

OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS¹

Na metáfora da casa, corresponde à construção da parede vermelha, conforme ilustrado a seguir:

Figura 1 – Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos



Fonte: Mendes, 2012.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda.

No campo da saúde mental, na APS, os eventos agudos podem ser divididos em três grupos frequentes de apresentação de demandas:

- 1) Pessoas que enfrentam situações agudas de estresse intenso e de luto que se manifestam com queixas físicas, como tremores, dores, falta de ar, tontura, por exemplo.
- 2) Pessoas já em tratamento para transtornos mentais que descompensam seus quadros, por interrupção da medicação e por estarem atravessando situações graves, em contextos familiares e sociais de vulnerabilidade.
- 3) Pessoas que apresentam uma demanda oculta que pode não chegar a unidade, mas que costuma ser a mais grave de todas, envolvendo primeiro surto psicótico, uso de substâncias, violências e até mesmo cárcere privado.

O que é importante considerar na organização do macroprocesso de eventos agudos em saúde mental para cada um desses três grupos?

Para o primeiro grupo, será importante capacitar as equipes da APS para realizar uma avaliação clínica ampliada das necessidades de cuidado em saúde mental das pessoas usuárias que, usualmente, se apresentam na demanda espontânea por meio de queixas físicas, dificultando sua identificação e seu manejo. Dessa forma, identificar a necessidade de cuidado em saúde mental dessas pessoas permite aproveitar esse momento estratégico para vincular e ampliar o acesso dos usuários que ainda não foram captados pela rede, bem como para realizar o manejo precoce de eventuais agudizações.

Já para o segundo grupo, deve-se garantir um trabalho interdisciplinar que permita traçar de forma colaborativa o projeto terapêutico com a pessoa usuária, que pode incluir contato com a família e até mesmo transferência acompanhada para unidades especializadas em Saúde Mental. O contexto familiar e a rede de apoio são elementos importantes dentro da avaliação, pois situações de vulnerabilidade podem demandar intervenções profissionais de maior complexidade. Outro aspecto importante, nas agudizações de pessoas com quadros graves, é garantir a continuidade do tratamento após as crises. Para isso, é fundamental que se

¹ Texto elaborado a partir do livro “A construção social da Atenção Primária à Saúde”, de Mendes et al., 2019, e Caderno de Atenção Básica N° 28 V. I e II.

faça uma busca ativa das pessoas que receberam alta de uma internação psiquiátrica ou acolhimento noturno no CAPS, preferencialmente dentro de 15 dias.

Enquanto para o terceiro grupo, envolve a capacidade de detecção pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a ativação do restante da equipe técnica. Por se tratar de eventos agudos graves, os cuidados colaborativos em saúde mental, fortalecendo a equipe da APS, serão fundamentais. O vínculo desta equipe com as famílias viabiliza a abertura de possibilidades para o cuidado destas pessoas, e, nesse sentido, a longitudinalidade do cuidado e a continuidade dos profissionais são elementos valiosos.

Apesar de se apresentarem em formas de demandas diferentes, o padrão da resposta social é único e informado por um **modelo de atenção aos eventos agudos**, proposto por Mendes (2014). A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os **processos de acolhimento** e de **classificação de risco**. Ou seja, amparado a partir da atenção centrada na pessoa, com um acolhimento eficaz e humanizado.

O MODELO DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Os modelos de atenção aos eventos agudos têm como objetivo identificar, no menor tempo possível e com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema.

Mendes (2012) desenvolveu um modelo de atenção aos eventos agudos, que tem como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados. Esse modelo está representado na Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Modelo de Atenção aos Eventos Agudos



Fonte: Mendes, 2012.

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

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

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

Os níveis 3 e 4 referem-se a eventos agudos ocorridos, que devem ser atendidos por uma tecnologia de gestão da clínica, denominada “gestão das condições de saúde”. No nível 3, faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para isso, utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo.

OS PROCESSOS DE ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

No que se refere às pessoas usuárias com qualquer grau de sofrimento psíquico, os profissionais da APS devem compreender que o acolhimento já é uma intervenção em saúde mental. Por isso, é muito importante que todos os profissionais da atenção primária – incluindo os ACSs, auxiliares de enfermagem, odontólogos, médicos, enfermeiros e profissionais da equipe multiprofissional – estejam convencidos de que são capazes de oferecer cuidados em saúde mental.

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

$$\text{AC} = (\text{ACSS} + \text{AT}) \text{ H}$$

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

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

O atendimento (**AT**) é o elemento processual do acolhimento (**AC**) e implica responsabilidade, reconhecimento do problema pelos profissionais; identificação e proteção ao cidadão/família em risco; comunicação entre profissional/equipe e pessoa usuária; capacidade de trabalhar de forma colaborativa com as pessoas usuárias, suas famílias e outros profissionais de saúde; continuidade pessoal; qualidade da atenção clínica; e registros adequados do atendimento (prontuário).

A humanização (**H**) deve resultar na quebra ou na minimização das barreiras geográficas, físicas e organizacionais, transformando os ambientes em locais mais acolhedores, racionalizando e otimizando os processos de trabalho e melhorando a comunicação com escuta qualificada, com vistas à efetivação do vínculo entre profissional, equipe, pessoa usuária e comunidade. Portanto, ao discutir a humanização nos serviços de saúde, há que se analisar os aspectos relacionados à acessibilidade aos serviços e ao atendimento realizado pelos profissionais e pelas equipes de saúde.

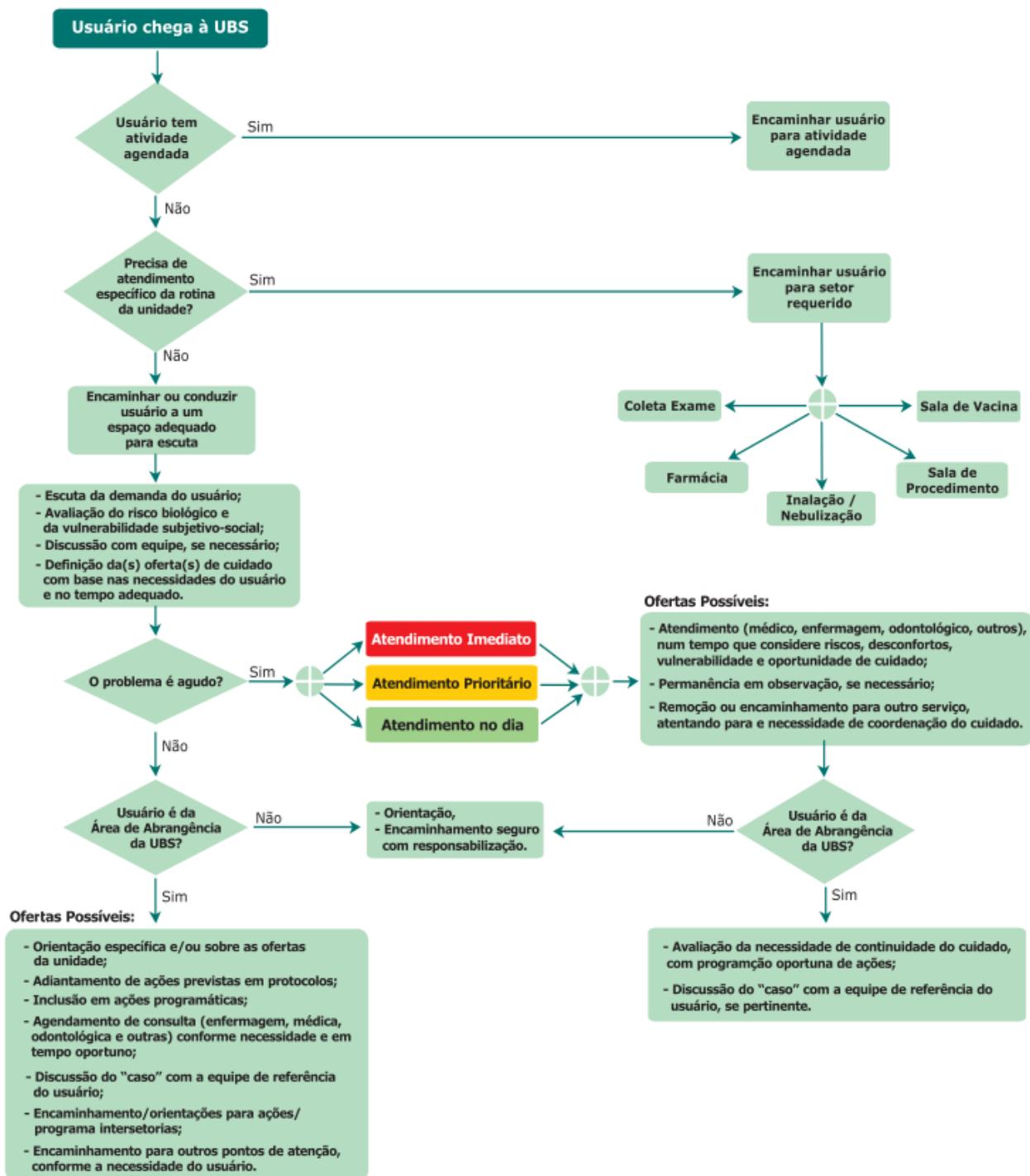
Operacionalizar organização do serviço a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de cuidado em saúde mental da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento:

- Quem vai receber o usuário que chega.
- Como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário.
- O que fazer de imediato.
- Quando agendar uma consulta médica de enfermagem ou com a equipe multiprofissional.
- Como organizar a agenda dos profissionais.
- Que outras ofertas de cuidado, além da consulta, como grupos ou outras intervenções psicossociais estão disponíveis.
- De que forma orientar as pessoas usuárias sobre a utilização desses recursos etc.

O acolhimento na Atenção Primária à Saúde não deve ser visto como uma tarefa exclusiva dos trabalhadores da recepção, mas sim como um processo contínuo de escuta das demandas dos usuários em todos os momentos de contato com o serviço. Além disso, a implementação efetiva do acolhimento requer transformações significativas na maneira como a Atenção Primária funciona, envolvendo todos os atores envolvidos no processo, incluindo usuários, trabalhadores e gestores, em ações articuladas.

Os vários tipos de demanda espontânea em saúde mental podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na Atenção Primária. Para isto, um fluxo de atendimento da demanda espontânea precisa estar desenhado e em uso pela equipe de saúde. O Caderno de Atenção Básica Nº 28 apresenta fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária para o atendimento da demanda espontânea. Este fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade.

Figura 3 – Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde para o atendimento da demanda espontânea



Fonte: Brasil, 2013.

OS PROCESSOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE

Em saúde mental, assim como em outras áreas da saúde, as palavras “urgência” e “emergência” têm significados distintos e importantes para o cuidado adequado. A diferenciação entre urgência e emergência em saúde mental pode ajudar a garantir que os pacientes recebam a atenção e os cuidados necessários em tempo hábil.

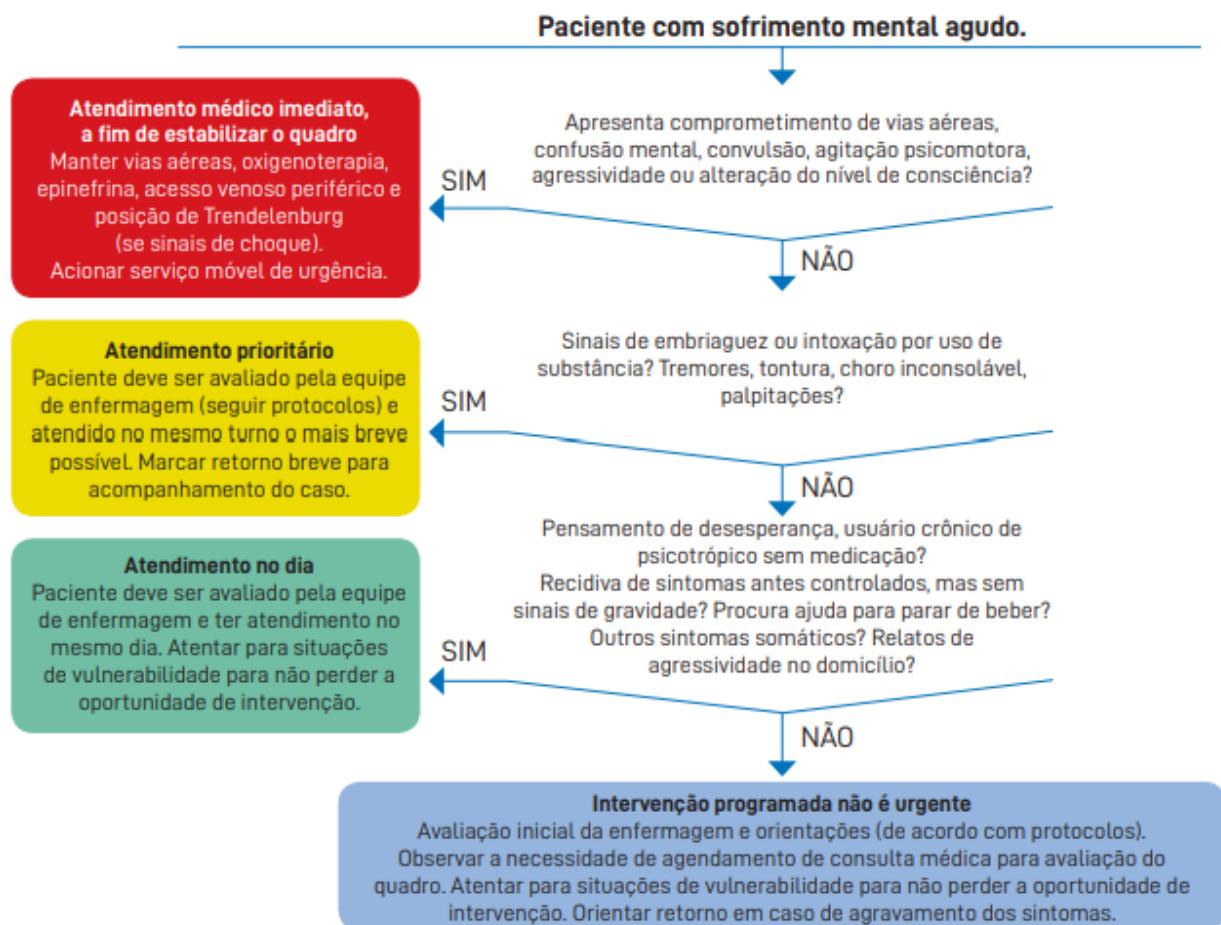
A emergência em saúde mental se refere a uma situação em que uma pessoa está em risco imediato de morte ou de sofrer danos graves, e que requer atendimento imediato. Isso pode incluir tentativas de suicídio, comportamento agressivo e violento, entre outras situações que ameaçam a vida ou a segurança da pessoa usuária ou outras pessoas.

A urgência em saúde mental, por outro lado, se refere a situações que exigem atenção prioritária ou no dia, mas não apresentam risco imediato de vida ou lesão grave. Isso pode incluir crises de ansiedade, surtos psicóticos leves, intoxicação por drogas ou álcool, entre outras condições que exigem atenção e intervenção rápida, mas não representam um risco imediato para a vida ou a segurança do paciente ou outras pessoas.

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

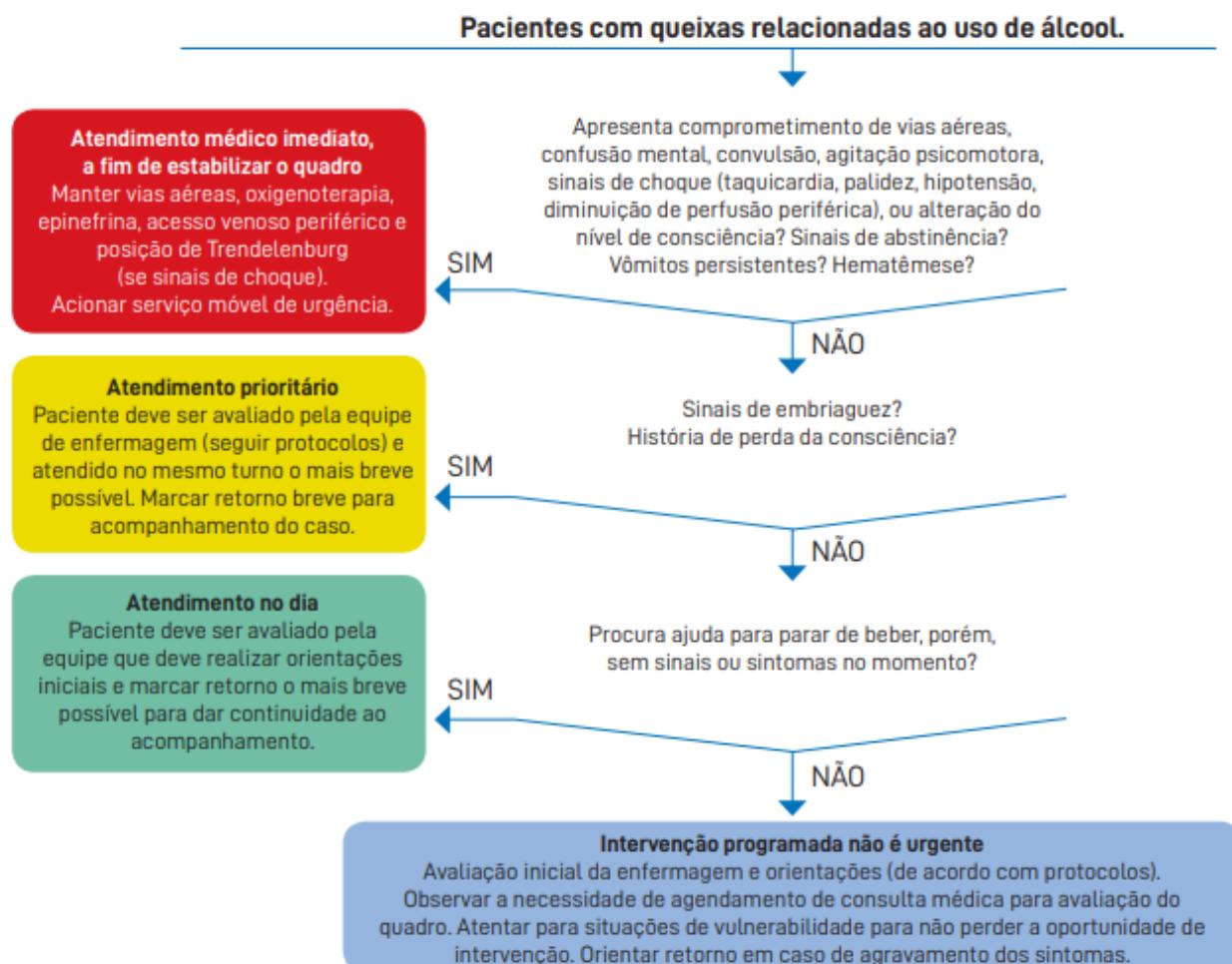
A classificação de risco vai orientar não apenas o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessária para as situações de urgência e emergência em saúde mental, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. E a classificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido, conforme apresentado nos dois fluxogramas a seguir, um para usuários em sofrimento mental agudo e outro para usuários com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool.

Figura 4 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com sofrimento mental agudo



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013.

Figura 5 – Fluxograma para atendimento com classificação de risco/vulnerabilidade dos usuários com transtornos agudos relacionados ao uso de álcool



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013.

O principal papel do profissional que faz a primeira escuta na classificação de risco é organizar o acesso dos usuários que buscam a unidade. No primeiro contato e na primeira avaliação, as pessoas usuárias devem ser informadas a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades.

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

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

- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Todos os profissionais da Atenção Primária, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde mental das pessoas usuárias e ter ciência tanto da classificação de risco dos usuários. Os profissionais da equipe de Saúde Bucal devem compreender que muitas vezes são eles que fazem a primeira escuta de usuários com necessidade de cuidado em saúde mental, e assim como todos os profissionais da APS, devem conhecer tanto a classificação de risco dos usuários com eventos agudos em saúde mental, quanto os fluxos para avaliação da equipe multiprofissional e matrículamento com os especialistas de outros serviços da rede. O trabalho interdisciplinar permite que todos possam realizar uma escuta mais específica do usuário, discutir em equipe do seu plano terapêutico, e, se necessário, o compartilhar o cuidado com outros pontos de atenção da RAPS, garantindo o acesso para a continuidade de seu cuidado na UBS.

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

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demandas_esportaneas_cab28v1.pdf Acesso em: 27/06/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. Volume II. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demandas_esportaneas_queixas_comuns_cab28v2.pdf Acesso em: 24/02/2022.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stoclm, Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf Acesso em: 25 abr 2023.

MNDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde.** O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012. Acesso em: 24 abr 2023. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

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

Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.