

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**STEFÂNIA SANTOS SOARES**

**O papel da atenção básica no atendimento às urgências:  
um olhar sobre as políticas**

**Rio de Janeiro**

**2013**

**STEFÂNIA SANTOS SOARES**

**O papel da atenção básica no atendimento às urgências:  
um olhar sobre as políticas**

Trabalho apresentado a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como pré-requisito necessário à conclusão do Curso de Especialização Gestão da Atenção Básica.

**Orientadora:** Luciana Dias de Lima

**Co-orientadora:** Ana Luisa Barros de Castro

**Rio de Janeiro  
2013**

## **AGRADECIMENTOS**

À orientadora Luciana Dias pelo cuidado com cada passo dado, pelos debates vibrantes e o generoso apoio. Elementos que fizeram com que o processo de construção do trabalho fosse, especialmente, prazeroso.

À co-orientadora Ana Luisa Barros, pela gentileza e disponibilidade em acompanhar esse percurso.

Ao professor Prof. Nelson Ibañez, representando os pesquisadores envolvidos com a pesquisa multicêntrica “Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)”, que suscitou a curiosidade e o interesse pelo tema estudado nessa monografia.

Às professoras e equipe que conduziu a pesquisa de campo no estado do Rio de Janeiro, pelas preciosas e instigantes discussões.

Aos professores Gustavo Matta, Helena Seidel e Roberta Gondim pelos afetos, contribuição com o trabalho e incentivo à formação profissional.

Às colegas do curso de Especialização, pela disponibilidade de diálogo, pelas ideias e lutas compartilhadas.

## RESUMO

No âmbito da atenção básica (AB), a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e o potencial para ser o primeiro ponto de contato com os usuários são atributos explorados na produção científica e reconhecidos em normativas oficiais. Outras atribuições, especialmente aquelas fruto da interface da AB com os demais níveis de atenção também são importantes de serem identificadas. A monografia buscou identificar nas políticas nacionais de saúde as atribuições da AB para o atendimento às urgências, com ênfase na segunda metade dos anos 2000. Procurou-se compreender como a produção normativa relacionada às políticas de urgência repercutem na AB, e os desdobramentos para a gestão e organização desses serviços em âmbito local. O percurso metodológico orientou-se pelo campo da análise de políticas, privilegiando o aspecto formal e temporal das normativas. Foram levantadas, aproximadamente, 19 portarias e documentos relacionados à política de urgência e de AB. Além disso, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com gestores da AB de quatro municípios da região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro. A análise documental evidenciou as influências das políticas específicas de urgências na conformação da política de atenção básica. No entanto, a implantação dessas diretrizes configura-se como desafios para a gestão local, tendo em vista a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente, o financiamento, a adequação de estrutura física e a aquisição de insumos adequados para manejo das urgências nas unidades de atenção básica. A temática sugere que há uma inflexão na política nacional de AB que merece ser aprofundada em outras pesquisas.

Palavras-chave: 1. Atenção Básica; 2. Urgências; 3. Políticas

## **TABELA**

**Tabela 1** Relação das principais normas e documentos no âmbito federal que denotam atribuições da atenção básica para o atendimento de urgências

**8**

## LISTA DE SIGLAS

|          |  |
|----------|--|
| AB       | Atenção Básica                                       |
| AMAQ     | Autoavaliação para Melhoria da Qualidade             |
| APS      | Atenção Primária à Saúde                             |
| CAB      | Caderno de Atenção Básica                            |
| CGUE     | Coordenação Geral de Urgência e Emergência           |
| CIT      | Comissão Intergestores Tripartite                    |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS   | Conselho Nacional dos Secretários de Saúde           |
| DAB      | Departamento de Atenção Básica do                    |
| DAE      | Departamento de Atenção Especializada                |
| ENSP     | Escola Nacional de Saúde Pública                     |
| ESF      | Estratégia de Saúde da Família                       |
| FIOCRUZ  | Fundação Oswaldo Cruz                                |
| MS       | Ministério da Saúde                                  |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                         |
| PMAQ     | Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade           |
| PNAB     | Política nacional de Atenção Básica                  |
| PNAU     | Política Nacional de Atenção às Urgências            |
| PNUE     | Política Nacional de Urgência e Emergência           |
| PNPS     | Política Nacional de Promoção a Saúde                |
| PSF      | Programa de Saúde da Família                         |

|      |  |
|------|--|
| RAS  | Redes de Atenção à Saúde                 |
| RUE  | Rede de Urgência e Emergência            |
| SAS  | Secretaria de Atenção à Saúde            |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública        |
| SE   | Sala de Estabilização                    |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                   |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                  |
| UPA  | Unidade de Pronto Atendimento            |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>Apresentação</b>   | 9  |
| <b>Capítulo I:</b> Atribuições e desafios para o atendimento às urgências na atenção básica:<br>um recorte a partir da literatura | 12 |
| <b>Capítulo II:</b> O percurso metodológico do estudo   | 15 |
| <b>Capítulo III:</b> As atribuições da atenção básica nas políticas de urgência   | 20 |
| <b>Capítulo IV:</b> O atendimento às urgências nas políticas de atenção básica  | 27 |
| <b>Capítulo V:</b> Desafios para o atendimento às demandas de urgência em âmbito local  | 34 |
| <b>Discussão</b>  | 38 |
| <b>Referências Bibliográficas</b>   | 41 |
| <b>Apêndices</b>  | 44 |
| - <b>Apêndice A</b>   | 44 |

## 1- Apresentação

O presente trabalho é requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão da Atenção Básica (AB) pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). A especialização nos colocou imersos em conceitos, práticas e políticas que perpassam o campo da AB, o que nos permite dizer que não é tarefa simples tentar delimitar, mesmo que em linhas gerais, o papel da atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tão complexo quanto isso é optar pelo nome atenção básica ou atenção primária. Essas não são decisões inocentes, mas, *a priori* adotaremos que ambos os termos são análogos, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011a). Considera-se que a equivalência entre os termos não nos atrapalha a compreender o objeto de interesse deste trabalho: o papel da atenção básica no atendimento às urgências.

A intenção de estudar este tema surgiu a partir da participação na pesquisa multicêntrica intitulada “Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)”<sup>1</sup>. O contato com as discussões sobre a rede de urgência e emergência (RUE) me provocou no sentido de procurar compreender as seguintes questões: quais as atribuições definidas para a AB nas diretrizes nacionais relacionadas às urgências? De que modo essas diretrizes repercutem nas políticas de atenção básica? Além disso, quais suas possíveis implicações para a gestão e organização dos serviços de AB em âmbito local?

O objetivo geral desse estudo é identificar as atribuições da AB no atendimento às urgências expressas nas políticas nacionais de saúde delineadas, principalmente, a partir da segunda metade dos anos 2000. Procurou-se compreender de que modo a produção normativa relacionada à políticas específicas (atenção às urgências) repercutem na AB, e quais seus possíveis desdobramentos para a gestão e organização desses serviços em âmbito local.

---

<sup>1</sup>A pesquisa, de caráter multicêntrico, e financiada pelo Ministério da Saúde (SAS/MS) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), encontra-se em fase de elaboração do relatório final. O objetivo geral da pesquisa foi avaliar os fatores que favorecem e dificultam o desempenho das UPA, com foco na resolubilidade e na constituição e governança das redes de atenção às urgências e emergências. A coordenação geral do estudo foi do Prof. Nelson Ibañez (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo), e, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, a pesquisa de campo foi coordenada pela Profa. Luciana Dias (ENSP-FIOCRUZ). Minha participação se deu enquanto auxiliar de pesquisa de campo, dando suporte às entrevistas com os profissionais das UPA e gestores da AB, em municípios da região Metropolitana I (Metro I).

Estamos chamando de urgência as demandas que, diferentemente da emergência, se apresentam com potencial risco de vida mas não de forma iminente, necessitando, por sua vez, de atendimento imediato. No entanto, de acordo com Rocha (2005), a literatura médica não é muito clara quanto à diferença entre os termos, uma vez que não define de forma precisa as situações ou casos em que cada termo se aplica, podendo um caso urgente se tornar emergência ou o contrário.

A autora enfatiza que se para o profissional de saúde a diferenciação é complexa, para o usuário essa distinção parte, na maioria das vezes, da percepção quanto às suas necessidades, pautadas por situações e experiências de vida diversas. Nesse sentido, ao procurar atendimento o usuário se direciona para aquele serviço que julga oferecer o cuidado mais adequado e oportuno, independentemente da classificação médica de urgência, emergência ou demanda ambulatorial.

Na atenção básica as demandas podem ser programadas (agendadas) em conformidade com as linhas de cuidado, ou espontâneas, quando em decorrência de algum imprevisto ou manifestação de doença que leve o usuário a procurar atendimento, sem agendamento prévio. Nesse caso, as demandas podem ser de urgência clínica, expressar questões psicossociais ou simplesmente denotarem que aquele foi o momento oportuno para o usuário procurar o serviço.

Postula-se que a recente reorganização da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família não tornou mais fácil identificar quais as responsabilidades deste nível de atenção no atendimento de demandas que fogem ao preconizado nas ações programáticas voltadas para grupos de risco. No que tange à especificidade da atenção às urgências, esse exercício torna-se mais complicado e por isso, necessário. Acreditamos que este estudo, mesmo que exploratório, poderá contribuir para o conhecimento de um processo que denota ser inicial no âmbito da atenção básica, sugerindo mudanças na política nacional de saúde.

Esta monografia está estruturada em capítulos. No primeiro capítulo discutem-se as atribuições e desafios postos à atenção básica no atendimento às demandas espontâneas e urgências a partir da revisão da literatura sobre o tema. O segundo capítulo apresenta os passos dados para a construção metodológica deste trabalho, destacando-se as escolhas realizadas, entre elas as que tivemos sucesso e as que precisaram ser corrigidas.

Os capítulos três, quatro e cinco reúnem os resultados alcançados por meio dos caminhos adotados na pesquisa empírica. No capítulo três, tratamos dos achados relacionados aos aspectos da atenção básica encontrados nas normativas sobre o sistema de urgência. Já o capítulo quatro, demonstra os conteúdos sobre o atendimento das urgências encontrados nos documentos federais sobre a atenção básica. O quinto capítulo, elaborado a partir da análise de entrevistas com gestores, traz as estratégias e desafios enfrentados pela gestão local para implantar ou garantir o atendimento das urgências na AB. Por fim, na discussão, sintetizam-se as reflexões promovidas ao longo da monografia, abordando aspectos que denotam a influência das normativas relacionadas à urgência nas políticas de AB, bem como as lacunas e novas hipóteses que podem inspirar outros estudos.

## **Capítulo I - Atribuições e desafios para o atendimento às urgências na atenção básica: um recorte a partir da literatura**

A atenção básica se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos essenciais: preferência para ser o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde. E ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção tem um papel de organização, integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde (Starfield, 2002).

Segundo as diretrizes do Decreto nº 7508 de 2011, a atenção básica é um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O decreto define como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS: a atenção básica; a atenção de urgências e emergências; a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. Para contribuir com a consolidação e funcionamento da lógica de redes, a normativa expressa que a AB deve ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (Brasil, 2011b).

Além das atribuições enfatizadas pelos estudiosos e reafirmada recentemente com a regulamentação da Lei Orgânica nº. 8080/90, como poderíamos apontar a função da atenção básica na atenção às urgências? Que atribuições ou desafios a literatura elenca para o papel da atenção básica no atendimento desse tipo de demanda?

De acordo com Dourado (2013), há clareza que a atenção básica deve mediar e ou ofertar o acesso às ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos. No entanto, mesmo com diversificada produção normativa acerca do sistema de atenção às urgências no Brasil e a crescente valorização da atenção básica, não é possível evidenciar a incorporação do atendimento às urgências de baixa complexidade neste nível.

Isso causa graves reflexos nos demais pontos de atenção, facilmente identificado com a superlotação das urgências com demandas de baixa gravidade. Carret (2009, *apud* Machado, Salvador e O'Dwyer, 2011) enfatiza que o acesso inadequado dos usuários aos serviços de urgência acarretam danos para os pacientes graves e os não graves, uma vez que estes perdem a possibilidade de continuidade do cuidado e aqueles correm maior risco de vida dado que a agilidade do atendimento tem impacto

considerável para o manejo da urgência/emergência. As autoras chamam atenção que o acesso à atenção básica ameniza a sobrecarga das urgências e emergências desde que seja garantido o atendimento das urgências em tempo e modo oportuno.

Partindo do outro extremo, Barros (2007) buscou compreender, a partir de um estudo de caso, os motivos que faziam com que um serviço de emergência permanecesse sobrecarregado mesmo com a elevada cobertura de equipes de Saúde da Família. Dentre os elementos identificados para a população insistir em acessar a emergência, antes mesmo de terem consultado seu médico de família, podem ser citados: 1) a incapacidade da unidade básica de saúde (UBS) acolher em tempo hábil a demanda dos usuários, ou seja, a UBS somente realizava atendimentos agendados e as demandas espontâneas eram orientadas a procurar a unidade em outro dia ou o hospital; 2) dentre os usuários prevalecia a crença de que o médico generalista não conseguiria dar conta de suas demandas; 3) a UBS ainda não havia conseguido dissolver a dicotomia entre atendimentos x promoção da saúde, procedimentos x cuidado; ações individuais x coletivas. Em acréscimo, a autora aponta que o processo de trabalho na UBS observada se dava de forma fragmentada e dispersa entre a equipe multiprofissional, o que dificultava o adequado acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários de modo a conquistar a confiança e os estimular a buscar a UBS quando necessitassem.

Outra pesquisa, realizada em 10 grandes centros urbanos, buscou compreender as mudanças no modelo de atenção à saúde introduzidas a partir da implantação do Programa Saúde da Família. Identificou-se que uma baixa proporção de usuários procurou a UBS de referência em episódio de doença, mesmo em casos de baixa gravidade; a maior parte dos serviços procurados foram os de urgência. Além disso, demonstrou-se que dentre as inovações no modelo o que predominou foi a incorporação das práticas extramuros - visitas domiciliares e reuniões comunitárias. No entanto, permanecia como desafio a oferta da integralidade e o equilíbrio adequado entre atividades clínicas e de saúde coletiva, ou seja, o foco excessivo em atividades para grupos de risco e a oferta programada dificultavam o atendimento das demandas individuais por assistência. Esses fatores são apontados como barreiras ao acesso e para o estabelecimento da unidade de atenção básica como porta de entrada ao sistema (Escorel *et al*, 2002).

Considerando a participação dos profissionais na constituição dos modelos assistenciais, Guérvias (2006) destaca que os médicos generalistas são profissionais *polivalentes*, responsáveis por dar resposta à cem por cento das demandas de seus usuários e por conseguir resolver sozinhos, sem encaminhamentos, noventa por cento das mesmas. Acrescenta que é fundamental para o fortalecimento da atenção básica, que os generalistas se percebam e assumam essa característica polivalente, inerente à essa especialidade.

Para atingir isso, o autor recomenda ser preciso investir na formação profissional, remuneração justa, proporcionar reconhecimento social, bem como selar a função de reguladores que os generalistas devem exercer sobre o sistema. Além de estimular atitudes de compromisso e responsabilidade profissional, pessoal, humana e científica com os pacientes e a comunidade. O contrário disso transforma os pacientes em consumidores desorientados inseridos numa atenção fragmentada, pouco resolutiva e com altos custos.

Estes apontamentos são consonantes às lacunas e desafios frutos da reordenação da saúde pública a partir do século XXI. Arantes e Viana (2011), em estudo sobre o ideário que constitui a história dos Centros de Saúde, apontam que no Brasil, até a implantação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), predominava nos serviços de saúde a separação entre medicina preventiva e medicina curativa. A convivência entre ambas as práticas no mesmo estabelecimento de saúde era tida como um equívoco, uma vez que as práticas preventivas teriam maior impacto na saúde pública. No entanto, como destacam os autores, essa disputa traria efeitos tanto para os médicos como para população:

Apesar de bem intencionada, esta atitude provocou um certo desinteresse entre os médicos, pelo seu caráter exclusivamente preventivo, e criou reações desfavoráveis na parcela da população que, destituída de recursos e insuficientemente esclarecida, procurava os postos de saúde para solução de seus males, ali recebendo conselhos e vacinas em vez de tratamento para suas enfermidades (Penido, 1958, *apud* Arantes e Viana, 2011. p. 1143).

O que se nota com o levantamento dos estudos apresentados é que há necessidade de aumentar a resolutividade da AB no manejo dos casos de urgência, dado que a falta desse atendimento pode repercutir negativamente sobre os demais níveis e causar danos aos pacientes.

## Capítulo II - O percurso metodológico do estudo

A análise de uma política pública abarca tanto o lado institucional e o enunciado oficial, quanto permite identificar a correlação de forças e os arranjos sociais que constituem tal processo. Afinal, uma política formal extrapola os limites governamentais ao ser inserida numa realidade concreta, que envolve sujeitos históricos e o jogo de poder estabelecido (Baptista e Mattos, 2011).

Atenta a isso, pode-se considerar que a construção deste trabalho buscou seguir os caminhos propostos no campo da análise de políticas. E como uma primeira aproximação com este campo, realizou-se uma incursão que privilegiasse o aspecto formal da política, identificando as influências e as mudanças nas políticas ao longo do período estudado.

O percurso realizado por Castro (2009) em sua pesquisa sobre a condução da política de atenção básica pelo ente federal, foi uma das inspirações para adotar na monografia a estratégia de analisar portarias federais procurando corresponder aos objetivos propostos no estudo. O ponto de partida foi a definição de descritores que serviriam como filtros para a pesquisa no *site* Saúde Legis, um concentrador oficial dos atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS) provenientes da esfera federal.

Inicialmente, os descritores utilizados foram: “atenção às urgências”; “demanda espontânea”, “primeiro atendimento às urgências”, “demandas de urgência”; “atendimento em tempo e modos oportunos”; “livre demanda” e “urgência na atenção básica”. Com isso, procurou-se rastrear as portarias cujo conteúdo estivesse mais próximo ao tema das urgências na atenção básica. No entanto, não tivemos sucesso com essa estratégia, uma vez que o portal Saúde Legis não identificou com afinco os descritores utilizados, não permitindo a seleção das normativas adequadas aos propósitos do estudo, com exceção do descritor “atenção às urgências”.

A alternativa cogitada foi lançar mão de descritores abrangentes, como “rede de urgência e emergência”, mas o quantitativo de normas encontradas (aproximadamente 33 mil) mostrou-se inviável por fugir da pretensão do estudo. Além disso, a leitura das primeiras 500 portarias demonstrou que o conteúdo na maioria das vezes não estava relacionado ao descritor, denotando que o filtro não havia funcionado.

A solução encontrada foi dividir a busca em dois momentos: 1º) identificar as normas estruturantes para a condução da Rede de Atenção às Urgências que contivessem aspectos relacionados à atenção básica e 2º) fazer o inverso, identificar nos documentos centrais para a atenção básica os conteúdos relacionados ao atendimento das urgências nesse nível de atenção. O quadro a seguir apresenta o conjunto dos documentos levantados:

**Tabela.** Relação das principais normas e documentos no âmbito federal que denotam atribuições da atenção básica para o atendimento de urgências

| <b>Instrumento/Ano</b> | <b>Conteúdo</b>   |
|------------------------|---|
| Portaria 2048/2002     | Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.   |
| Portaria 1863/2003*    | Política Nacional de Atenção às Urgências   |
| Portaria 648/2006*     | Política Nacional de Atenção Básica   |
| Portaria 1020/2009*    | Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. |
| Portaria 4279/2010     | Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  |
| Portaria 1600/2011     | Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS  |
| Portaria 1601/2011*    | Estabelece as diretrizes para a implantação do componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências   |
| Portaria 2338/2011     | Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.  |
| Portaria 2648/2011     | Redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências                                    |
| Portaria 2820/2011*    | Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência  |
| Portaria 2821/2011*    | Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24h   |
| Portaria 2527/2011     | Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  |
| Portaria 1654/2011     | Institui o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| 2011               | Manual Instrutivo PMAQ   |
| Portaria 2488/2011 | Política Nacional de Atenção Básica.   |
| 2011               | Cadernos de Atenção Básica, nº 28, Volume I  |
| 2012               | Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade  |
| Portaria 2809/2012 | Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS |
| 2013               | Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II   |

---

Fonte: 1- Sistema SaudeLegis. Disponível em:

<[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm#](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm#)

2-Portal da saúde. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=38055&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38055&janela=1)

Elaboração do autor.

\* As portarias assinaladas foram revogadas/substituídas por portarias posteriores.

A seleção das portarias federais que regem a política de urgências baseou-se no levantamento contido nos estudos de Machado, Salvador e O'Dwyer ( 2011). As autoras sinalizam que somente no começo dos anos 2000, o Ministério da Saúde iniciou a elaboração de uma política articulada para esta área. Além disso, outro critério utilizado foi a identificação das portarias estruturantes da RUE listadas no sítio oficial do Ministério da Saúde<sup>2</sup>. Por isso, as portarias analisadas englobam aquelas publicadas desde 2002 até o momento atual.

Já a definição do período de levantamento de dados relacionado às normativas da atenção básica contou com os bancos de dados gentilmente cedidos por Ana Luisa Barros de Castro e Gustavo Corrêa Matta, cujos levantamentos das portarias sobre a AB abrangeram os períodos de 2003 a 2008 e 2006 a 2010, respectivamente<sup>3</sup>. Nesses bancos de dados, identificou-se que a produção de documentos relacionados à AB que contém aspectos do atendimento às urgências é recente, mesmo com a presença desse conteúdo na Política Nacional de Atenção Básica de 2006. Dessa forma, ressalta-se que

---

<sup>2</sup>Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=38055&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38055&janela=1).

<sup>3</sup> Estudiosos da atenção básica, Ana Luisa Barros é doutoranda do programa de Saúde Pública da Ensp/Fiocruz e Gustavo Matta é pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz.

o recorte de interesse dessa monografia incide sobre o período da atenção básica após os movimentos para estruturação da Rede de Urgência e Emergência.

Utilizou-se também como critério adicional para assegurar confiança nessa delimitação, a experiência vivida na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e na Especialização em Gestão da Atenção Básica. A vivência da condução da política nacional de AB, desde o ambiente das práticas até os níveis de gestão municipal, estadual e federal, me sugere que no período recente ganha importância a discussão sobre atenção às urgências na AB.

Após ter elencado as portarias relevantes para este trabalho, partiu-se para a sistematização e análise propriamente dita. Para a sistematização, foi feita uma matriz que possibilitou identificar o tipo de documento (ato normativo ou documento técnico), o ano da publicação, a ementa, autor e a situação no momento do levantamento (vigente ou revogada). Para a análise dos documentos, o primeiro passo também foi a elaboração de outra matriz, dessa vez contendo a caracterização do documento (número e ano de publicação), o conteúdo principal e os aspectos levantados que se relacionavam à atenção básica. Essa estratégia foi utilizada tanto para a análise das portarias específicas da RUE quanto para as da AB.

Por fim, a elaboração da narrativa sobre os resultados alcançados procurou apresentar em linhas gerais os documentos e portarias analisados, destacando-se os aspectos temporais e os elementos que denotavam a influência da política de urgência nas normativas e documentos da AB.

Enquanto a análise da produção normativa procurou identificar o conteúdo, os significados, incentivos e estratégias que têm modulado o atendimento às urgências na AB, a análise das entrevistas permitiu identificar como estas questões têm se traduzido para a prática de gestores da AB, de quatro municípios da região Metropolitana I (Metro 1)<sup>4</sup> do estado do Rio de Janeiro.

A seleção dos entrevistados se deu no âmbito da pesquisa “Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)”, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 106.83712.7.1001.5479; comprovação de validade na PlataformaBrasil: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/publico/pesquisarCaae.jsf>. Aos

---

<sup>4</sup> A região Metropolitana I (Metro I) é composta por 12 municípios, incluindo a capital do estado.

entrevistados foram garantidos os preceitos éticos de sigilo, anonimato e livre participação. Assim, para divulgação dos resultados, aos participantes foi atribuído um código, distribuído de forma aleatória entre os mesmos (numeração de 1 a 4).

As entrevistas foram guiadas por roteiro de entrevista semi-estruturado, preparado para atender aos objetivos da pesquisa citada (Ver Apêndice A). Uma vez que parte das questões demonstrava afinidade com o tema desenvolvido nesta monografia, seu conteúdo foi transcrito e analisado.

A análise das entrevistas centrou-se sobre as respostas dadas, principalmente, à quatro questões do roteiro:

- 1- Quais as diretrizes políticas e prioridades estabelecidas para a atenção básica no município?
- 2- Que tipo de demanda é atendida no âmbito da atenção básica?
- 3- No âmbito da atenção básica, existem estratégias para atendimento às urgências?
- 4-Quais os principais problemas identificados na gestão da atenção básica em relação às urgências?

A leitura das transcrições possibilitou organização das informações em três dimensões temáticas: 1) diretrizes e prioridades para a AB em nível local; 2) papel da atenção básica no atendimento das urgências e 3) principais problemas enfrentados na gestão da AB relacionados às urgências. O conteúdo das entrevistas foi agregado nessas três dimensões e consolidado em uma matriz, contrapostas aos códigos dos entrevistados. Essa estratégia permitiu verificar as convergências e divergências na visão dos entrevistados.

### Capítulo III - As atribuições da atenção básica nas políticas de urgência

A conformação da atual proposta de atenção às urgências no Brasil passou por diferentes momentos. De acordo com Machado, Salvador e O'Dwyer (2011) e Dourado (2013), podem ser distinguidas três fases. Isso implica que diferentes dispositivos legais foram instituídos e ou revogados para organizar o modelo vigente de Rede de Urgência e Emergência<sup>5</sup>. O resgate dessas normas será feito de forma temporal, buscando identificar as atribuições definidas para atenção básica.

As autoras explicam que a primeira fase inclui as iniciativas de regulamentação da Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE). Em 2002, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências (Brasil, 2002). O documento visava estruturar os Sistemas Estaduais envolvendo toda a rede assistencial, desde os componentes pré-hospitalares (unidades básicas, naquele momento por meio do Programa Saúde da Família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares) e serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), 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.

No regulamento técnico a atenção básica aparece como parte do componente pré-hospitalar, que é descrito como aquele responsável pelo atendimento num primeiro nível de atenção aos usuários cujas demandas caracterizem-se por:

[...] quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (Brasil, 2002, p.12).

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

---

<sup>5</sup> De acordo com o art. 2º da PRT nº 665/2012 a Rede de Atenção às Urgências (descrita na PRT nº 1.600/2011) passa a ser denominada Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Brasil, 2012).

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

Destacam-se como inadmissíveis os casos de pacientes que não são atendidos quando procuram a UBS de referência, devido à ausência de vagas, falta de profissionais ou insumos. O regulamento apresenta a seguinte situação problema para exemplificar o dano causado ao usuário e ao sistema:

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, frequentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não poder adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão (Brasil, 2002, p.13).

O texto do regulamento também aborda a necessidade de qualificação dos profissionais de UBS para o manejo de situações de urgência, que podem se apresentar na unidade ou no território.

Está descrito também quais materiais e insumos a UBS deve dispor para o atendimento dos casos de urgência/emergência. Além disso, sobre a estrutura física, destaca-se a necessidade das unidades contarem com ambiente preparado para o primeiro atendimento/estabilização de urgências, devendo disponibilizar sala para observação do paciente por até oito horas. No mais, ressalta-se a importância das UBS contarem com uma rede de referências estruturada para o encaminhamento dos casos atendidos, bem como a garantia de transporte para os casos mais graves.

Mesmo que seja uma regulamentação técnica é notório o nível de aprofundamento sobre a atenção básica em um documento que trata sobre sistemas de urgência e emergência, algo que não foi encontrado nos documentos mais recentes.

Em 2003, a aprovação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), publicada na Portaria nº1863 (Brasil, 2003), reafirma as atribuições e desafios relacionados a AB descritos no regulamento técnico citado acima.

No ano de 2009, foi aprovada a Portaria nº 1020 (Brasil, 2009), 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 (Brasil, 2003). Dentre as responsabilidades atribuídas às UPA, definiu-se que: deve articular-se com as unidades de atenção básica de forma a construir fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados através das centrais de regulação médica de urgências e complexos reguladores, ressaltando-se a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas. Este documento define que a articulação com AB deve estar expressa na grade de referência que comporá a proposta de implantação de UPA, submetida ao Ministério da Saúde para aprovação e liberação de recursos.

Observa-se que esta regulamentação sobre UPA foi revogada e instituída em outros dois momentos: em julho de 2011 com a aprovação da Portaria nº 1601 (Brasil, 2011c), também revogada pela normativa vigente, a Portaria nº 2648 de novembro de 2011 (Brasil, 2011d). No que tange ao papel da AB, não se observam alterações ao longo das promulgações dessas normas.

A mudança identificada é que, a partir da publicação das Portarias nº2820 (Brasil, 2011e) e nº 2821 (Brasil, 2011f), ambas de novembro de 2011, exige-se que o município interessado em implantar a UPA garanta cobertura de atenção básica de, no mínimo, 50% da população. As referidas portarias dizem respeito, respectivamente, ao incentivo financeiro de investimento e custeio das UPA. Outro critério relacionado à AB que permanece é a garantia de existência de grades de referência e contra referência pactuadas em nível loco regional com as unidades de atenção básica/saúde da família. Esses critérios são norteadores para o processo de qualificação das UPA habilitadas. Eles compõem os relatórios de avaliação realizados através de visitas técnicas sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE/DAE/SAS/MS).

Um passo importante para a conformação da atual proposta de RUE foi a aprovação das diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), lançada por meio da Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010). O texto do documento apresenta a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da assistência e gestão das Regiões de Saúde, com vistas à aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. Os componentes estruturantes da RAS

são: atenção básica; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

A introdução do texto da norma destacou os esforços que se deram para produção das diretrizes e elaboração dos conceitos que permeiam o documento, citando as discussões que se deram no âmbito das câmaras técnicas do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho dos Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e áreas do Ministério da Saúde (MS). Destacou-se também, que foi utilizado como referência a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) e a publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa. O documento reconhece a AB como tendo centralidade para a organização do sistema em redes, expressando que:

[...] experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, 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 [...] (Brasil, 2010, p. 3).

Além disso, o documento aponta que a Política Nacional de Atenção Básica juntamente com a Política Nacional de Promoção da Saúde foram aprovadas tendo em vista a configuração de um modelo de atenção com o objetivo de atender às condições crônicas e agudas, promovendo ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a atenção básica como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Ainda sobre as características da AB relevantes para a RAS, valoriza-se a centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Além disso, compreende a AB como primeiro nível de atenção, ressaltando a necessidade de resolutividade dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Aponta-se na normativa a necessidade de criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores, financiadores e os prestadores de serviço, para assegurar a articulação na lógica de funcionamento da RAS. Nesse sentido, coloca-se como fundamental o fortalecimento da APS, considerando o desenvolvimento de

seus atributos essenciais. A contratualização a partir do primeiro nível é definida como instrumento potente para induzir a responsabilização e qualidade, de forma a produzir melhores resultados em saúde.

A Portaria nº 4279/2010 (Brasil, 2010), investe boa parte do conteúdo apresentando os atributos (primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; centralidade na família; abordagem familiar e orientação comunitária) e funções (resolubilidade; organização e responsabilização) da atenção básica. Para explicar o papel da AB na estruturação da RAS, refere que:

A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias (Brasil, 2010, p. 15).

Por fim, dentre as estratégias para implantação da RAS aquelas relacionadas diretamente à AB são: revisão e ampliação da política de financiamento da APS, no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS; a realização de oficinas macrorregionais para qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS; valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico; ampliação do escopo de atuação da APS.

Após esse período, em consonância com o que foi levantado pelo estudo de Dourado (2013) sobre a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências, os anos 2011 e 2012 demonstram um volume elevado de portarias publicadas para regulamentar os componentes da RUE.

Em julho de 2011, foi aprovada a Portaria nº 1600 (Brasil, 2011g), que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (atualmente denominada Rede de Urgência e Emergência – RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com os caminhos apontados pela Portaria nº

4279 (Brasil, 2010). A finalidade descrita para a RUE é articular e integrar todos os equipamentos de saúde, de maneira que se alcance a ampliação e qualificação do acesso aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, garantindo agilidade do atendimento.

Os componentes que constituem a RUE são: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar.

O objetivo atribuído à AB na rede é a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização, bem como o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário. Faz-se ressalva sobre a necessidade de implantação do acolhimento com avaliação de risco vulnerabilidades.

Para as fases de implantação, monitoramento e avaliação da RUE é preciso a preparação do Plano de Ação Regional bem como dos Planos de Ação Municipais. Estes planos devem conter o diagnóstico regional, a proposta de desenho de rede, as responsabilidades, ações e metas relacionadas à cada componente.

Em outubro de 2011, é aprovada a regulamentação das Salas de Estabilização, outro componente da RUE cujas diretrizes demonstram intersecção com a atenção básica. A Portaria nº 2338/2011 (Brasil, 2011h), traz que a Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos ou graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde. A SE deve ser instalada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Identifica-se o ponto de encontro com AB por meio das responsabilidades atribuídas a SE, as quais dizem respeito à articulação com os serviços de atenção básica, conseqüentemente, fornecendo retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em estado de urgência no âmbito da atenção básica.

No mesmo sentido dos critérios definidos para implantação de UPA, os municípios interessados em instalar Sala de Estabilização devem apresentar em seus Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências: informação sobre as grades

de referência e contrarreferência pactuadas na Rede de Atenção à Saúde com as unidades de atenção básica e/ou de saúde da família e garantia de cobertura de atenção básica de, no mínimo, 50% no Município sede da SE. Defini-se também que caso haja redução da cobertura de atenção básica ofertada no Município sede da SE por mais de três meses consecutivos, será suspenso o repasse do incentivo de custeio mensal.

O levantamento realizado permite refletir que no percurso de implantação da Rede de Urgência e Emergência nota-se a presença da atenção básica como componente dessa rede no que diz respeito ao modelo assistencial: por ser o primeiro nível de contato é responsável pelo atendimento das demandas de urgência, estabilização e transferência para outros pontos da rede dos casos que fogem a complexidade de manejo pela AB. As diretrizes indicam a necessidade de fortalecer e ampliar a atuação da AB nas urgências, seja por meio das exigências de implantação do acolhimento com classificação de risco nos serviços ou da cobertura mínima de 50% de AB para aqueles municípios interessados em receber ou manter os incentivos financeiros para implantação dos componentes da RUE.

#### **Capítulo IV - O atendimento às urgências nas políticas de atenção básica**

A assistência à saúde no Brasil durante as décadas de 60 a 80 caracterizou-se pela centralidade da atenção hospitalar, com amplos investimentos dos recursos federais. Mesmo que tenha havido influências das discussões sobre os cuidados primários, promovidos pela Conferência de Alma-Ata, na formulação das diretrizes e princípios que embasaram a reforma sanitária desde o final dos anos 70, a valorização da AB se deu tardiamente no contexto de implantação do SUS (Fausto e Matta, 2007). O Programa Saúde da Família, instituído em 1994 - e atualmente denominado Estratégia Saúde da Família - é considerado um marco na condução da política de saúde no país (Escorel *et al.*, 2007).

No entanto, somente em 2006 houve a publicação de um documento específico para tratar da Política Nacional de Atenção Básica – PNAU (Brasil, 2006). Tal política estabelece a revisão de diretrizes e normas, apontando a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de reorganização da atenção básica. O texto do documento apresenta as responsabilidades de cada esfera de governo; os princípios gerais deste nível de atenção, as características do processo de trabalho, infraestrutura e recursos necessários, bem como as atribuições dos profissionais.

Dentre as características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais de atenção básica aparece a responsabilidade pelo primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento. Além disso, traz destaque para a necessidade da equipe prestar assistência resolutiva à demanda espontânea.

Ainda sobre a atenção às urgências, a PNAB (2006) prevê dentre as atribuições específicas dos profissionais médicos o atendimento à demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos. Inclui também o encaminhamento dos usuários, quando necessário, a serviços de média e alta complexidade. Nesse processo, respeitar fluxos de referência e contrarreferência locais, manter a responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência e indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar. Quanto ao cirurgião dentista, faz parte de suas atribuições realizar procedimentos

clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo o atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

Em outubro de 2011, foi publicada uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2488 (Brasil, 2011i). Nota-se que nessa normativa, os papéis definidos para AB no atendimento às urgências permanecem em conformidade com aqueles apresentados na política anterior. No entanto, é possível observar maior presença do tema, uma vez que a atenção à demanda espontânea aparece como atribuição específica para todos os profissionais da equipe: agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, técnico e auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, médico e cirurgião dentista.

Além disso, destaca-se nessa política, dentre os componentes mínimos exigidos para estrutura física de uma UBS, a presença de sala de acolhimento multiprofissional e sala de observação, esta tendo sido citada, como apontado anteriormente, no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2002). Estes ambientes são considerados apropriados para o atendimento da demanda espontânea e manejo de quadros de urgência. O conceito atribuído à sala de observação na atenção básica diz respeito ao paciente que fica em observação na unidade com ou sem medicação para melhora do estado de saúde ou estabilização e encaminhamento para outro ponto da rede (Brasil, 2011j).

Dentre a PNAB (2006) e PNAB (2011), observa-se que uma das mudanças marcantes foi a flexibilização da carga horária do profissional médico, podendo este cumprir carga horária semanal de vinte ou quarenta horas, a depender da composição da equipe de atenção básica. O que se destaca é que mediante autorização do gestor, o médico que optar por 40h semanais poderá dedicar até 8 horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município, dentre outras possibilidades. Isso sugere efeitos da política de urgência sobre a normativa da atenção básica. A PNAB (2011) demonstra abrir possibilidades para que o médico também possa atuar nas urgências, sem que com isso o gestor corra risco das equipes serem desabilitadas. Afinal, até a promulgação dessa normativa, para o município fazer jus ao repasse integral dos recursos federais, as equipes de saúde da família deveriam estar completas, com todos os profissionais exercendo 40h semanais.

Postula-se também que tal arranjo poderá aumentar a concorrência entre os dois níveis de atenção para a contratação de médicos, sendo que, nessa disputa, a AB, é mais frágil devido às exigências de carga horária e salários oferecidos.

Além da publicação da política de AB, outros documentos podem ser considerados fundamentais para sua estruturação. A análise destes nos forneceram mais elementos para compreender como os serviços de atenção básica vêm sendo preparados para o manejo das situações de urgência.

Antes mesmo da publicação da PNAB (2011) outros documentos já anunciavam maiores nuances de articulação da atenção básica para o atendimento às urgências. Pode-se apontar como parte desse processo o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), lançado com aprovação da Portaria nº 1654 (Brasil, 2011k). Trata-se de uma iniciativa federal para instituir processos avaliativos da AB, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, de maneira que permita a criação de um padrão de qualidade comparável nos âmbitos nacional, regional e local.

Dentre os desafios com os quais o PMAQ se compromete está a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, na maior parte das vezes, pela baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde. O programa também busca superar a baixa integralidade e resolutividade das práticas, superando o modelo de queixa-conduta ou de atenção prescritiva.

O PMAQ é composto por quatro fases: *Contratualização e Adesão*, realizada entre os gestores municipais, as equipes de saúde da família (ou atenção básica) e ente federal; *Desenvolvimento*, cuja responsabilidade é do gestor municipal e engloba os processos de autoavaliação; monitoramento; educação permanente, apoio institucional; *Avaliação Externa*, que consiste na aplicação de questionários estruturados conduzida por instituições de ensino superior e o momento final, *Recontratualização*.

Pode-se dizer que o PMAQ é uma estratégia de indução financeira que demarca o projeto de atenção básica definido pelo ente federal. Pudemos encontrar nos documentos relacionados ao Programa alguns apontamentos sobre a atenção às urgências, como é o caso dos indicadores definidos para o processo de contratualização e monitoramento. Compõe os 47 indicadores: a) média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; b) proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência e c) proporção de consultas médicas de urgência com

observação. Ainda no processo de contratualização, consta no termo de contrato que as equipes de atenção básica devem implementar processos de acolhimento a demanda espontânea como forma de ampliação, qualificação e facilitação do acesso.

Ao longo dos três módulos da fase de Avaliação Externa, nota-se a presença de questões relacionadas a atenção às urgências. No Módulo I, referente à avaliação da infraestrutura da UBS, o avaliador é instruído a observar se há na unidade sala multiprofissional de acolhimento. No Módulo II, entrevista com profissional da equipe e verificação de documentos que comprovem as respostas, há questões sobre: implantação do acolhimento; existência de protocolos para atendimento à demanda espontânea; realização de avaliação de risco e vulnerabilidade nos usuários; tempo de espera do usuário para o primeiro atendimento/escuta; realização de curso de capacitação sobre avaliação de risco e vulnerabilidade; estudo de demanda espontânea; definição de tempo máximo de espera para atendimento (Brasil, 2012a).

Já o Módulo III, direcionado aos usuários de cada equipe participante do PMAQ, há questões que enfocam a demanda espontânea, pergunta-se se o problema ou necessidade do usuário foi atendido; qual profissional realizou a escuta; o tempo de espera e quais as orientações recebidas. Pergunta-se ao usuário se ele já foi atendido na UBS em caso de urgências ou para outros serviços, tais como curativo (novo e troca), furúnculo, extração de unha, retirada de corpo estranho, dentre outros procedimentos (Brasil, 2012a).

Outro documento lançado em 2012 para compor o conjunto de ações do PMAQ, foi o instrumento denominado “Autoavaliação para Melhoria da Qualidade” – AMAQ (Brasil, 2012b). O AMAQ apresenta uma série de padrões que tratam de diferentes dimensões dos processos envolvidos na atenção básica. Dentro da unidade de análise *Gestão*, há as seguintes dimensões com suas respectivas subdimensões: 1) *Gestão Municipal*: a) *Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município*; b) *Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde*; c) *Gestão do Trabalho*; d) *Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário*. Para a dimensão *Gestão da Atenção Básica*, há: e) *Apoio Institucional*; f) *Educação Permanente*; g) *Gestão do Monitoramento e Avaliação*. No que tange à dimensão Unidade Básica de Saúde, há as seguintes subdimensões: h) *Infraestrutura e Equipamentos* e i) *Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos*. Para a unidade de análise *Equipe*, há a dimensão *Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde*, com quatro subdimensões: j) *Perfil*

da Equipe; k) *Organização do Processo de Trabalho*; l) *Atenção integral à Saúde*; m) *Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário*.

As equipes são conduzidas a se autoavaliarem comparando suas práticas ao que está determinado como padrão definido no documento. Dentre o elenco de padrões, encontram-se alguns relacionados ao atendimento das urgências. Na dimensão *Gestão Municipal*, há um padrão que indaga se a gestão utiliza instrumentos de integração dos serviços que permitem o atendimento em tempo e modos oportuno. Para a dimensão relacionada à *Unidade Básica de Saúde*, há padrões questionando se a infraestrutura física e equipamentos estão adequados para o acolhimento dos usuários e se a UBS dispõe dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.

A dimensão *Perfil, Processo de Trabalho e Atenção à Saúde*, traz padrões para as equipes se autoanalisarem quanto à organização suficiente para o atendimento à demanda espontânea em tempo integral e para o atendimento dos casos de urgências e emergências médicas e odontológicas.

O Caderno de Atenção Básica (CAB) é uma publicação seriada do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que, tradicionalmente, aborda temas relevantes para a prática dos profissionais de saúde atuantes na AB. Um dos objetivos desse material é oferecer subsídios teóricos e exemplos concretos que refletem o modelo assistencial preconizado pelo ente federal. Dentre as mais de trinta temáticas já abordadas, destaca-se para este estudo a publicação de número vinte e oito (CAB nº 28), lançada em dois volumes, cujo tema principal foi “Acolhimento à demanda espontânea”.

Publicado em 2011, em sintonia com os instrumentos do PMAQ e AMAQ, o primeiro volume do CAB nº 28 (Brasil, 2011j), discute um tema caro ao modelo de atenção vigente: o desafio de ampliar o acesso e resolutividade do nível primário de atenção à saúde. Postula-se que a aposta expressa no documento é que a estruturação e qualificação do acolhimento às demandas não programadas ou espontâneas no âmbito dos serviços de AB provoque diminuição do número de pessoas que procuram os serviços de urgência.

O volume I do Caderno 28 (Brasil, 2011j) aborda o acolhimento tratando-o a partir de três dimensões, tais como: postura e tecnologia de cuidado; mecanismo para ampliação do acesso e dispositivo para organização do processo de trabalho em equipe.

Além de demonstrar modelos para organização do acolhimento, o documento aponta as atribuições da AB no atendimento às urgências, fazendo referência às definições contidas na PNUE (2011), PNAB (2011) e na Política Nacional de Humanização (2010), ressaltando que:

A atenção básica deve se constituir como grande articuladora da rede de atenção à saúde, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento (Brasília, 2011, p.45).

Um aspecto interessante, é que neste volume também são recomendados ações e modos de atuação dos gestores para contribuir com a efetiva participação da atenção básica na atenção às urgências. Dentre estes é apontado como ferramenta útil para provocar a implementação do acolhimento à demanda espontânea a discussão de casos fictícios com as equipes, a elaboração de critérios para classificação de risco e vulnerabilidades, existência de retaguarda médica para atendimento dos caso agudos, pactuação de fluxos e acordos com serviços de retaguarda como o SAMU e os pronto-atendimento e pronto-socorro.

Por fim, o material ressalta a importância da implantação do acolhimento à demanda espontânea como uma forma de conquistar a confiança dos usuários e aumentar a legitimidade da atenção básica. Nos anexos desse volume também são apresentados os materiais, medicamentos, insumos e os componentes da estrutura física das unidades que a tornam adequada para o manejo das demandas de urgência.

O segundo volume deste Caderno (Brasil, 2012c), é um desdobramento do primeiro e demonstra formas de como abordar as situações e queixas mais comuns que podem se apresentar como demanda espontânea e urgências médicas ou odontológicas. Abordam-se diversos quadros clínicos, identificando conceitos, conduta, tratamento e medicação indicada.

Essa publicação tem como objetivo principal ampliar a resolutividade das equipes frente à demanda espontânea. Já na introdução o material destaca o motivo para investimento na ampliação do acesso e resolutividade da AB:

Ressalta-se a diferença que existe entre o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS e o atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, a atenção básica 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 (Brasília, 2012c, p.15)

Nota-se que nos documentos há maior presença dos conteúdos sobre as urgências na AB do que nas portarias específicas, que trazem o tema de forma pouco definida, com algumas sinalizações para atribuição dos profissionais e adequação física das UBS. O maior aprofundamento da discussão nos documentos analisados é algo previsível, uma vez que nestes prevalece o teor técnico e conceitual. No entanto, o PMAQ e o AMAQ não garantem que a discussão sobre a necessidade de ampliação das possibilidades de atendimento da AB seja valorizada em âmbito nacional.

## **Capítulo V: Desafios para o atendimento às demandas de urgência em âmbito local**

A análise das entrevistas permite compreender alguns desdobramentos que a interface entre as políticas de urgência e da AB provocam para a gestão e organização dos serviços de atenção básica em âmbito local. O conteúdo das entrevistas no que tange à esse aspecto foi organizado em torno de três dimensões que expressam a visão dos gestores quanto às prioridades e diretrizes definidas para a AB; ao papel da atenção básica no atendimento às urgências e aos principais problemas enfrentados na gestão da AB relacionados às urgências.

### **5.1 – Diretrizes e prioridades para a atenção básica em nível local**

Os quatro coordenadores da AB apresentaram como diretriz para o planejamento no âmbito da AB a ampliação do acesso, por meio da expansão da cobertura, com a implantação de equipes de saúde da família. Nesse sentido, foi citado como prioridade por um deles a reforma e adequação do espaço físico das UBS.

Dois gestores destacaram como prioridade a territorialização das UBS, ou seja, organizar a oferta da AB tendo como base a distribuição territorial. Outra prioridade apresentada por um dos gestores foi a regularização dos vínculos trabalhistas dos profissionais da AB de seu município, a aquisição de equipamentos, treinamento dos profissionais e a melhor articulação da AB com os demais níveis de atenção à saúde.

Um dos gestores também destacou que além da ampliação do acesso era necessário garantir a resolutividade da AB. Para atender esse propósito, o entrevistado destacou que foi feita uma padronização dos serviços e ações oferecidas na AB do município, sendo publicado um documento intitulado “Carteira de Serviços da Atenção Primária”. Outras prioridades apresentadas pelo entrevistado foram a implantação de farmácias próprias em cada UBS; elaboração de protocolos clínicos; parceria com instituições de ensino para educação continuada (mestrado profissional, residência em medicina de família e comunidade; curso técnico de agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância sanitária).

## 5.2 – Papel da atenção básica no atendimento das urgências

Notou-se que dentre os entrevistados, três gestores compreendem que AB deve realizar o atendimento à demanda espontânea, e se essa for uma urgência, atender de forma imediata, estabilizar o quadro e se necessário, transferir para outro ponto da rede de saúde.

Um desses gestores, afirmou que “*as unidades de atenção básica têm que atender a grande maioria dos problemas das pessoas (demandas programadas ou urgências)*” e destaca as iniciativas promovidas pela gestão para preparar a AB do município para o atendimento de urgências:

*[...] A maioria dos nossos profissionais (médicos) de Atenção Primária já faz o BLS (Suporte Básico de Vida), para os atendimentos mais graves, que podem proporcionar um maior risco de vida. Outra estratégia é aparelhar as Unidades e ter equipamentos que permitam um cuidado mais intensivo no caso de uma urgência: [...] oxigênio; maleta de urgência e emergência; medicação [...] A gente tem hoje uma Carteira de Serviço, que determina que a gente tenha uma estrutura física adequada para atender uma urgência, até uma questão mais grave, uma emergência. E, além disso, a ampliação do acesso e a ampliação do horário de funcionamento das Unidades. A grande maioria das Unidades já ampliou o seu horário das oito da manhã até às oito da noite e sábados, no período pela manhã. Isso é bastante importante. Outra coisa é estimular e orientar o paciente, de qual o melhor nível de Atenção para ele procurar, quando ele tiver um problema. Se eu tiver uma febre e que é uma questão que pode ser considerada urgente por uma pessoa, ou por uma mãe, eu tenho que estimular que ela procure a sua equipe de referência. O médico que conhece a história do seu filho, que conhece a história daquele paciente [...] (Gestor 4)*

Essa mesma compreensão não foi observada em um dos gestores, o qual demonstrou que há certa confusão quanto ao papel da AB e diretrizes definidas para a ESF. A fala desse gestor denota a dicotomia entre promoção e prevenção x ações curativas e reabilitação e também entre ações programáticas x atendimento à demanda espontânea. O trecho abaixo exemplifica esses sentidos:

*[...] A gente já estava fazendo o agendamento, trabalhando a política de prevenção e então a gente perde um pouquinho esse foco na demanda espontânea. A própria população está entendendo também qual é o papel da ESF, que não é ter um*

*número de atendimentos, não é faturar em cima dos procedimentos. É eu ter uma qualidade de atendimento, é trabalhar a prevenção, promoção da saúde. É esse o objetivo da ESF: acompanhar aquele paciente [...] (Gestor 1)*

Além disso, denota não reconhecer as recomendações sobre insumos e estrutura física adequada para o manejo dos casos de urgência na AB:

*[...] Dentro da AB, a gente sabe que a gente não faz medicamento injetável, a gente não dispensa medicamento dentro da AB, a não ser que seja daqueles quites ou protocolos do Ministério. Então o médico ele tem experiência, mas para fazer esse primeiro atendimento ele não vai ter os insumos necessários para poder estabilizar esse paciente.[...] eu não sei se ele vai ter o captopril para administração sublingual no caso de um hipertenso que está com a pressão muito alta[.] (Gestor 1)*

### **5.3 - Principais problemas na gestão da atenção básica relacionados às urgências**

Dois dos gestores que compreendem que cabe à AB fazer o manejo dos casos urgentes, afirmam que os serviços de atenção básica de seus municípios não têm capacidade de realizar este tipo de atendimento. Foi apontado como uma das causas desse problema a constante ausência do médico, dada a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes e ou por problemas estruturais, como ausência de equipamentos e insumos adequados para o manejo dessas situações. O trecho abaixo denota as dificuldades enfrentadas por esses gestores:

*[...] Porque se eles atenderem e tiver que chamar o SAMU, eles não têm telefone fixo nas unidades, não tem orelhão, tem que usar o celular dos profissionais; [...] tem falta de abastecimento, às vezes, falta material de curativo. Nenhuma unidade do PSF tem uma sala de emergência. Eu não tenho uma bala de O2. É muito precário, tem áreas que 75% não tem água encanada [...] (Gestor 3)*

Para outro gestor, o grande desafio está relacionado ao percentual de usuários cobertos pela ESF, que ainda não atingiu 50% da população do município. O trecho

destacado apresenta como o entrevistado encara isso como um entrave para que a AB consiga atender as urgências:

*[...] a gente tem um problema hoje que é a baixa cobertura de Atenção Primária na cidade. 40% de cobertura é muito pouco. Algumas Unidades ainda têm uma pressão muito grande da população. Assim eu tenho área... Eu tenho Unidades na cidade, que teriam capacidade para cobrir vinte mil pessoas e cobre duzentas mil pessoas hoje. E é claro, que essa Unidade não vai conseguir absorver um caso urgente, porque ela está muito sobrecarregada com uma série de outras coisas. Não consegue absorver mais nada, ou não consegue absorver praticamente nada. Então ter acesso numa Atenção Primária e ter uma Atenção Primária organizada, estruturada, esse é o principal problema [...] (Gestor 4)*

As entrevistas denotam que os aspectos presentes nas normativas analisadas não se traduzem em práticas para a maioria dos gestores entrevistados. Sabe-se que entre a formulação e a implementação das políticas existem outros processos. A incorporação das mudanças irá depender tanto da intencionalidade do gestor local de incorporá-las ao planejamento quanto de apoio, investimento e recursos para concretizá-las.

## **Discussão**

As diretrizes, estratégias e incentivos relacionadas à estruturação da rede de urgência e emergência influenciaram em diferentes aspectos a conformação da política de atenção básica no período analisado. De forma geral, pôde-se notar um maior adensamento das atribuições da AB no atendimento às demandas espontâneas e às situações de urgência, gradativamente incorporadas pelas normativas e documentos analisados. Entretanto, na visão dos gestores, ainda são enormes os desafios relacionados às novas atribuições previstas para organização dos serviços em âmbito local.

O estudo permitiu identificar que a formulação de atributos específicos da AB no atendimento às urgências teve início entre os anos de 2002 e 2003, e se deu anteriormente à publicação da PNAB em 2006. Destacam-se: a definição da responsabilidade da AB no atendimento à demanda espontânea e primeiro atendimento às urgências; a indicação dos insumos e medicamentos adequados para o manejo dessa demanda e a necessidade de implantação de salas que permitissem a observação de pacientes por até oito horas.

Parte dessas atribuições se expressaram na própria PNAB, como é o caso da reafirmação da responsabilidade desse nível de atenção quanto ao atendimento de demandas espontâneas e urgências, atrelada às atribuições específicas de médicos e enfermeiros.

A presença maior de conteúdos relacionados à urgência somente pôde ser notada nos documentos publicados a partir de 2011. Dentre eles a reformulação da política nacional de atenção básica, o PMAQ, o AMAQ e os dois volumes do Caderno de Atenção Básica “Acolhimento à Demanda Espontânea”. Nesses documentos há a definição da demanda espontânea como responsabilidade de cada membro da equipe multiprofissional; a exigência da sala de observação como parte da estrutura mínima das UBS e a flexibilização para o médico cumprir parte de sua carga horária em outros serviços da rede de urgência, além de ser possível encontrar a descrição dos insumos e medicamentos recomendados para o manejo adequado dos casos de urgência na AB.

Conforme destacou Dourado (2013), ao longo de 2011 houve intensas movimentações para a retomada na condução da política de urgência e emergência, por

meio de discussões e pactuações no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A aposta centrou-se no conceito de rede, por meio da qual seria possível superar a fragmentação do sistema e consolidar a rede de urgência e emergência, considerada de suma importância para o SUS.

Segundo a autora, mesmo com a aparente valorização da atenção básica, a incorporação do atendimento às urgências de baixa gravidade neste nível não pôde ser notada. A prioridade da agenda governamental até 2009 recaiu sobre a implantação do SAMU, quando a UPA e a Sala de Estabilização entram como prioridade. Cabe destacar também, outro apontamento da autora:

[...] é evidente a priorização dos componentes da rede de urgências por etapas, de forma isolada dos demais níveis de atenção, e com hiatos muito grandes entre a formulação da política em 2003 e a implementação dos demais pontos de atenção necessários à conformação da rede de urgência (Dourado, 2013, p.17).

Nesse sentido, pode-se notar que os movimentos para a conformação da RUE, retomados de forma intensa em 2011 - conforme destacou a autora - incidiram também sobre a reformulação da política de atenção básica.

Tanto o PMAQ como o AMAQ podem ser consideradas estratégias de gestão, com predomínio do caráter temporário. O PMAQ é de livre adesão das equipes de saúde da família ou atenção básica e o AMAQ tampouco é o único instrumento de auto-avaliação sugerido pelo Ministério da Saúde. Mesmo com a intensa divulgação dessas iniciativas e a indução financeira envolvida, não se pode garantir que os mais de cinco mil gestores municipais tenham acesso às orientações contidas na PNAB (2011) e nos documentos citados.

As entrevistas deixaram transparecer que os gestores municipais estão inseridos em realidades diferentes no que diz respeito à disponibilidade de estrutura física, mão de obra e insumos adequados para o manejo das situações de urgência. Mesmo assim, somente um dos entrevistados demonstrou não perceber o papel da AB no manejo desses casos, talvez provocado pelas dificuldades materiais e pouco investimento destinado à organização da AB.

O sucateamento dos serviços de atenção básica indicado por um dos gestores reflete que a valorização da AB para a organização das redes é um passo que deve ser dado simultaneamente à revisão e ampliação do financiamento da AB, conforme já apontado como parte das estratégias para implantação da RAS (Brasil, 2010).

Nesse sentido, as entrevistas com estes gestores sugerem que as mudanças na política de atenção básica em decorrência das políticas de urgência, têm tido um tímido desdobramento para a gestão local. Ressalta-se que o papel da AB no atendimento às urgências permeia o discurso, mas não se traduz para práticas concretas, uma vez que a maioria dos entrevistados afirmou que as UBS de seus municípios não conseguem absorver as demandas não programadas e que a maior parte das urgências, quando chegam às unidades, são transferidas para as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) ou hospitais.

Escorel *et al* (2007), Barros(2007) e Rocha (2005) destacam que o acesso em tempo oportuno à AB é uma das principais formas de reduzir as tensões sobre os serviços de urgência. No entanto, em seus estudos as autoras advertem que a maior parte dos usuários, em caso de doença, não procuram suas unidades básicas.

Nesse sentido, depreende-se que se a estruturação da AB para o atendimento da demanda espontânea não ocupar papel prioritário na gestão local, os usuários continuarão não tendo motivos para criar vínculos e confiança na atenção básica. Guérvias (2006) afirma que a construção da legitimidade do primeiro nível de atenção passa por investimentos financeiros, qualificação dos profissionais e aprimoramento da relação de confiança da comunidade aos serviços prestados. Para o autor, estes são alguns dos passos para a construção de uma atenção básica forte e resolutiva.

Por fim, a análise das portarias listadas nessa monografia demonstrou que as normativas produzidas para regulamentar os serviços de urgência, procuraram definir atribuições e especificações da atenção básica, com maior grau de elaboração no início dos anos 2000. A medida que foram sendo produzidas as políticas específicas da AB, o investimento conceitual e técnico em torno dessas atribuições foi sendo deixado à cargo da produção normativa específica da AB.

Vale ressaltar que os caminhos percorridos na análise dessas políticas, das entrevistas com gestores do âmbito municipal e a leitura da bibliografia pesquisada, indica que a interface entre as políticas de urgência e de atenção básica merece ser valorizada em outros estudos. O tema suscita que há uma mudança no modelo assistencial até então preconizado na AB, indicando uma possível inflexão na política. A análise de um período histórico mais longo, bem como entrevistas com gestores do âmbito federal, permitirá identificar aspectos que denotem continuidades e mudanças

nas políticas; interesses, disputas e arranjos envolvidos na construção do papel da AB no atendimento às urgências.

### **Referências Bibliográficas**

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. MATTOS, Ruben Araujo de. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas) . In: BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. MATTOS, Ruben Araujo de. **Caminho para análise de política pública de saúde**. (Publicação virtual). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=5>.

BARROS, Delba Machado. **Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso de Quissamã**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 05/11/2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília-DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1863, de 29/09/2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília-DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1020, de 13/05/2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília-DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 7.508, de 28/06/2011. Regulamenta a Lei n. 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. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07/07/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2011g.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1601, de 07/07/2011. 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. Brasília-DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1654, de 19/07/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, Brasília-DF, 2011k.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasil, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2338, de 03/10/2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências, Brasília-DF, 2011h.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2488, de 03/10/2011. 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-DF, 2011i.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2648, de 07/11/2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília-DF, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2820, de 28/11/2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade 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, Brasília-DF, 2011e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2821, de 28/11/2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade 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. Brasília-DF, 2011f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2527, de 27/10/2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011l.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília-DF, 2011j.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Documento Síntese para Avaliação Externa. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasília-DF, 2012 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília-DF, 2012 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n.28 volume II. Brasília-DF, 2012 c.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2809, de 07/12/2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília-DF, 2012d.

CASTRO, Ana Luisa Barros de. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil:** continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DOURADO, Eliana Maria Ribeiro. **Análise da política de atenção às urgências:** uma proposta. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONCA, Maria Helena Magalhães de e SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2007, vol.21, n.2-3, pp. 164-176. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. IN: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'A. (Org.). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, V. 4, p. 43-67.

GERVAS, Juan; FERNANDEZ, Mercedes Pérez. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, Set. 2006 .

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, Junho. 2011.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out.-dez. 2011, p.1131-1149.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.** Dissertação. (Mestrado em Enfermagem).

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

STARFIELD, B. – **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

### **Apêndices**

**Apêndice A** – Roteiro semi-estruturado de entrevista para Coordenador de AB Básica

**PESQUISA:**  
**REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: AVALIAÇÃO DA**  
**IMPLANTAÇÃO E DESEMPENHO DAS UNIDADES DE PRONTO**  
**ATENDIMENTO (UPA)**

(Profissional: Coordenador de Atenção Básica)

Código do Questionário: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

Este roteiro faz parte de uma pesquisa sobre a implantação e o desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Brasil. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências em seu município e estado.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do roteiro encontra-se o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que

---

---

deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.  
Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**O TCLE deverá ser apresentado e assinado antes de iniciar a entrevista.**

---

## PARTE 1 - PERFIL E INSERÇÃO DO PROFISSIONAL

### 1.1. Sexo:

1. Feminino.  
 2. Masculino.

### 1.2. Faixa etária:

1. De 20 a 30 anos.  
 2. De 31 a 40 anos.  
 3. De 41 a 50 anos.  
 4. De 51 a 60 anos.  
 5. Mais de 60 anos.

### 1.3. Possui curso de graduação?

1. Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 2. Não (pule para 1.6)

### 1.4. Indique qual a Faculdade que concluiu:

1. Pública. Especifique (nome e UF): \_\_\_\_\_ ano: \_\_\_\_\_  
 2. Privada. Especifique (nome e UF): \_\_\_\_\_ ano: \_\_\_\_\_

### 1.5. Curso de Pós-Graduação:

Admite mais de uma resposta; considerar somente cursos concluídos.

1. Especialização. Especifique: \_\_\_\_\_  
 2. Mestrado.

3. Doutorado.

**1.6. Indique há quanto tempo é coordenador da atenção básica:**

1. Até 6 meses.

2. De 7 meses a 12 meses.

3. De 13 meses a 24 meses.

4. Mais de 24 meses.

**1.7. Indique o seu vínculo empregatício:**

1. Estatutário.

2. Celetista.

3. Contrato por regime especial temporário.

4. Recibo de pagamento autônomo (RPA).

4. Bolsa.

5. Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**1.8. Indique sua carga horária semanal contratual:**

1. 12 h

2. 20 h

3. 24 h

4. 40 h

5. Outra: \_\_\_\_\_

**PARTE 2 – ROTEIRO DE QUESTÕES**

**Coordenação de Atenção Básica**

**2.1.** Quais as diretrizes políticas e prioridades estabelecidas para a atenção básica no estado/município?

- 2.2. Que tipo de demanda é atendida no âmbito da atenção básica?
- 2.3. No âmbito da atenção básica existem estratégias para atendimento às urgências? Quais?
- 2.4. Quais os principais problemas identificados na gestão da atenção básica em relação às urgências?

|  |
|--|
| <b>Coordenação da Rede de Atenção às Urgências/Continuidade da atenção</b> |
|--|

- 2.5. Quais as atribuições da AB na Rede de Atenção às Urgências?
- 2.6. Quais estratégias específicas para integração das unidades de atenção básica à RAU?
- 2.7. Qual a sua visão sobre as UPA?
- 2.8. Existe articulação entre as UBS/PSF e as UPA?
- 2.9. Existem mecanismos de referência/contra-referência entre as UBS/PSF e as UPA, SAMU, pronto-socorro/hospitais para atenção às urgências?
- 2.10. A atenção básica participa do monitoramento da demanda de atendimentos da UPA?