

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

The role of primary health care in urgency assistance: a look at the policies

Stefânia Santos Soares¹
Luciana Dias de Lima²
Ana Luisa Barros de Castro³

Resumo

O artigo buscou identificar na política nacional de saúde, delineada a partir dos anos 2000, as atribuições da atenção básica para o atendimento às urgências. Procurou-se compreender como a produção normativa relacionada às políticas de urgência repercute na atenção básica, 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 selecionadas 19 portarias e documentos relacionados à política de urgência e de atenção básica. Também foram feitas entrevistas semiestruturadas com gestores da atenção básica de quatro municípios da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. A análise documental evidenciou as influências da política de urgência na conformação da política de atenção básica. Entretanto, a implantação dessas diretrizes configura-se como desafio para a gestão local, tendo em vista a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente, o financiamento, a adequação de estrutura física e insumos adequados para manejo das urgências nas unidades básicas de saúde. A temática sugere que há uma inflexão na política nacional de atenção básica que merece ser aprofundada.

Abstract

This article has sought to identify in national health policy, outlined from 2000s, the responsibilities from primary health care to assistance of urgencies. It was intended to understand how the normative production related to urgency policy reflected in primary health care, and the deployment for the management and implementation of the services at local scope. The methodology was based in field of political analysis, privileging the formal and temporal aspect of the regulations. It was selected 19 ordinances and documents related to urgency policy and primary health care. Besides, it was made semi structured interviews with primary health care managers from 4 municipalities of the Metropolitan Region of Rio de Janeiro state. The documentary analysis showed the urgency policy influences in conformation of policy of primary health care. However, the implementation of those guidelines configured as a challenge for the local management, in view of the necessity of the transformation of: the current care model, the financing, the adequacy of physical structure, and the right inputs for the management of urgencies at basic health unit. The subject suggests there is an inflection in national policy that primary health care that needs more deepening.

Descritores: Atenção Básica; Urgências; Política de Saúde.

Keywords: Primary Health Care; Urgencies; Health Policy.

¹ Psicóloga, especialista em saúde da família e em gestão da atenção básica pela ENSP/FIOCRUZ.

² Pesquisadora titular no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, ENSP/FIOCRUZ.

³ Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ e doutoranda pela ENSP/FIOCRUZ.

Para correspondência:
Stefânia Santos Soares
E-mail: stefaniasoares@hotmail.com

Data da Submissão: 23/06/2014
Data do Aceite: 23/06/2014

Introdução

A partir dos anos 2000, a constituição de redes é enfatizada como estratégia para garantir universalidade e equidade nos sistemas nacionais de saúde. Dentre os atributos definidos para as redes, destaca-se a centralidade da atenção básica (AB), com o objetivo de dar cobertura à toda a população, ser a porta de entrada do sistema, integrar e coordenar as ações e serviços de saúde¹.

A associação da atenção básica como porta de entrada prioritária para as redes está relacionada à sua capacidade de constituir-se como lugar onde os problemas de saúde são apresentados, diagnosticados e tratados, sejam eles casos agudos ou crônicos². Nesse sentido, entende-se que o atendimento às pequenas urgências é uma ação importante para que AB desempenhe de modo adequado suas funções.

Num sistema com serviços de diferentes tipos e perfis de atendimento, não é fácil para os usuários identificar qual aquele que mais se adequa a sua demanda, sendo as unidades de pronto-atendimento acessadas por motivos diversos. Carretet al³ identificaram em diferentes estudos os principais fatores que levavam ao uso inadequado dos serviços de emergência. Entre estes, destacam-se as barreiras de acesso à atenção primária, o horário de funcionamento das unidades e as dificuldades para agendamentos.

No Brasil, a atenção às urgências é organizada por meio da Rede de Urgência e Emergência (RUE), anteriormente intitulada Rede de Atenção às Urgências. Instituída pela Política Nacional de Atenção às Urgências, a finalidade da RUE é articular todos os serviços de saúde que prestam atendimento às urgências médicas, de maneira a ampliar e qualificar o acesso aos componentes do sistema, garantindo agilidade do atendimento. O objetivo atribuído à atenção básica na RUE refere-se à 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 necessário⁴.

Barros⁵ aponta que o atendimento das urgências na AB remete à necessidade de um processo de trabalho organizado, compartilhado com uma equipe multiprofissional, cujo foco esteja no usuário e na família; que busque superar a dicotomia entre ações curativas e de prevenção e promoção da saúde. Além disso, o foco excessivo

em atividades para grupos de risco e a oferta programada dificultam o atendimento das demandas individuais por assistência clínica. Tais questões indicam comprometimento do acesso e dificuldades no estabelecimento da unidade de atenção básica como porta de entrada ao sistema⁶.

Com base nessa discussão, cabe indagar: 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?

Guiado por essas questões, o artigo tem como objetivo 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 uma política específica - atenção às urgências - repercutem na AB, e quais seus possíveis desdobramentos para a gestão e organização desses serviços em âmbito local.

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. Entende-se que este estudo, mesmo que exploratório, contribui para o conhecimento de um processo que denota ser inicial no âmbito da atenção básica, sugerindo mudanças na política nacional de saúde.

O artigo apresenta os caminhos percorridos para análise das normativas selecionadas. Em seguida, são apresentados os resultados à luz da literatura, demonstrando aspectos de influências da política de urgência sobre a política de atenção básica e os desafios postos a gestores municipais de AB.

Metodologia

O estudo se apoiou no referencial de análise de políticas públicas que tem como objeto as ações propostas e colocadas em curso pelo Estado⁷. Procurou-se identificar em documentos formais expedidos pelo Ministério da Saúde, as

diretrizes nacionais que orientam a atuação dos agentes governamentais no que tange aos atributos, organização e gestão dos serviços de atenção básica para atendimento às situações de urgência.

A consulta sistemática das portarias e documentos técnicos foi feita por meio dos *web sites* oficiais, Portal Saúde Legis e Portal da Saúde. Com base nos achados de Machado et al⁸ que apontam o início da elaboração de uma política articulada para a rede de urgência e emergência a partir dos anos 2000, foi definido o recorte temporal deste estudo, do início dos anos 2000 à março de 2013. Já nos documentos específicos da atenção básica a abordagem do tema atendimento às urgências tornou-se presente no período recente. Dessa forma, ressalta-se que o recorte temporal de interesse desse artigo incide sobre o período relativo à estruturação da Rede de Urgência e Emergência no país.

Inicialmente, os descritores definidos como filtro para a busca dos documentos 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”. No entanto, estes descritores mostraram-se demasiadamente abrangentes, resultando em cerca de 33 mil normativas. Isso tornou a alternativa inviável aos propósitos da pesquisa. Assim, optou-se por identificar as normas estruturantes para a condução da Rede de Urgência e Emergência que contivessem aspectos relacionados à AB e o inverso, ou seja, identificar nos documentos centrais para a AB os conteúdos relacionados ao atendimento das urgências nesse nível de atenção. O conjunto dos principais documentos levantados pode ser observado no quadro 1.

Instrumento/Ano	Conteúdo
Portaria 2048/2002	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência ⁹ .
Portaria 1863/2003*	Política Nacional de Atenção às Urgências ¹⁰
Portaria 648/2006*	Política Nacional de Atenção Básica ¹¹
Portaria 1020/2009*	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências ¹² .

Portaria 4279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹³	
Portaria 1600/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS ¹⁴	
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 ¹⁵	
Portaria 2338/2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências ¹⁶	
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 ¹⁷	
Portaria 2820/2011*	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência ¹⁸	
Portaria 2821/2011*	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o componente UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24h ¹⁹	
Portaria 2527/2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ²⁰	
Portaria 1654/2011	Institui o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) ²¹ Manual Instrutivo PMAQ ²²	
Portaria 2488/2011	Política Nacional de Atenção Básica ²³	
	2011	Cadernos de Atenção Básica, nº 28, Volume I ²⁴
	2012	Auto avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade ²⁵
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 ²⁶	
	2013	Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II ²⁷

Quadro 1. Relação das principais normas e documentos federais que denotam atribuições da atenção básica para o atendimento de urgências - Brasil, 2002 a 2013.

Fonte: Sistema SaúdeLegis e Portal da saúde.

A organização dos documentos selecionados em uma matriz 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). Sistematizados, portarias e documentos foram analisados a partir de outra matriz que permitiu registrar 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, na análise das fontes documentais, procurou-se destacar as influências da política de urgência na produção de portarias federais e documentos técnicos da AB, por meio das atribuições, incentivos e estratégias orientam o atendimento às urgências na AB.

A pesquisa também envolveu a realização de entrevistas com coordenadores da AB, de quatro municípios da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. A escolha desses municípios foi intencional e se justifica pela existência de algumas características comuns entre eles, por exemplo: elevada concentração populacional, baixa a moderada cobertura da ESF, presença de unidades de pronto atendimento (UPA).

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado que procurou explorar os desafios envolvidos na gestão municipal da atenção básica. As entrevistas, realizadas entre novembro de 2012 e janeiro de 2013, foram gravadas e transcritas. Na análise das entrevistas, adotaram-se procedimentos de decomposição e distribuição temática, visando identificar elementos recorrentes, visões comuns e divergentes entre os entrevistados. Foram consideradas três dimensões para organização e processamento das informações: diretrizes e prioridades para a AB em nível local; papel da atenção básica no atendimento das urgências, e; principais problemas enfrentados na gestão da AB relacionados às urgências.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os princípios legais e éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Influências das diretrizes da Política Nacional de Urgência e Emergência na Política Nacional de Atenção Básica

Dentre as normativas específicas da atenção básica e nas que tratavam sobre rede de urgência e emergência foi possível identificar cerca de dezenove portarias e outros documentos oficiais que citavam o tema do atendimento às urgências na AB. O gráfico 1 sistematiza a distribuição desses instrumentos no período de 2002 a 2013.

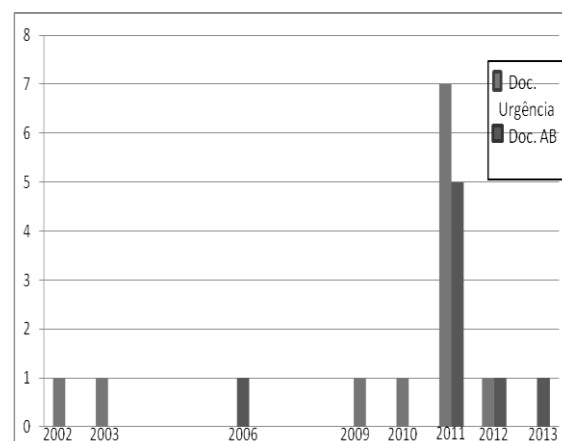


Gráfico 1. Número de instrumentos normativos que mencionam o papel da AB no atendimento às urgências segundo política específica - Brasil, 2002 a 2013.

Fonte: Sistema SaudeLegis e Portal da saúde.

A conformação da atual proposta de atenção às urgências no Brasil passou por diferentes momentos. Isso implica que vários dispositivos legais foram instituídos e ou revogados para organizar o modelo vigente de Rede de Urgência e Emergência.

A formulação de atributos específicos da AB no atendimento às urgências teve início entre os anos de 2002 e 2003. Nesse início já havia sido atribuída à atenção básica a responsabilidade por acolher as urgências de baixa gravidade. Ressaltou-se que é fundamental a AB atender os quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, observando a compatibilidade da complexidade da demanda com este nível de assistência.

As diretrizes da política de urgência descrevem os materiais, insumos e estrutura física que devem estar disponíveis nas unidades básicas de saúde (UBS) para o manejo destes casos, bem

como, citam a necessidade de sala para observação do paciente por até oito horas. Também orientam a estruturação de rede de referências para o encaminhamento dos casos atendidos e a garantia de transporte para os casos mais graves.

Nota-se a presença da responsabilidade da AB no que tange a este tema em normativas que regulamentam a implementação de outros dispositivos da RUE, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Salas de Estabilização. Neste caso, a cobertura mínima de AB para 50% da população surge como um dos condicionantes para aqueles municípios que pretendem ter acesso aos recursos federais de implantação e custeio dos equipamentos citados. Outro critério trata do estabelecimento da grade de referência e contra referência para os casos de urgência atendidos na AB e que necessitam ser removidos para os demais pontos da rede.

O desdobramento destes aspectos pode ser notado à medida na política nacional de atenção básica (PNAB) a partir de 2006. Em sua primeira versão a PNAB aborda o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento com classificação de risco. Cita as atribuições específicas dos profissionais médicos e cirurgiões dentista no 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 complexidade²⁸.

Recentemente, nova versão da PNAB (2011) apresenta com maior vigor o tema do atendimento às urgências, atribuindo à todos os profissionais da equipe de saúde da família - agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, técnico e auxiliar de saúde bucal, enfermeiro, médico e cirurgião dentista - o acolhimento à demanda espontânea. Além disso, aponta dentre os componentes mínimos exigidos para estrutura física de uma UBS, a presença de sala de acolhimento multiprofissional e sala de observação.

Uma das mudanças marcantes entre as duas versões da PNAB está relacionada à flexibilização da carga horária do profissional médico, podendo este cumprir regime de vinte ou

quarenta horas semanais, a depender da composição da equipe de atenção básica. Destaca-se que, mediante autorização do gestor, o médico que optar por 40h semanais poderá dedicar até 8 horas da sua carga horária contratual para prestação de serviços em unidades de urgência do município, dentre outras possibilidades.

Isso sugere efeitos da política de urgência sobre a normativa da atenção básica. No contexto atual, é possível para o médico da Saúde da Família prestar atendimento em serviços de urgências, sem que com isso as equipes serem desabilitadas. 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.

Dourado²⁹ indica que 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). Nota-se que este movimento incidiu também sobre a reformulação da política de atenção básica. Neste novo momento, as diretrizes nacionais procuraram circunscrever o projeto de atenção básica defendido pelo ente federal. O tema do atendimento às urgências foi explorado de forma conceitual e prática.

Aponta-se a necessidade de adequação física das UBS, presença de insumos, medicamentos e materiais para manejo das urgências, organização do processo de trabalho das equipes, capacitação dos profissionais para lidar com as urgências, estabelecimento de tempo de espera médio para primeiro atendimento, bem como são propostos indicadores de monitoramento e desempenho relacionados aos atendimentos das urgências.

Os marcos normativos analisados sugerem ações e modos de atuação dos gestores para contribuir com a efetiva participação da atenção básica na atenção às urgências. Aponta-se como imprescindível a implementação do acolhimento à demanda espontânea, elaboração de critérios para classificação de risco e vulnerabilidades, pactuação de fluxos e acordos com serviços de retaguarda como o SAMU e os prontos-socorros. Além disso, são demonstradas as situações e queixas mais comuns que podem se apresentar como pequenas urgências médicas ou odontológicas, exemplificando quadros clínicos,

condutas, tratamento e medicação indicada para cada caso.

Desafios para o atendimento às demandas de urgência na visão de gestores municipais da Atenção Básica

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

Os gestores entrevistados apresentaram como diretriz para o planejamento no âmbito da AB a ampliação do acesso, por meio da expansão da cobertura da população por equipes de saúde da família. Dentre as estratégias adotadas para ampliar o acesso e resolutividade da AB constaram: a organização da distribuição dos equipamentos de AB com base territorial; a padronização das ações e serviços oferecidos nas unidades; a implantação de farmácia nas UBS; a regularização dos vínculos trabalhistas dos profissionais da AB; a adequação do espaço físico, aquisição de equipamentos, formação profissional (treinamentos, residência em medicina de família e comunidade, mestrado profissional, curso técnico para agentes de vigilância sanitária e agente comunitário de saúde) e melhor articulação da AB com os demais níveis de atenção à saúde.

Em relação ao papel atenção básica no atendimento às urgências, notou-se que dentre os entrevistados, a maioria compreendia 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.

Destacou-se dentre as iniciativas promovidas pela gestão municipal para preparar a AB para o atendimento de urgências: treinamento para médicos da APS sobre Suporte Básico de Vida (BLS - Basic Life Support), disponibilização de equipamentos e insumos nas UBS (cilindro de oxigênio; maleta de urgência e emergência; medicação); publicação de carteira de serviços e a ampliação do horário de

funcionamento das unidades.

Dentre os principais desafios apontados para garantir o atendimento das urgências nas UBS de seus municípios estão: equipes incompletas diante a dificuldade de contratação de médico com carga horária de quarenta horas semanais; problemas estruturais, como ausência de equipamentos e insumos adequados para o manejo dessas situações.

Outro desafio apontado por um dos gestores trata da moderada cobertura da ESF, estimada em 50% da população. O trecho a seguir denota os entraves identificados pelo entrevistado:

“Há UBS na cidade, que teriam capacidade para cobrir vinte mil pessoas e cobre duzentas mil pessoas. Essa Unidade não vai conseguir absorver um caso urgente, porque ela está muito sobrecarregada com uma série de outras coisas. Então ter acesso numa Atenção Primária organizada, estruturada, esse é o principal problema [...]” (Gestor 1).

As entrevistas com os 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. 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 encaminhadas para as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) ou hospitais.

O trecho a seguir demonstra as dificuldades estruturais vivenciadas por um dos gestores:

[...] se eles atenderem (médicos da AB) 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 sala para manejo de emergências. Não tem cilindro de O2 nas UBS (Gestor 3).

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 de considerá-las para o planejamento quanto de apoio, investimento e recursos para concretizá-las. Guérvias³⁰ 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 com os serviços prestados. Para o autor, estes são alguns dos passos para a construção de uma atenção básica forte e resolutiva.

Conclusão

Esta análise demonstrou que a AB é parte integrante da Rede de Urgência e Emergência, com o papel de acolher a demanda espontânea, resolver aquelas que são urgência de baixa gravidade, inserir nas linhas de cuidado aquelas situações que não necessitam de atendimento imediato e manejar e providenciar transporte sanitário para as urgências complexas.

Entretanto, para organizar a rede não basta atribuir responsabilidades e desenhar fluxos entre os serviços. Há que se aproveitarem os recentes movimentos de valorização da AB no cenário político, para discutir os condicionantes para sua resolutividade e legitimidade perante a população. Nesse sentido, cita-se a necessidade de rever a abrangência populacional adstrita por equipe de saúde da família. Quanto maior a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe, maior a probabilidade das demandas espontâneas dificultarem a organização da rotina de médicos e enfermeiros no atendimento às consultas programadas.

O sucateamento dos serviços de atenção básica, relatado pelos gestores entrevistados, indica que para AB tornar-se a base das redes é preciso rever e ampliar o financiamento da AB. Nesse sentido, cabe reforçar a necessidade do compromisso do ente federal e estadual no repasse de recursos.

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, com ênfase em ações programáticas, prevenção e promoção, indicando uma possível inflexão na política. Postula-se que neste momento seja preciso reafirmar que AB tem potencial e capacidade para lidar com quadros agudos e crônicos agudizados.

Por fim, sugere-se a realização de novos

estudos que incorporem a análise de um período histórico mais longo, incluindo entrevistas com gestores do âmbito federal, que possibilitem a identificar elementos de continuidades e mudanças nas políticas; bem como os interesses, disputas e arranjos envolvidos na construção do papel da AB no atendimento às urgências.

Referências

1. Kuschnir, R. e Chorny, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Rev C S Col*; 2010,15(5):2307-2316.
2. Boerma, W. G. W. eDubois, C.A. Mapeamento da Atenção Primária em toda a Europa. In: Saltman, R. B; Rico, A. e Boerma, W. G. W, organizadores. *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia* [trad.], Glasgow: Bell & Bain Ltd, 2010.
3. Carret, M. L. V.; Fassa, A. C. G. and Domingues, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, 25 (1), 7-28.
4. Brasil. 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, 2011.
5. Barros, D. M.. 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]. Rio de Janeiro, 2007.
6. Escorel, S.; Giovanella, L.; Mendonça, M. H. M. de e Senna, M. C. M.. 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, 21(2-3),164-176.
7. Marques, E. As políticas públicas na Ciência Política. In: Marques E, Faria MAP, organizadores. *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
8. Machado, C. V.; Salvador, F. G. F.; O'Dwyer, G.. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, Junho. 2011.
9. Brasil. 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.
10. _____. 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.
11. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF, 2006.
12. _____. 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.

13. 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). Brasília-DF, 2010.
14. Brasil. 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, 2011.
15. _____. 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, 2011.
16. _____. 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, 2011.
17. _____. 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, 2011.
18. _____. 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, 2011.
19. _____. 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, 2011.
20. _____.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, 2011.
21. _____. 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, 2011.
22. _____. 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, 2011.
23. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasil, 2011.
24. _____. 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, 2011.
25. _____. 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.
26. _____.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, 2012.
27. _____.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, 2012.
28. _____. 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.
29. DOURADO, Eliana Maria Ribeiro. Análise da política de atenção às urgências: uma proposta. [dissertação]. Brasília, 2013.
30. GERVAS, Juan; FERNANDEZ, Mercedes Pérez. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y endesarrollo. Rev. Bras. Epidemiol, 2006 .v.(9), n(3).