa; Febre ou relato de febre; Retenção urinária com bexigoma; Disúria intensa com polaciúria e/ou hematúria; prostração, palidez cutânea ou sudorese.	AMARELO	Sinais vitais alterados + confusão recente ou “aparência” de grave: ABCD primário; Monitorização e coleta de exames; Hipovolemia → reposição volêmica, tipagem sanguínea, USG, Avaliação para necessidade de laparotomia imediatamente. Paciente estável - tratamento sintomático: Analgésicos + antiespasmódicos + investigação. Mulher: USG transvaginal + beta-HCG.
Sinais vitais normais; Dor leve (1-3/10); Enjoo ou relato de vômitos e/ou diarreia sem sinais de desidratação; Disúria isolada ou discreta sem outros sintomas; Não se apresenta prostrado ou toxemiado.	VERDE	

Hipertensão arterial

Qualificadores	Classificação	Conduta/Observações
<p>PAS \geq 220 ou PAD \geq 130 mmHg com qualquer sintoma;</p> <p>Alteração do nível de consciência;</p> <p>Dor torácica sugestiva de isquemia;</p> <p>Sinais neurológicos focais: parestia, parestesias, disfasia, afasia, ataxia;</p> <p>Epistaxe franca.</p>	VERMELHO	<p>Emergência hipertensiva: crise + lesão de órgão-alvo.</p> <p>Anti-hipertensivos parenterais:</p> <p>Nitroprussiato IV: dose inicial: 0,5 mcg/kg/min. Dose máxima: 8 mcg/kg/min;</p> <p>Nitroglicerina IV: dose inicial: 5-10 mcg/min;</p> <p>Hidralazina 10-20 mg IV de 6/6h.</p> <p>Urgência hipertensiva: crise sem lesão de órgão-alvo.</p>
<p>PAS \geq 220 ou PAD \geq 130 mmHg sem sintomas;</p> <p>PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130 mmHg com sintomas.</p>	AMARELO	<p>Anti-hipertensivos orais:</p> <p>Captopril 25-50 mg VO (repetir em 1 hora, se necessário);</p> <p>Nifedipina 10-20 mg VO;</p> <p>Pseudocrise hipertensiva:</p>
<p>PAS entre 190-220 ou PAD entre 120-130 mmHg sem sintomas.</p>	VERDE	<p>Situações em que o aumento pressórico é secundário a má aderência terapêutica, queixas álgicas, ansiedade e fatores emocionais;</p> <p>Analgesia + ansiolítico.</p>

Dispneia

Qualificadores	Classificação	Conduta/Observações
FR \geq 36 irpm; Sat O ₂ \leq 92%; Grande esforço respiratório; Estridor laríngeo; Cianose e possível confusão mental.	VERMELHO	Avaliação inicial. Asma brônquica? Oxigênio suplementar S/N + beta-2 agonista; TRAUMA: avaliar se pneumotórax ou fraturas → descompressão torácica com agulha ou tubo; ANAFILAXIA: assegurar via aérea; adrenalina; anti-histamínicos; corticoide; beta-2 inalatório; PNEUMONIA: radiografia de tórax → antibioticoterapia + culturas conforme necessário; CARDÍACA: obter ECG. Insuficiência cardíaca → diuréticos; vasodilatador;
FR entre 28-35 irpm; Sat O ₂ entre 93%-94%; Dispneia aos esforços; Dor torácica ventilatório-dependente com ou sem febre; dor de garganta com febre, placas e toxemia.	AMARELO	morfina; arritmia → antiarrítmico; cardioversão; Isquemia → nitrato; AAS; beta-bloqueador; terapia anti-isquêmica. EMBOLIA PULMONAR: angio CT ou cintilografia → anticoagulação; trombólise se necessário.
FR entre 17-27 irpm; Sat O ₂ \geq 95% Dor torácica ao tossir; secreção nasal amarelada; dor de garganta com febre e sem placas; tosse, coriza, obstrução nasal, dor de garganta ou ouvido, sem febre e sem toxemia.	VERDE	

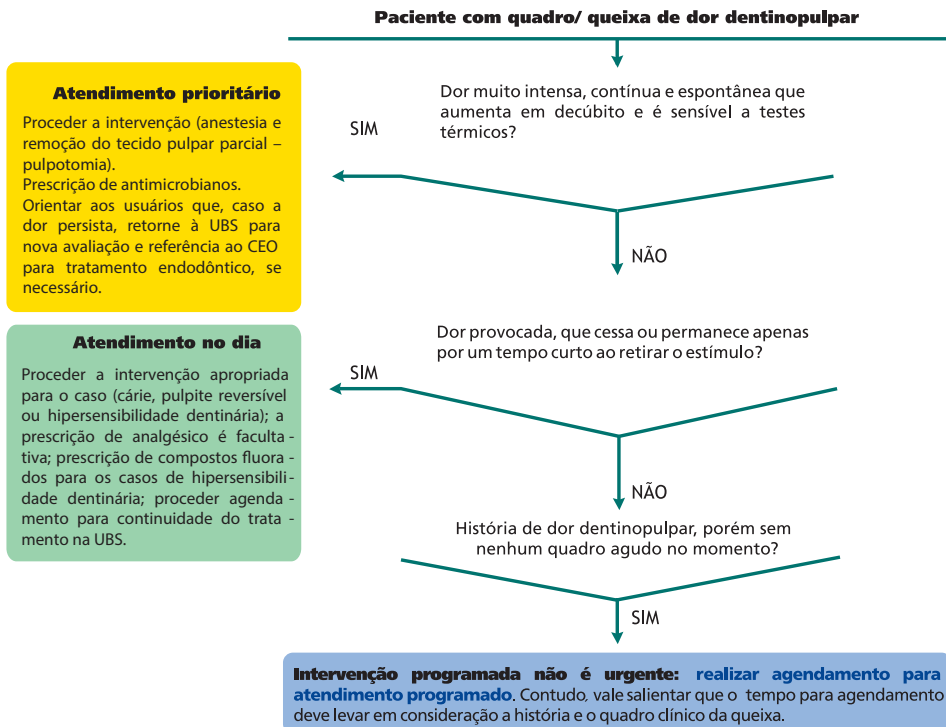
Dengue

Qualificadores	Classificação	Conduta/Observações
Sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica grave; Desconforto respiratório; hemorragia grave; Disfunção grave de órgãos; Manifestação hemorrágica presente ou ausente.	VERMELHO	Acompanhamento em leito de terapia intensiva; Exames inespecíficos: hemograma; albumina, transaminases; ureia, creatinina, radiografia de tórax; sorologia/ isolamento viral; Hidratação volêmica vigorosa: 20 ml/kg/hora em 20 minutos com SF 0,9% ou ringer lactato; Reavaliar hematócrito a cada 2 horas;
Presença de algum sinal de alarme (queda de PA, redução de volume urinário, queda da temperatura, dor abdominal persistente e dispneia); Manifestações hemorrágicas presente ou ausente.	AMARELO	Hemorragia: transfusão de concentrado de hemácias. Investigar coagulopatias; sintomáticos; Hidratação venosa: 20 ml/kg/hora em duas horas com SF 0,9% ou ringer lactato; Reavaliação e repetir fase de expansão até três vezes se não houver melhora do hematócrito;
Sangramento de pele espontâneo ou induzido (prova do laço +); condição clínica especial ou risco social ou comorbidade e sem sinais de alarme.	VERDE	Hidratação oral supervisionada: 80 ml/kh/hora sendo 1/3 do volume nas primeiras quatro a seis horas. Sintomáticos em repouso; Tratamento ambulatorial, se hematócrito normal.

» Situações odontológicas

Dores dentinopulpare

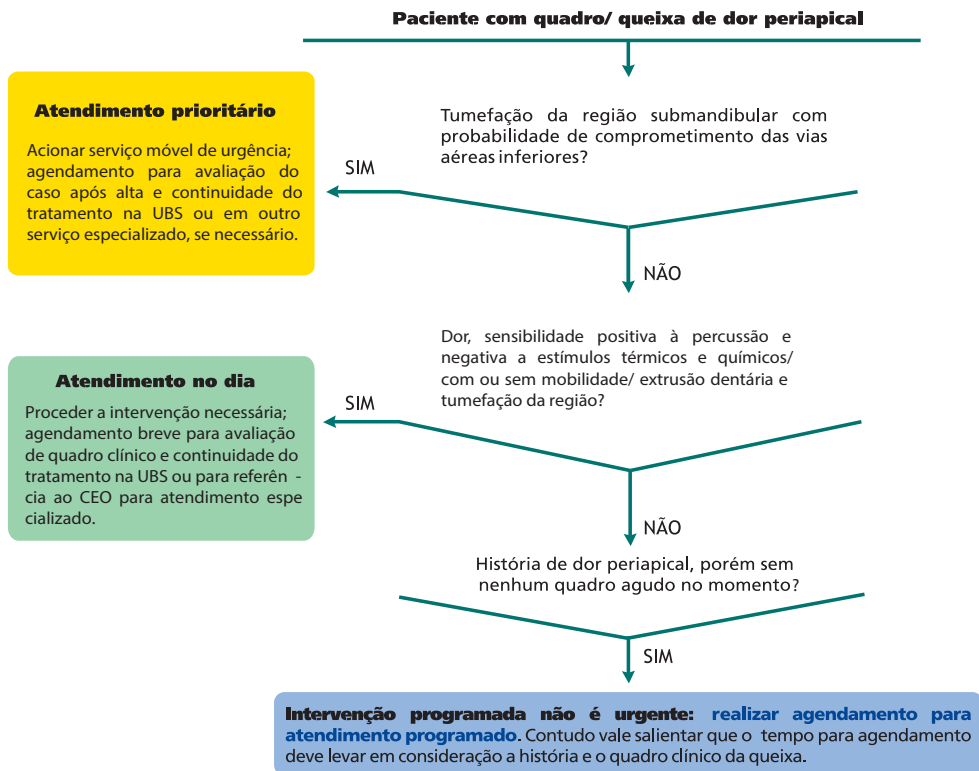
Figura 3 - Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor dentinopulpar.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <http://goo.gl/Xmtiwu>.

Dores periapicais

Figura 4 - Fluxograma que aborda o atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade do paciente com queixa de dor periapical.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <http://goo.gl/SDHY2A>.

SAIBA MAIS!

Mais informações sobre o protocolo clínico para urgências odontológicas, acesse: <http://goo.gl/Xmtiwu>.

2 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA E SEU IMPACTO NA RUE - ESTABILIZAÇÃO E RACIONALIDADE DE FLUXO ASSISTENCIAL

A atual Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências passou por várias fases de aprimoramento. E torna-se importante retomar esse percurso, no desenvolvimento da política, para se compreender que suas diretrizes foram construídas progressiva e coletivamente. Essa política vem se desenvolvendo desde o fim da década de 1990 em face aos complexos cenários assistenciais que têm caracterizado as portas de pronto atendimento e prontos-socorros pelo Brasil afora.

A partir de 2002, quando foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, visava-se estruturar toda a rede assistencial, desde os componentes pré-hospitalares (unidades básicas, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares) e serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Samu, resgate, ambulâncias), até a rede hospitalar de alta complexidade, atribuindo a cada nível de assistência as responsabilidades por determinada parcela da demanda de urgência, conforme os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Nesse regulamento técnico a Atenção Básica aparece como parte do componente pré-hospitalar, que é descrito como aquele responsável pelo atendimento em primeiro nível de atenção aos usuários cujas demandas caracterizem-se por quadros que necessitam de pronto atendimento ou estabilização imediata ou mediata. O documento define como atribuição da Atenção Básica o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade. Ressalta que é fundamental a AB se responsabilizar pelo atendimento dos quadros agudos ou crônicos agudizados de sua

área de cobertura, observando a compatibilidade da complexidade da demanda com este nível de assistência.

Essa diretriz normativa trata como inadmissíveis aquelas situações de necessidade de pronto atendimento que não sejam atendidos na Atenção Básica ou Primária. E isso se aplica de modo especial aos pacientes que já são atendidos na Atenção Básica ou em seus programas, e, numa condição de agravamento, na qual lhes é recusada assistência inicial ou estabilização do quadro enquanto se providencia sua remoção. Um bom exemplo disso são casos de crises hipertensivas de pacientes cadastrados no então Hiperdia em determinada unidade básica de saúde, que, portanto, não podem ter seu atendimento nessa situação.

Contudo, essa postura acolhedora e resolutiva (ainda que inicialmente) somente é possível com a qualificação das equipes de profissionais. O manejo clínico dessas condições de urgências e emergências deve ser incorporado como uma rotina dessas unidades. Toda a população circunscrita ao território de abrangência da unidade deve ser por ela atendida (e/ou referenciada) em qualquer situação. Para tanto, as unidades devem dispor de material e equipamento necessários para esse atendimento primário. Isso inclui a estrutura física da unidade que deve contar com uma sala de curativos e, quando necessário, de estabilização dessas condições clínicas.

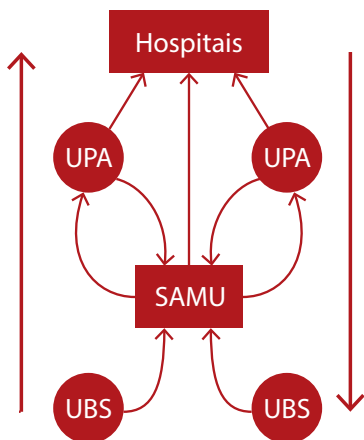
As unidades devem contar também, e necessariamente, com uma rede de referências estruturada para o encaminhamento dos casos atendidos, bem como a garantia de transporte para os casos mais graves. Tudo isso viria a ser bem definido a partir de 2003, com a aprovação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), publicada na Portaria nº 1.863, reafirmando as atribuições e desafios relacionados à Atenção Básica.

No ano de 2009, foi aprovada a Portaria nº 1.020, que criou os mecanismos para implantação do componente pré-hospitalar fixo (UPA e salas de estabilização) da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a PNAU. Essa portaria foi revogada em 2011 pela portaria nº 1.601, que, por sua vez, estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011c).

Dentre as responsabilidades atribuídas às UPA, define-se que: deve articular-se com as unidades de Atenção Básica de forma a construir fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados por meio das centrais de regulação médica de urgências e complexos reguladores, ressaltando-se a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas.

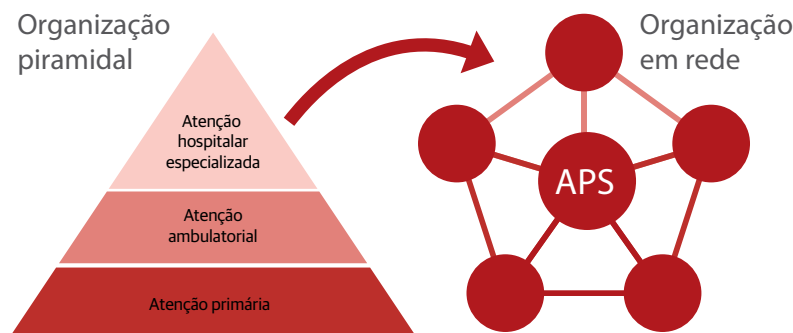
Com a nova Política Nacional de Atenção Básica, a partir de 2011, toda essa perspectiva assistencial é mantida e até reforçada. De fato, as experiências internacionais têm demonstrado que a organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, apresenta-se como um mecanismo de alto impacto; é muito mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário caracterizado por superdemandas assistenciais.

Segue abaixo um fluxograma de referenciamento dos fluxos assistenciais nas condições de urgências e emergências, todo gerenciado por uma central de regulação:



Nessa concepção a perspectiva que se pretende adotar é a de redes poliárquicas como pensada por Eugênio Vilaça Mendes, conforme segue o esquema a seguir. O objetivo é evitar a “escalada” do sofrimento do paciente na hierarquia assistencial, mas, sim, dotar o fluxo de uma agilidade de tal modo que o sofrimento dos pacientes seja aliviado já nos

primeiros atendimentos e nos níveis primários da rede assistencial. Com o acolhimento e a classificação de risco realizado na “porta de entrada” e a inserção dos pacientes em um fluxo inteligente, rápido e efetivo, podemos atingir um padrão de atendimento muito mais humanizado e resolutivo (MENDES, 2009).



Sistema hierarquizado e fragmentado

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes paliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2011).

2.1 Componentes da RUE: UPA, Samu, Portas Hospitalares SOS, Leitos de Retaguarda e Atenção Domiciliar - programa Melhor em Casa

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a Rede no SUS, destaca os componentes que a compõe, assim definidos textualmente:

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o 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.

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde.

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

Art. 10º O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede

Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade, ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011b).

Art. 11. **O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares** de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2011b).

Art. 12. **O Componente Atenção Domiciliar** é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a nova configuração dos serviços de urgência e emergência, que foi apresentada no texto, devemos repensar aquela imagem de que somente os hospitais podem atuar nesse âmbito. Hoje, vemos cada vez mais a articulação entre os níveis assistenciais fazer uma rede de urgências e emergências sólida.

Partindo do princípio do atendimento integral, todos os profissionais de saúde atuam nessa rede, isso pode ocorrer de forma multidisciplinar e intersetorial.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, [2004?].

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 29 jun.

2011a. Disponível em: <http://goo.gl/IwTBkS>. Acesso em: 23 jan. 2015.

____. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 jul. 2011b. Disponível em: < <http://goo.gl/pZTLII> >. Acesso em: 26 jan. 2015.

____. _____. Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 jul. 2011c. Disponível em: < <http://goo.gl/Njv6ZT> >. Acesso em: 26 jan. 2015.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <http://goo.gl/e03lKH>. Acesso em: 26 jan. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece nos Parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3666. Disponível em: <http://goo.gl/g9JRpq>. Acesso em: 23 jan. 2015.

CORDEIRO JÚNIOR, W. **A gestão de riscos na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD, Ensp, 2011. 480 p. p.153-190. Disponível em: < <http://goo.gl/sWytzp>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB/MA Nº 44/2011, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre a conformação das Regiões de Saúde. **Diário Oficial [do] Estado do Maranhão**, Poder Executivo, 22 jul. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/vb35gB>. Acesso em: 23 jan. 2015.

MATSUURA, E. **Classificação de risco de urgências odontológicas**: uma proposta de reorganização do processo de trabalho. Comunidade de práticas, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/1sV9BL>. Acesso em: 4 fev. 2015.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

____. **As Redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <http://goo.gl/um5hmm>. Acesso em: 27 jan. 2015.

Leitura recomendada:

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo técnico para classificação de risco nas UPAs**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da unidade de emergência**: uma experiência do Hospital São Rafael - Monte Tabor. 10. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 204 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://goo.gl/69mOcf>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

____. _____. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/x7VqdS>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

____. _____. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: < <http://goo.gl/ybOkNM>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/5c27kw>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. **Urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2011. 132 p. Disponível em: < <http://goo.gl/t7sgCm>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

SERVIN, S. C. N. et al. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco**: Política Municipal de Humanização - PMH. São Luís, MA: SEMUS, 2010. 31 p. Disponível em: < <http://goo.gl/EgJUOL>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

UNIFESP. **Manual de urgência e emergência médicas**. 2. ed. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 2008.