



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

THAIS ALEXANDRE DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**TERESINA
2014**

THAIS ALEXANDRE DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) apresentado à Coordenação de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de atuação: A saúde da família no ciclo vital

TERESINA
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

O48p

Oliveira, Thais Alexandre de.

Percepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência / Thais Alexandre de Oliveira. Orientador. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita. – Teresina, 2014.

116f.; 29cm. il.

Dissertação do Mestrado Profissional Em Saúde Da Família – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2014.

1. Percepção. 2. Saúde da família. 3. Urgência. 4. Emergência. I – Título. II. Mesquita, Gerardo Vasconcelos.

CDD 614.812 2

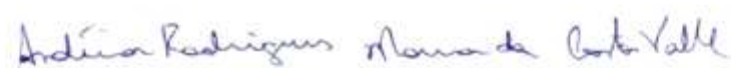
THAIS ALEXANDRE DE OLIVEIRA

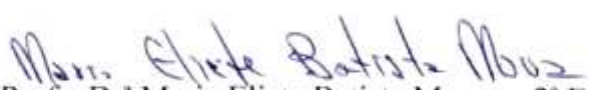
**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

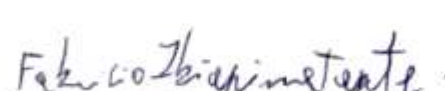
Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) apresentado à Coordenação de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Data da aprovação: 23 de abril de 2014.


Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita – Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI


Profa. Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle – 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí- UFPI


Profa. Drª Maria Eliete Batista Moura – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí- UFPI/ Centro Universitário UNINOVAFAPI


Prof. Dr. Fabricio Ibiapina Tapety - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

A todos os brasileiros, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, que lutam diariamente por igualdade de direitos e assistência à saúde digna e de qualidade, bem como a todos que acreditam no valor que o conhecimento tem e a diferença que ele pode fazer à vida de cada um de nós.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia e mentor espiritual, que me confiou a graça de continuar a fazer sempre o bem e algum diferencial neste mundo, me dando forças para enfrentar os obstáculos e abrindo janelas quando as portas estavam fechadas;

Aos meus pais e fontes de inspiração, Edmilson Ribeiro e Lourdes Alexandre, pelo amor incondicional, por me tornar a pessoa que sou e por tudo que abdicaram e lutaram para que eu pudesse chegar até esse momento e acreditar poder ir além. Essa conquista é de vocês!

Aos meus queridos irmãos: Layse Alexandre, pelo apoio constante, respeito, carinho e amizade em prol de nossa família, sonhos e realizações; e Thiago Alexandre, por tudo que renunciou, me encorajando, apoiando e me levando aos destinos que me trouxeram a esse dia tão sonhado.

Ao meu amor e presente tão lindo em minha vida, Marcelo Cunha, pela força, palavras de otimismo, devoção, cumplicidade e companheirismo de todas as horas. Você faz parte dessa luta, meu amor, e essa vitória também é sua!

À colega de trabalho e amiga Francimara Silva, pela disponibilidade em me substituir tantas vezes no hospital, sempre que pedia, a fim de que eu pudesse concluir o mestrado.

Aos colegas e amigos do Hospital da Primavera, pelo apoio e compreensão a fim de que eu pudesse consolidar este estudo;

À coordenadora de mestrado do Centro Universitário UNINOVAFAPI Dra. Eliete Batista Moura e ao meu orientador Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita, por confiarem em meu trabalho e pelo apoio e subsídios na elaboração e materialização desse sonho;

Aos membros da banca examinadora, pelas contribuições dadas a esta pesquisa, fundamentais no engrandecimento e frutificação do saber;

À dedicada secretária Gelsemânia Barros, pelo auxílio na condução e conclusão do curso;

Aos profissionais participantes deste estudo, por dedicarem um pouco do seu tempo a mim, compartilhando suas vivências e anseios e por acreditarem nos resultados positivos que este trabalho trará. Sem vocês esse sonho não seria possível.

Aos meus queridos alunos e pacientes, que acreditam e mantêm meu trabalho vivo, sem o qual não conseguiria financiar meu Mestrado. É para vocês que me dedico e aprimoro meus conhecimentos.

Àqueles que torcem por mim e que de algum modo contribuíram para o seguimento de mais uma conquista. Muito obrigada!

Tua caminhada ainda não terminou....
A realidade te acolhe dizendo que pela frente
o horizonte da vida necessita de tuas palavras
e do teu silêncio.

Se amanhã sentires saudades, lembra-te da
fantasia e sonha com tua próxima vitória.
Vitória que todas as armas do mundo jamais
conseguirão obter, porque é uma vitória que
surge da paz e não do ressentimento.

É certo que irás encontrar situações
tempestuosas novamente, mas haverá de ver
sempre o lado bom da chuva que cai e não a
faceta do raio que destrói.

Tu és jovem.

Atender a quem te chama é belo, lutar por
quem te rejeita é quase chegar a perfeição.
A juventude precisa de sonhos e se nutrir de
lembranças, assim como o leito dos rios
precisa da água que rola e o coração necessita
de afeto.

Não faças do amanhã o sinônimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais.
Teus passos ficaram.

Olhes para trás... Mas vá em frente, pois há
muitos que precisam que chegues para
poderem seguir-te.

Charles Chaplin

RESUMO

Urgência e emergência constituem situações que exigem rápida intervenção e, pela proximidade com a comunidade, a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve estar apta a solucionar essas circunstâncias. Desse modo, este estudo teve como objeto a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência e objetivou caracterizar os sujeitos do estudo; descrever essa percepção por meio das condutas adotadas, dificuldades e formas de enfrentamento; analisar a percepção desses profissionais e sua relação com a qualidade do atendimento prestado; e elaborar um manual de orientação de atendimento e referenciamento das situações prevalentes de urgência e emergência. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com 70 médicos e enfermeiros, membros efetivos das equipes de ESF da zona urbana da região sudeste de Teresina-PI. Os dados foram produzidos por meio de entrevista, processados pelo *software* IRAMUTEQ® e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em cinco classes relacionadas à urgência e emergência, a saber: classe 1, atendimento na ESF; classe 2, formas de enfrentamento dos profissionais da ESF; classe 3, legislação e educação permanente na ESF; classe 4, estrutura organizacional da ESF e classe 5, urgências e emergências mais frequentes. Predominaram especialistas, de 20 a 30 anos de idade, com 10 a 12 anos de serviço e responsáveis pelo atendimento de 800 a mil famílias, cujos depoimentos evidenciaram a desarticulação da rede de atenção às urgências e emergências na capital, sob percepções de tal atendimento como rotineiro e importante, mas deficitário, pela carência de carga horária e estrutura física adequadas, além de recursos físicos e materiais insuficientes, encaminhamentos frequentes e baixa mão de obra qualificada, pelo desconhecimento técnico-legislativo das situações de assistência imediata. Evidencia-se a necessidade de adoção de políticas públicas que visem referenciamento e contra-referenciamento apropriados, o cumprimento legal e a otimização do acolhimento em urgência e emergência na atenção básica, por meio de investimentos na infraestrutura, materiais e equipamentos, bem como na capacitação dos profissionais, a fim de efetivar a participação da ESF nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) na melhoria assistencial da população.

Palavras- Chave: Percepção. Saúde da Família. Urgência. Emergência.

ABSTRACT

Urgency and emergency are situations that require a quick intervention and, for the proximity to the community, the staff of the Family Health Strategy (FHS/ESF) must be able to resolve these circumstances. This way, this had as object the perception of the ESF professionals about the urgent and emergency care and objective characterized the subjects of the; describe this perception by adopted ducts, difficulties and ways of coping; analyze the perception this professionals and your relation with the the quality of rendered service; and develop a guidance manual for hosting and referencing of urgency and emergency of the situations more prevalent of urgency and emergency. This is a descriptive study with a qualitative approach, with 70 doctors and nurses, effective members of ESF team enrolled in the urban area of the southeastern region of Teresina –PI. The datas were produced by interview, processed for the IRAMUTEQ® software and analyzed by Descending Hierarchical Classification. The results were show in five classes related to urgency and emergency, namely: class 1, care in the ESF; class 2, ways of coping of the ESF professionals; class 3, legislation and permanent education in the ESF; class 4, organizational structure and class 5, urgencies and emergencies more frequents. Experts prevailed, between 20-30 years old, with 10-12 years of service and 800 to thousand families served, whose testimony showed the disarticulation of the care network to urgency and emergency care in the capital, in perceptions this care as customary and important, but deficient, due to lack of adequate workload and physical structure, besides insuficients physical and materials resources, frequent referrals and shorts or appropriated labor by technical and legal ignorance in situations of immediate care. It becomes clear the adoption of publics politics that certify the reference and counter-reference appropriate, legal compliance and optimization of the reception of patients in urgency and emergency in the basic attention, through investments in infrastructure, equipments and materials as well as in the qualification of the professionals to effect the participation of the ESF in the Unified Health System's (SUS) attention networks in improving the population welfare.

Key Words: Perception. Family's Health. Urgency. Emergency.

RESUMÉN

Urgencia y emergência son situaciones que requieren una intervención rápida y, por la proximidad a la comunidad, el personal de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) deben ser capaces de resolver estas circunstancias. De este modo, este estudio tuvo como objeto la percepción de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia sobre la atención de urgencia y emergencia y objetivó caracterizar los sujetos del estudio, describir esa percepción por medio de las conductas adoptadas, dificultades y formas de enfrentamiento; analizar la percepción de esos profesionales y su relación con la calidad del servicio prestado; y desarrollar un manual de orientación a ellos para el alojamiento y el referenciamiento de las situaciones prevalentes de urgencias y emergencias. Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, con 70 médicos y enfermeros, miembros efectivos del equipos de ESF del área urbana de la región sureste de Teresina –PI. Los datos fueron producidos por medio de entrevista, procesados por lo software IRAMUTEQ® y analizados por la Clasificación Jerárquica Descendente. Los resultados fueron apresentados en cinco clases relacionadas a la urgência y emergência, a ver: clase 1, atención en la ESF; clase 2, maneras de enfrentamiento; clase 3, legislación y educación permanente en la ESF; clase 4, estructura organizativa en la ESF; y clase 5, urgencias y emergencias más frecuentes. Predominaron especializados, de 20 a 30 años, con 10 a 12 años de servicio y 800 a mil familias atendidas, cuyos testimonios demostraron la desarticulación de la red de atención a las urgencias y emergencias en la capital, con las percepciones de tal atención como una rutina y importante, pero deficitaria, por la falta de carga de trabajo y estructura física adecuadas, además de insuficientes recursos físicos y materiales, encaminamientos frecuentes y bajo trabajo calificado por desconocimiento técnico y jurídico de las situaciones de atención inmediata. Se evidencia la necesidad de adopción de políticas públicas que miren el referenciamiento y contra-referenciamiento apropiados, el cumplimiento legal y optimización de recepción en urgência y emergência en la atención básica por medio de inversiones en infraestructura, materiales y equipos, así como en la capacitación de los profesionales, afin de efectuar la participación de la ESF en las redes de atención de lo Sistema Único de Salud (SUS) en la mejora de la atención de la población.

Palabras- Clave: Percepción. Salud de la Família. Urgencia. Emergencia.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição das variáveis da pesquisa Percepção dos Profissionais da ESF sobre o Atendimento de Urgência e Emergência em Classes de Segmentos de Texto, Segundo o Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) 34
- Figura 2** - Percepção dos Profissionais da ESF sobre o Atendimento de Urgência e Emergência em Classes de Segmentos de Texto, Segundo o Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) 35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo as variáveis idade, tempo de serviço, pós-graduação e número de famílias atendidas	40
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

ALCEST - Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segmento de Texte

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

FMS – Fundação Municipal de Saúde

IDA - Idade

IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

PCR – Parada Cardiorrespiratória

PI - Piauí

PRO - Profissão

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SER – Tempo de Serviço

SEX - Sexo

S.O.S – Save Our Souls

SUJ - Sujeito

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

Nº - número

® - “marca registrada”

% - por cento

χ^2 - qui- quadrado

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1.1 Contextualização do problema	16
1.2 Objeto do estudo	17
1.3 Questão norteadora	17
1.4 Objetivos.....	17
1.5 Justificativa.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 A Estratégia Saúde da Família e as redes de atenção do Sistema Único de Saúde	19
2.2 Urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família sob amparos legais	21
2.3 Capacitação profissional e condutas adotadas em situações urgentes e emergenciais na Estratégia Saúde da Família	24
2.4 Considerações sobre percepção e sua representatividade no atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família	25
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Cenário do estudo	29
3.3 Sujeitos do estudo.....	29
3.3.1 Critérios de inclusão	30
3.3.2 Critérios de exclusão	30
3.3.3 Risco	30
3.3.4 Benefício.....	30
3.4 Coleta de dados.....	31
3.5 Produção dos dados	31
3.6 Processamento dos dados	32
3.7 Análise dos dados	32
3.8 Aspectos éticos e legais	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	36
4.1 Manuscrito 1- Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência.....	36
4.2 Manuscrito 2- Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família	54
4.3 Produto- S.O.S. Saúde da Família: como a Estratégia Saúde da Família pode contribuir com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES	108
ANEXOS.....	112

APRESENTAÇÃO

A saúde brasileira vive um momento de readequação às necessidades básicas da população, que não incluem apenas a promoção da saúde, proteção e prevenção das doenças, mas também do atendimento às situações de urgência e emergência.

Estruturado conforme as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT e instruções do Programa de Pós Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, este Trabalho de Conclusão de Mestrado objetivou analisar a percepção de profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência, em 5 capítulos. É composto, no primeiro capítulo, de considerações iniciais, nas quais são apresentados a contextualização do problema, o objeto de estudo, as questões norteadoras, os objetivos e a justificativa do trabalho.

O capítulo seguinte trata do referencial teórico com breve abordagem sobre a ESF e as redes de atenção do SUS; urgência e emergência na ESF sob amparos legais; capacitação profissional e condutas adotadas em situações urgentes e emergenciais; e, por fim, algumas considerações sobre a percepção e sua representatividade no atendimento de urgência e emergência na ESF.

O terceiro capítulo deste trabalho descreve a metodologia, na qual são discorridos o tipo de estudo, o cenário da pesquisa e os participantes do estudo, com detalhamentos dos critérios de inclusão e exclusão, riscos e benefícios. Também são definidos nesse capítulo o período de coleta de dados, produção dos dados, tratamento e análise dos dados e aspectos éticos e legais.

Como resultados, têm-se, inicialmente, o primeiro manuscrito, resultado do TCM, intitulado: Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o Atendimento de Urgência e Emergência; o segundo resultado apresentado é o produto da análise dos dados gerados com a pesquisa, intitulado: S.O.S. Saúde da Família- como a Estratégia Saúde da Família pode contribuir com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e no terceiro resultado consta a publicação de um artigo de revisão sobre a temática de estudo, esse intitulado: Atendimento de Urgência e Emergência na Estratégia Saúde da Família.

Nas considerações finais são feitas argumentações críticas sobre a temática e os achados da pesquisa direta como contribuições para a melhoria assistencial da população,

sob ampliação e efetividade da rede de atenção às urgências e emergências por meio de avanços estruturais, organizativos e educacionais.

Espera-se que este estudo e seus resultados possam contribuir para a formação dos profissionais na ESF quanto à assistência e referenciamento com qualidade dos usuários do serviço sob agravos inesperados de saúde, bem como no auxílio à melhoria dos recursos necessários à execução desse cuidado.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

Urgência e emergência constituem situações que exigem atenção e ações qualificadas de assistência, mesmo sob olhares conceituais diversificados, e atendimento a essas situações, consolida a ESF como estratégia de reorganização do modelo assistencial do SUS e da atenção primária à saúde, atuando na universalidade, integralidade e descentralização dos serviços.

Entende-se que em meio às suas atividades laborais, a equipe de saúde da família pode ser surpreendida por intercorrências clínicas que comprometam gravemente o estado geral de um determinado indivíduo, exigindo, assim, o reconhecimento do agravo pelo profissional e suas intervenções prontamente efetivadas em prol da estabilização do quadro clínico do indivíduo e manutenção da vida até o atendimento em um nível de complexidade superior, sob conhecimento da rede de atenção. Acrescente-se que a população entende o profissional de saúde como qualificado e reconhece nele o potencial de solucionar seus anseios.

Caracterizada como porta de entrada para o atendimento à saúde da população adscrita em um dado território, próximo à comunidade, para atender seus anseios em saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) pode ser constantemente o primeiro contato ou referência para resolução das instabilidades clínicas e o profissional de saúde da família deve estar preparado para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las, se necessário. Logo, é inerente à equipe de saúde da família a percepção de como o cuidado aos usuários vítimas de agravos de urgência e emergência pode ser efetivado na atenção básica a fim de manter a vida desses e isentá-los de lesões adicionais.

Essa percepção pode ser considerada como um conjunto de significados doados pela intencionalidade da consciência que, para Edmund Husserl, opera sobre novas evidências experienciais no fluxo das vivências (CASTRO, 2013). Logo, a partir do momento que o indivíduo vivencia uma determinada situação, esse pode atribuir conceitos particulares a ela de forma a construir uma opinião e levantar possíveis questionamentos e ou soluções.

Dessa forma, na ESF, a percepção dos profissionais envolvidos pode acontecer pelo reconhecimento dos riscos aos quais a comunidade pode estar submetida e análise das

características sociais do território, da disponibilidade de recursos materiais, estruturais e a integralidade do serviço para este fim, bem como do processo de trabalho em urgência na equipe de saúde da família, incluindo protocolos operacionais, qualificação, competências e limitações (MELO; SILVA, 2011).

1.2 Objeto do estudo

Diante do exposto, definiu-se como objeto de estudo a percepção de profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência.

1.3 Questão norteadora

- Qual a percepção dos profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência?

1.4 Objetivos

- Caracterizar os sujeitos do estudo quanto ao sexo, idade, profissão, tempo de serviço, especialidade e número de famílias atendidas;
- Descrever a percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica, por meio das condutas adotadas, dificuldades e formas de enfrentamento;
- Analisar a percepção desses profissionais e sua relação com a qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde;
- Elaborar um manual de orientação de atendimento e referenciamento das situações mais prevalentes de urgência e emergência aos profissionais da atenção básica.

1.5 Justificativa

Diante da observância da superlotação dos serviços hospitalares e perda na qualidade da assistência nos níveis de atenção secundária devido a essa sobrecarga e agravos muitas vezes cabíveis no nível básico da assistência, bem como ter a atenção básica como parte da rede pré-hospitalar de assistência em saúde e não vivenciar sua efetividade no tocante ao atendimento dos agravos inesperados, desperta-se o interesse na

abordagem dos profissionais em saúde da família quanto às suas convicções e valores no tocante ao atendimento de urgência e emergência em seu território de ação.

Acrescem à justificativa para abordagem sobre o referido tema, a ineficiência da aplicação de manuais e protocolos de atendimento às urgências e emergência pela ESF, pela recente criação desses e/ou desconhecimento dos profissionais sobre sua existência; a falta de normalização, educação permanente, material educativo e de orientação para os profissionais.

Acredita-se que este estudo poderá fornecer subsídios aos profissionais da ESF na compreensão da relevância da efetividade da atenção básica no atendimento às vítimas de agravos em urgência e emergência para manutenção da vida da comunidade assistida e auxílio na melhoria da qualidade da assistência no nível de atenção secundária por meio de cuidado e encaminhamento mais adequados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Estratégia Saúde da Família e as redes de atenção do Sistema Único de Saúde

Considerada porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, a Unidade de Saúde da Família (USF) pode ser vista como local de fácil acesso às urgências e emergências, haja vista a proximidade e inserção de atendimento junto à comunidade, a relação equipe de saúde e usuário do serviço no conhecimento de sua história pregressa e patologias no âmbito territorial e o rápido acesso da população ao referido serviço, considerando-se o aspecto geográfico.

No entanto, a definição da ESF como nível de alta complexidade e baixa densidade ou atenção básica trouxe o pressuposto de assistência com uso de tecnologia elementar, com recursos materiais e humanos básicos e infraestrutura voltada apenas para prevenção e promoção da saúde, por meio do cumprimento dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde à saúde da criança, da mulher, do idoso e do homem, assim como por atividades educativas, nas ações sócio-político-ambientais. Dessa forma, muitos podem ver a urgência e/ ou emergência como situação inerente apenas ao serviço hospitalar.

Os conceitos pré-estabelecidos de urgência e emergência, seja pela comunidade ou pelos profissionais da saúde, podem interferir na procura ou assistencialismo. Sobre este aspecto, o conceito de urgência pode divergir em percepção e sentimento. Para os usuários do serviço, a urgência está associada à ruptura do curso de vida; para profissionais de saúde, a urgência está relacionada ao tempo, proporcional ao prognóstico do paciente; para as instituições de saúde, a urgência está orientada à perturbação da organização do serviço; e para o dicionário da língua portuguesa, urgência e emergência têm sentidos trocados ao conceito americano, tendo como urgência aquilo que não se pode esperar e emergência como agravo inesperado (BRASIL, 2006b).

A Resolução nº 1451/ 1995 do Conselho Federal de Medicina, por sua vez, conceitua urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto que emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico (BRASIL, 1995).

A urgência, ocorrência imprevista em que não ocorre risco de morte, mas o indivíduo necessita de atendimento médico imediato, pode ser caracterizada por dor torácica sem complicações respiratórias, alguns tipos de queimaduras, fraturas sem sinais de choque, vômito e diarreia, com ou sem presença de febre, abaixo de 39 °C, ou, ainda, sangramentos e ferimentos leves e moderados; Já a parada cardiorrespiratória (PCR), dor torácica acompanhada de desconforto respiratório, politraumatismo em geral, hemorragias de alta intensidade, queimaduras extensas, perda do nível de consciência, intoxicações, ferimento por arma de fogo e por arma branca, estado de choque, estado febril acima de 40°C e gestação em curso com complicações são caracterizados como emergência, constatação médica de condições de danos à saúde, que implicam risco de morte, exigindo tratamento médico imediato (SANTOS, 2008).

Acresce que o grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento, bem como inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento (BRASIL, 2006a).

Sob esse aspecto, a procura pelo serviço de emergência deve ocorrer a partir do referenciamento de pessoas ou encaminhamento médico, tornando a procura contínua nos agravos subsequentes ou em caso de necessidade. Entretanto, os usuários julgam seus problemas de saúde como merecedores de atendimento de emergência, utilizando o serviço de forma inadequada (LUDWING; BONILHA, 2003)

Observa-se uma sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas com queixas compatíveis com a atenção básica, cujos procedimentos podem ser oferecidos pela estratégia saúde da família, aumentando a demanda e congestionando o serviço hospitalar (CACCIA- BAVA et al., 2011). Novás e Zayas (2007) justificam essa elevada utilização e sobrecarga dos serviços de urgência na estrutura demográfica da população, deficiências da atenção nos consultórios, fragilidade da relação paciente-equipe de saúde, precariedade da educação da comunidade, tradição da procura pelos serviços de urgência, carência de serviço rápido e suporte tecnológico adequado.

Barros e Sá (2010) reforçam a justificativa dos autores supracitados, denunciando a relação equipe-paciente como responsável pelo aumento da demanda nos serviços de emergência das unidades hospitalares na insuficiência do acolhimento, vínculo e responsabilização com o usuário na procura por atendimento. Também apontam a não inclusão do usuário na agenda da unidade; falta de medicações na unidade básica; incapacidade de realização de exames de urgência e atendimento não prioritário pelo não

reconhecimento do caso como urgência pelos profissionais como fatores diretamente ligados à superlotação do serviço hospitalar por agravos inerentes à atenção primária.

Nessa mesma óptica, estudo realizado por Caccia-Bava et al. (2011) revelou a preferência dos usuários do SUS pelo pronto-atendimento em detrimento das USFs devido, além de parâmetros já citados, a restrições no horário de funcionamento da UBS e o julgamento de que a intercorrência poderia precisar de atendimento de urgência hospitalar.

Dessa forma, grande parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência representa agravos que poderiam ser resolvidos ambulatorialmente na atenção básica e a redução do número de atendimento hospitalar é um dos resultados assistenciais da ESF (BARROS; SÁ, 2010).

A atenção básica está inserida na rede de atenção às urgências, como componente de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados às urgências e emergências, tudo em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário, após classificação dos riscos (BRASIL, 2001). É componente primária das regiões de atenção em saúde como porta de entrada à rede de atenção em saúde, segundo o decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a lei 8.080/90 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). No entanto, para que os profissionais acolham as urgências nas unidades de saúde da família, intervenham e referenciem os casos, é necessário o seguimento de protocolos operacionais, mediante amparo legislativo. Também é necessária avaliação sistemática da realidade da comunidade, sem identificação das fragilidades e potencialidades locais na construção de intervenções em saúde e gestão adequadas, como determina o planejamento estratégico (SANTANA, 2011).

2.2 Urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família sob amparos legais

Tem-se, como subsídio legal, que a organização de redes loco regionais de atenção às urgências e emergências é composta não somente do sistema inter e pós-hospitalar, mas até a entrada nesse nível de atenção pela rede pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), tem-se o componente pré-hospitalar fixo, composto pelas UBSs e as USFs, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, bem como unidades não hospitalares de atendimento às urgências (BRASIL, 2009).

Assim, as unidades de saúde da família representam parte da rede de atendimento pré-hospitalar fixo, na qual o atendimento deverá ser realizado por profissionais competentes, qualificados e composto de recursos físicos e materiais adequados, tudo o que for essencial para estabilização do quadro dos pacientes e para evitar possíveis sequelas e até mesmo a morte (GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

A assistência pré-hospitalar fixa é caracterizada pela atenção primária a portadores de quadro agudo clínico, traumático ou psiquiátrico e deve acontecer em todo território nacional. Dessa forma, a ESF deve se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados em seu território, haja vista o conhecimento sobre a história clínica do paciente, possibilitando a readequação terapêutica dentro da disponibilidade do usuário do serviço e a unidade de saúde (BRASIL, 2002).

Paralela à assistência prestada pelos profissionais da ESF nas diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo, a Portaria nº 1020/ 2009 do Ministério da Saúde estabelece as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e as salas de estabilização como integrantes da rede pré-hospitalar fixa, a partir do acolhimento e classificação de risco e caracterizadas de acordo com a extensão da população (BRASIL, 2009).

Entretanto, a UPA é definida como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as USFs e o serviço hospitalar, compondo uma rede organizada de atenção às urgências, articulada à ESF, Atenção Básica e SAMU, fornecendo retaguarda às urgências atendidas pela atenção básica, como estabilização, observação e apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009).

A sala de estabilização, por sua vez, consiste em um espaço que deverá atender de forma articulada com a rede aos municípios distantes, isolados geograficamente ou de difícil acesso, os chamados vazios assistenciais para urgência e emergência em estabilização do paciente grave/crítico (BRASIL, 2013).

Sob essa perspectiva, configura-se a necessidade de integração das redes de atenção no atendimento às situações urgentes e emergenciais e a Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde traz a relevância da estruturação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência desde a rede pré- hospitalar à rede hospitalar de atenção terciária, na capacitação e responsabilidade de cada integrante da rede pela assistência à determinada parcela da urgência, dentro dos limites de complexidade e capacidade resolutiva de atenção (BRASIL, 2002). Porém, ao tratar da área física para atendimento das urgências, não detalha mobiliário, materiais e insumos necessários para compor o ambiente de

atendimento, tampouco estabelece as doenças de urgência e emergência de competência da atenção primária, bem como as ações protocoladas de atendimento às vítimas.

A Portaria nº 1.863/2003 do Ministério da Saúde, ao instituir a política nacional de atenção às urgências nas três esferas de gestão em todas as unidades federativas, promove o redimensionamento das redes de atenção e os mesmos princípios do SUS no atendimento de urgência e emergência, bem como construção de mapas de risco regionais e protocolos de atenção às necessidades, além de alimentação dos sistemas de informação e fomentação da educação permanente às equipes em abordagem primária (BRASIL, 2003), porém não define a assistência em protocolos operacionais padrão, permitindo oportunidades na elaboração destes dentro da realidade de cada território ou gestão.

A Política Nacional de Atenção às Urgências tem como objetivos garantir a universalidade, integralidade e equidade no atendimento às urgências, bem como na distribuição de recursos e redimensionamento das redes de atenção, desenvolvendo estratégias de promoção da qualidade de vida, construção de mapas de risco e adoção de protocolos de atenção às necessidades coletivas em saúde, para que possam, enfim, analisar os resultados das ações e serviços de urgência, alimentar o sistema de informação de atenção à saúde e fomentar ações de educação permanente às equipes quanto ao atendimento de urgência (BRASIL, 2003).

Lumer e Rodrigues (2011) enfatizam a importância da avaliação destas e outras normas para entendimento efetivo em urgência e emergência na ESF por não estarem claramente definidas e serem repletas de lacunas e contradições, o que acaba por confundir os profissionais quanto às atitudes laborais. Os autores também defendem uma melhor definição do papel da saúde da família no atendimento às urgências, de modo a diminuir a morbimortalidade da população, bem como desafogar os serviços das demais complexidades que recebem rotineiramente casos clínicos que poderiam ter sido resolvidos na atenção básica.

Acresça-se que os documentos nacionais (leis, resoluções e normas técnicas publicadas) investigados no estudo de Lumer e Rodrigues (2011), segundo os autores, repetem as propostas, não detalham as ações e agravos, assim como não concretizam a definição das responsabilidades das esferas de governo, impossibilitando a construção de protocolos que esclareçam os profissionais quanto à integralidade da assistência no sistema de atendimento, referência e contra-referência. Isso intervém a tal ponto nas condutas adotadas pelos profissionais que o usuário do serviço pode acabar vítima da própria rede de atenção, preso a um círculo vicioso de referenciamento, sem resolutividade do seu agravo.

2.3 Capacitação profissional e condutas adotadas em situações urgentes e emergenciais na Estratégia Saúde da Família

As classificações dos casos em urgentes e emergenciais constituem planos assistenciais muito subjetivos pelos profissionais se as considerações destes não forem embasadas em protocolos clínicos validados e comuns para todos, independentemente do local de ação.

Nos estudos realizados por Torres e Santana (2009), 28,8% dos profissionais de ESF entrevistados não identificaram ou identificaram incorretamente os sinais e sintomas de agravo à saúde, tendo a maioria solicitado ajuda aos colegas da equipe frente a alguma situação emergencial. A maioria dos profissionais não se sentiu preparada para atuar em situações de emergência e não dominou o conhecimento teórico-prático das urgências e emergências; metade deles não conhecia o suporte básico de vida, o que reflete a necessidade de maiores investimentos na ESF pelos gestores e de capacitação dos profissionais da equipe, sobretudo para técnicos e agentes comunitários de saúde, bem como o estabelecimento de protocolos de atenção.

Em pesquisa com médicos e enfermeiros da ESF sobre suas capacidades em atender urgências e emergências no seu local de trabalho, Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) encontraram divergências entre o que estes profissionais referem saber e o que realmente sabem, reforçando a ideia de educação permanente. Neste estudo, equipes não estão adequadamente preparadas para atendimento de urgência e emergência, embora o vivenciando; os profissionais afirmaram ser aptos a reconhecer os níveis de urgência e emergência e consideraram adequadas suas ações, mas não as descreveram corretamente, nem conhecem a política nacional de atenção às urgências. Relataram ainda a carência de recursos materiais necessários ao atendimento de urgência nas unidades bem como atividades educativas nesse sentido.

Lima et al. (2009) reforçam os estudos supracitados relacionando a precariedade do serviço de atendimento de urgência na ESF pelos profissionais envolvidos à baixa capacitação destes, bem como baixa infraestrutura das unidades básicas de saúde e carência de recursos humanos e materiais/ insumos.

O despreparo dos profissionais de ESF frente às situações de urgência é considerado um fator crítico para a saúde pública e que investimentos nas ações de infraestrutura e equipe são cruciais para aprimoramento dos cuidados na abordagem primária do indivíduo e bem-estar da comunidade (TORRES; SANTANA, 2009), uma vez

que a precariedade da assistência às situações urgentes e emergenciais pode refletir na ineficácia e ineficiência do atendimento primário à saúde, além da inviabilização ou referenciamento inadequado a outros níveis de atenção, acarretando superlotação e diminuição da qualidade destes serviços.

Com a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e de Gestão do SUS, foram estabelecidos protocolos de atendimento em emergência baseados no acolhimento e na classificação de risco e protocolo com avaliação clínica, cardiorrespiratória, neurológica e mental (BRASIL, 2004). Roncato, Roxo e Benites (2012) seguiram essa linha de ação e adaptaram um protocolo de triagem com classificação de risco criado para uso exclusivo da ESF, testado e aprovado em seus estudos e com ótica centrada no usuário, sem seguir critérios de avaliação burocráticos e necessitar exclusivamente de avaliação médica.

Tem-se, contudo, a importância da educação permanente, que muda as concepções e práticas de capacitação dos trabalhadores da saúde, pois além de incorporar o ensino e o aprendizado ao cotidiano das organizações, trabalho e práticas e de modificar as estratégias educativas por meio de problematizações, promove interação de todos os membros da equipe, amplia a práxis extra-muro e torna os profissionais reflexivos identificadores de problemas e solucionadores de conflitos (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente tem suas bases na interdisciplinaridade, transformação do saber e ações focadas no ensino dentro das práticas técnicas e sociais do trabalho, em meio às particularidades de cada equipe e suas necessidades de formação, fortalecendo os profissionais quanto à apropriação do conhecimento e resolutividade dos problemas, integralizando a saúde (PEIXOTO et al. 2013).

2.4 Considerações sobre percepção e sua representatividade no atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família

Modo desconstrutivo de enfrentar os acontecimentos, a fenomenologia é caracterizada pela compreensão da vivência e expressividade do fenômeno, desligada dos conhecimentos já produzidos e que geraram reflexões ou teorias, dando-se por meio do sentido e da significatividade particular de cada evento ao qual o sujeito foi apresentado (SEIBT, 2012).

Dentro da fundamentação fenomenológica, tem-se destaque a percepção como resultante da compreensão do fenômeno. Ela advém de um fluxo de vivências, estendida ao longo do tempo, no qual as experiências passadas formam retenções perceptivas que se fundem ao presente à medida que novos fenômenos complementares surgem, intensificando as definições ou formando novas opiniões, mas sempre com pretensões futuras (CASTRO, 2013).

É estabelecida pelas sensações e por um entendimento dos conceitos que, por sua vez, está relacionado ao conhecimento e imaginação em proporção à aplicação do fenômeno. Esse entendimento fornece conceitos dependentes da intuição e é despertado pela imaginação e sua liberdade (CARVALHO, 2010).

Edmund Husserl defende a percepção na descrição fenomenológica da vivência, especialmente as intencionais cognitivas: o ter a vivência de algo para atribuir suas acepções, permitindo a distinção de ações que se dirigem a um mesmo fenômeno, mas por meio de consciências diferentes, que saibam individualizar o perceber e o recordar, bem como caracterizar a experiência perceptiva de um fenômeno e outro, determinando como esse é visto (BARRETTA, 2010)

Gödel atribui ainda à percepção o caráter não subjetivo, ou seja, aquele em que o meio força impressões verdadeiras sobre os indivíduos no que concerne a um estímulo sensível ou sensorial e faz uma analogia à percepção racional, que estabelece uma relação entre conceitos, fatos ou verdades por meio da compreensão (SCHULTZ, 2012). Logo, um acontecimento, ser ou objeto pode ter valores ou definições distintos ou até mesmo iguais para diferentes indivíduos, dependendo de como esses estímulos se apresentam sensorialmente por meio dos órgãos do sentido (visão, audição, olfato, tato, paladar) ou como são compreendidos abstrativamente, dentro das inter-relações das duas formas de perceber.

O corpo exerce papel fundamental na percepção, pois os significados atribuídos ao estímulo são captados pelos sentidos que biologicamente o sujeito dispõe. Para Aggio (2007), o corpo representa a causa material da percepção, porém esta não pode ser reduzida ao fisiológico e, por isso, considera-se a alma como causa formal do processo perceptivo, o que constitui a atividade de perceber como o movimento da alma através do corpo.

Hunter (2007) acrescenta, assim, que o indivíduo projeta suas opiniões sobre o mundo que vê e enxerga sua versão particular do que há neste mundo, bem como interpreta o que observa pela síntese projetada, muitas vezes sem observar oportunidades ou outras possibilidades, ou seja, somente se relaciona com sua interpretação e com sua explicação

daquilo que vê. Segundo o autor, aquilo que o sujeito vê, portanto, é sempre sua interpretação, e não a verdade absoluta, interpretação essa baseada naquilo que ele aprendeu e, assim, cada indivíduo vai formando a “sua verdade”, a verdade particular das coisas. Logo, não se descreve o mundo que se vê, vê-se o mundo que se descreve e é importante compreender essa forma de percepção, pois as ações individuais são sempre respostas à interpretação dos acontecimentos; é o próprio indivíduo que determina como o mundo aparece para ele (HUNTER, 2007).

No que concerne ao trabalho científico, o pesquisador pode apresentar uma interrogação sobre determinada temática ou fenômeno, trazendo consigo apenas uma reflexão preexistente sobre o fato marcante que ocasione uma pergunta principal: é a inquietação sobre o fenômeno (BOEMER, 1994). Para a autora, há que se descobrir os significados e percepções diversas, desenvolvendo compreensão e explorando o fenômeno, de acordo com a experiência do sujeito que vivencia ou vivenciou o fenômeno, usualmente por meio de uma entrevista.

Dessa forma, o modo como as urgências e emergências se apresentam à unidade da ESF, pode atribuir significados diferentes aos profissionais, membros da equipe, sobre a assistência a ser prestada, de acordo com as experiências que adquiriram no decorrer de suas atividades laborais e o contexto socioeconômico e cultural nos quais estão inseridos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, aquele que segundo Gil (2002) busca o levantamento de opiniões e atitudes de um grupo sobre determinada temática, com abordagem qualitativa, por envolver a capacidade de interpretar as particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos, como suas aspirações, crenças e valores, correspondendo a fenômenos dentro das relações humanas que não podem ser percebidos e captados por meio de equações, médias e estatísticas (MINAYO et al., 2005).

O referido tipo de abordagem pode ser ainda definido, conforme Chizzotti (2008), como uma relação dinâmica entre a objetividade do mundo real e a subjetividade do sujeito, que se torna parte integrante do processo de conhecimento, interpretando os acontecimentos e atribuindo-lhes significados conforme vivenciam de forma ativa, por serem capazes de elaborar conhecimentos e produzir práticas que auxiliam na intervenção dos problemas que identificam.

Para tanto, a pesquisa qualitativa deve ser coerente e, ao mesmo tempo, consistente ao tratar da subjetividade dos participantes do estudo, dentro do aporte metodológico de construção, análise e discussão dos dados, bem como respeito aos princípios éticos (BOSI, 2012). A referida autora destaca ainda a reflexividade como princípio fundamental de construção do estudo, ou seja, durante a discussão dos resultados encontrados, deve perdurar sempre a autocrítica do pesquisador e a dialética, em busca das construções intersubjetivas das relações sociais.

Desse modo, tomando como base as vivências dos profissionais da estratégia saúde da família no decorrer de suas atividades laborais, foi possível delinear os depoimentos e julgamentos particulares sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção primária, colocando em pauta os achados comuns e discutindo a relação entre as declarações e os aspectos teórico-operacionais das ações envolvidas pelos sujeitos em seu território.

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em todas as USFs, UBSs e centros de saúde onde atendem as equipes de ESF, localizadas na zona urbana da região sudeste da cidade de Teresina- PI, área de constante expansão demográfica, caracterizada pelo crescimento populacional ativo, bem como crescente demanda por serviços de saúde, compostos, na região, de rede de atenção primária e rede hospitalar (urgência e emergência, centro cirúrgico e maternidade).

Os referidos centros de saúde, UBSs e USFs, foram selecionados conforme cadastro e registro especificado na relação das unidades e centros de saúde da diretoria regional de saúde leste/sudeste de Teresina- PI, no ano de 2013, totalizando 15 estabelecimentos: 3 unidades de saúde da família, 5 unidades básicas de saúde e 7 centros de saúde.

3.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte do estudo 70 profissionais, sendo 36 médicos e 34 enfermeiros das equipes de ESF da região sudeste do município de Teresina- PI, por estarem à frente das decisões inerentes às ações de atendimento na atenção primária.

Os participantes convidados para o estudo constituíram as 46 equipes de ESF que compõem as 15 unidades e centros de saúde da zona sudeste de Teresina- PI, escolhidos, a princípio, por ordem numérica e, posteriormente, por ordem aleatória de cadastro das unidades, com relação das instituições cedida pela diretoria regional de saúde leste-sudeste. A escolha por ordem aleatória após início da coleta de dados se deu pela ausência de profissionais por motivos pessoais, reuniões fora da unidade, bem como visitas domiciliares ou preferência dos profissionais por agendamento prévio para tratar do assunto. A quantidade dos participantes seria definida, mais precisamente, mediante a saturação das respostas, como determina uma pesquisa qualitativa (MINAYO, et al., 2005), ou seja, quando as ideias começarem a se repetir, as entrevistas serão encerradas e um número de sujeitos para o estudo será devidamente estabelecido. No entanto, a variação das respostas possibilitou a não saturação do número de sujeitos da pesquisa.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram inclusos no estudo, até o encerramento de toda a coleta de dados, Médicos e Enfermeiros efetivos em equipes de saúde da família devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), com mais de um semestre de experiência profissional, tempo considerado razoável para familiarização com a rotina e ambiente do serviço.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo aqueles profissionais com contrato temporário ou vínculos empregatícios de outra natureza à efetivação do cargo; tempo de trabalho inferior a 6 meses; outros membros da equipe de saúde da família de cargo contrário aos propostos como sujeitos de estudo; profissionais que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido; profissionais que estavam de férias ou licença médica, assim como aqueles não encontrados no local de trabalho durante todo o período de coleta de dados.

3.3.3 Risco

Os riscos aos quais os participantes do estudo foram submetidos consistiram em possível constrangimento ou desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou simplesmente em responder algumas perguntas durante a entrevista. Esse risco foi atenuado ou revertido com a privacidade no momento da entrevista, explicação da proposta e finalidade do estudo e garantia da confidencialidade das informações.

3.3.4 Benefício

O benefício da participação dos sujeitos do estudo será a publicação científica da pesquisa e a produção de um manual de orientação de atendimento e referenciamento às urgências e emergências mais prevalentes na ESF, com base nos aspectos legais e operacionais vigentes no país.

3.4 Coleta de dados

O período para realização da coleta de dados deu-se do dia 16 de outubro a 25 de novembro de 2013, nos turnos manhã, das 8 às 12 horas, e tarde, das 14 às 17 horas, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Uninovafapi.

Primeiramente, todas as unidades foram contatadas por telefone para explanação do propósito da visita, planejamento da mesma, assim como pedido de ponto de referência para localização. A seguir, foi elaborado um cronograma com dias e horários de visita para cada estabelecimento de saúde, mas não houve dias nem horários fixos devido a faltas e atrasos de muitos profissionais. Além disso, muitos profissionais reagendaram a pesquisa, exigindo retorno ao local mais de uma vez e muitas equipes de saúde da família estavam dispersas na comunidade, o que dificultou a localização.

3.5 Produção dos dados

Para produção dos dados, foi utilizada como técnica de pesquisa a entrevista, na qual, segundo Gil (2002), o entrevistador fica frente a frente com o sujeito do estudo, num jogo respectivo de perguntas e respostas, onde se torna possível obter informações sobre o que o entrevistado pensa, sente, crê, espera, deseja, sabe, pretende fazer, faz ou fez, assim como acerca de suas explicações ou razões para suas opiniões, tudo por meio de pontos de interesse que vão se relacionando e sendo explorados ao longo do discurso do sujeito do estudo.

O instrumento utilizado consistiu em um roteiro semi-estruturado com 12 perguntas, sendo 7 inerentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa e 5 questionamentos diretamente relacionados à temática abordada (apêndice B), elaborados pessoalmente com base nos objetivos propostos nesse estudo. As respostas foram devidamente registradas por meio de gravador de áudio particular e, ao final de cada dia, transferidos para o computador e digitadas na íntegra.

Para a realização da entrevista, foi feito um contato prévio com as unidades ou centros de saúde, por telefone, a fim de obter informações sobre os dias e horários de atendimento das equipes às famílias no local. Dessa forma, a abordagem prévia para convite de participação da pesquisa e entrevista se deu individualmente antes e ao final do

expediente de trabalho, em sala reservada do próprio atendimento do profissional na unidade ou conforme dia ou horário de maior disponibilidade do sujeito da pesquisa no local de trabalho para sua melhor participação, mediante agendamento.

3.6 Processamento dos dados

O processamento dos dados textuais concedidos na entrevista durante a coleta de dados foi realizado por meio do *software* IRAMUTEQ 2013® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud. Para Camargo e Justo (2013), esse *software* pode ser caracterizado como método de análise textual tão ou mais sofisticado que o *software* ALCESTE 4.8® (Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segmento de Texte).

O ALCESTE® permite analisar quantitativa e automaticamente entrevistas, perguntas abertas de pesquisas socioeconômicas, dentre outros, extraindo destas as estruturas mais expressivas sob análise de vocabulário, oposições entre as palavras, segmentos repetidos, cruzamento de variáveis e elementos simples do texto e valorizando a qualidade do fenômeno como indicador de interesse científico (CAMARGO, 2005).

O *software* IRAMUTEQ®, por sua vez, utiliza, além do mesmo algoritmo do ALCESTE® de classificação hierárquica descendente de palavras em frequência e qui-quadrado, a análise de similitude e a nuvem de palavras, possibilitando análises textuais variadas por meio de distribuição didática de vocábulos (CAMARGO E JUSTO, 2013). O método de análise textual escolhido para o presente estudo, dentre os apresentados pelo IRAMUTEQ®, é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

3.7 Análise dos dados

Como a pesquisa foi feita com base nas respostas às perguntas abertas dos sujeitos da pesquisa, cada resposta compõe uma unidade de contexto inicial (UCI), cujo tema é único e central. Após o programa reconhecer as unidades iniciais, houve uma divisão em contexto elementar (UCE), que são segmentos de texto das respostas dos participantes do estudo aos questionamentos feitos com vocabulários semelhantes entre si e diferentes entre as demais classes de unidades de contexto iniciais, a classificação hierárquica descendente (REINERT, 1998).

Para a CHD dos dados, as respostas correspondentes a cada participante da pesquisa foram formatadas em um único texto, chamado *corpus*, identificado por variáveis codificadas de caracterização do sujeito do estudo (número do participante, idade, sexo, profissão e tempo de serviço) e repleto de especificações de elaboração, segundo orientações do próprio *software* (RATINAUD, 2009). O mesmo autor infere que reformata as UCIs em UCEs, identificando a frequência desses vocábulos em porcentagem e qui-quadrado (χ^2) ou nível de significância e dividindo vocábulos comuns em classes interligadas para serem colocadas em discussão.

Dessa forma, o *corpus* de análise ou a UCI foi composto por 70 entrevistas transcritas na íntegra, individualmente codificadas pelo número de ordem pela variável sujeito (suj), seguida das variáveis idade (ida), sexo (sex), profissão (pro) e tempo de serviço (ser). A variável sujeito (suj) foi codificada de 1 a 70, respeitando a ordem em que as entrevistas apareceram; a variável idade (ida) foi codificada de 1 a 5, para faixas etárias entre 20 e 30 anos, 31 e 40, 41 e 50, 51 e 60 a maiores de 60 anos de idade, respectivamente. A codificação para sexo foi de 1 para o sexo masculino e 2 para o sexo feminino; a mesma forma de codificação foi dada para a profissão: 1 para médico (a) e 2 para enfermeiro (a). E a codificação para o tempo de serviço em ESF foi dado em uma janela de 1 a 6 para tempo inferior a 1 ano, entre 1 e 3 anos, 4 e 6, 7 e 9, 10 e 12 a tempo superior a 12 anos de trabalho na área.

O *software* IRAMUTEQ® dividiu o *corpus* do estudo em 1188 segmentos de texto longos, as UCEs e 878 segmentos de classes, que culminaram em 5 classes (formadas por UCEs com mesmo vocábulo), perfazendo um total de 73, 91% de material considerado satisfatório pelo programa para análise na CHD.

Os dados encontrados na CHD revelaram 5 classes semânticas interligadas que possibilitaram a análise da percepção dos profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência e a distribuição e frequência das classes e vocábulos em porcentagem e qui-quadrado (χ^2), segundo os arquivos de Dendograma (para as classes) e Rapport (para os vocábulos). Outro arquivo, o Profiles, permitiu a associação dos vocábulos em ordem decrescente de significância com os dados fornecidos pelo Rapport.

Dessa forma, foi elaborado um organograma com a distribuição de classes em cores, porcentagem e χ^2 fornecida pelo Dendograma, associada a uma titulação para cada classe de acordo com os 20 vocábulos e variáveis comuns pertencentes e mais significativos, trazidos do Profiles e Rapport, com frequência e χ^2 próprios. Tal

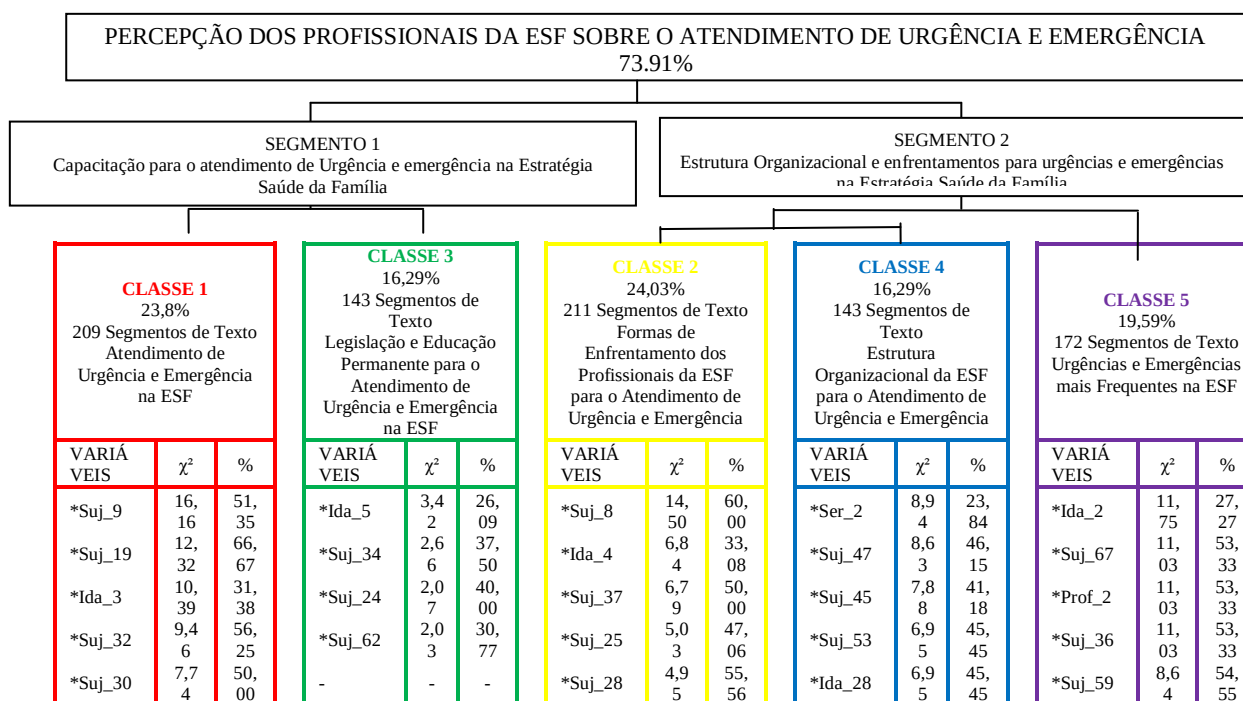
organograma encontra-se representado nas figuras 1 e 2 para descrição de seu conteúdo, sob análise da esquerda para direita, como orienta o *software*.

3.8 Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa foi apreciada pela Comissão de Pesquisa da Diretoria de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde (FMS) do município de Teresina-PI (anexo A) e, em seguida, munida das documentações necessárias, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética- CAAE nº 20688713.7.0000.5210 (anexo B).

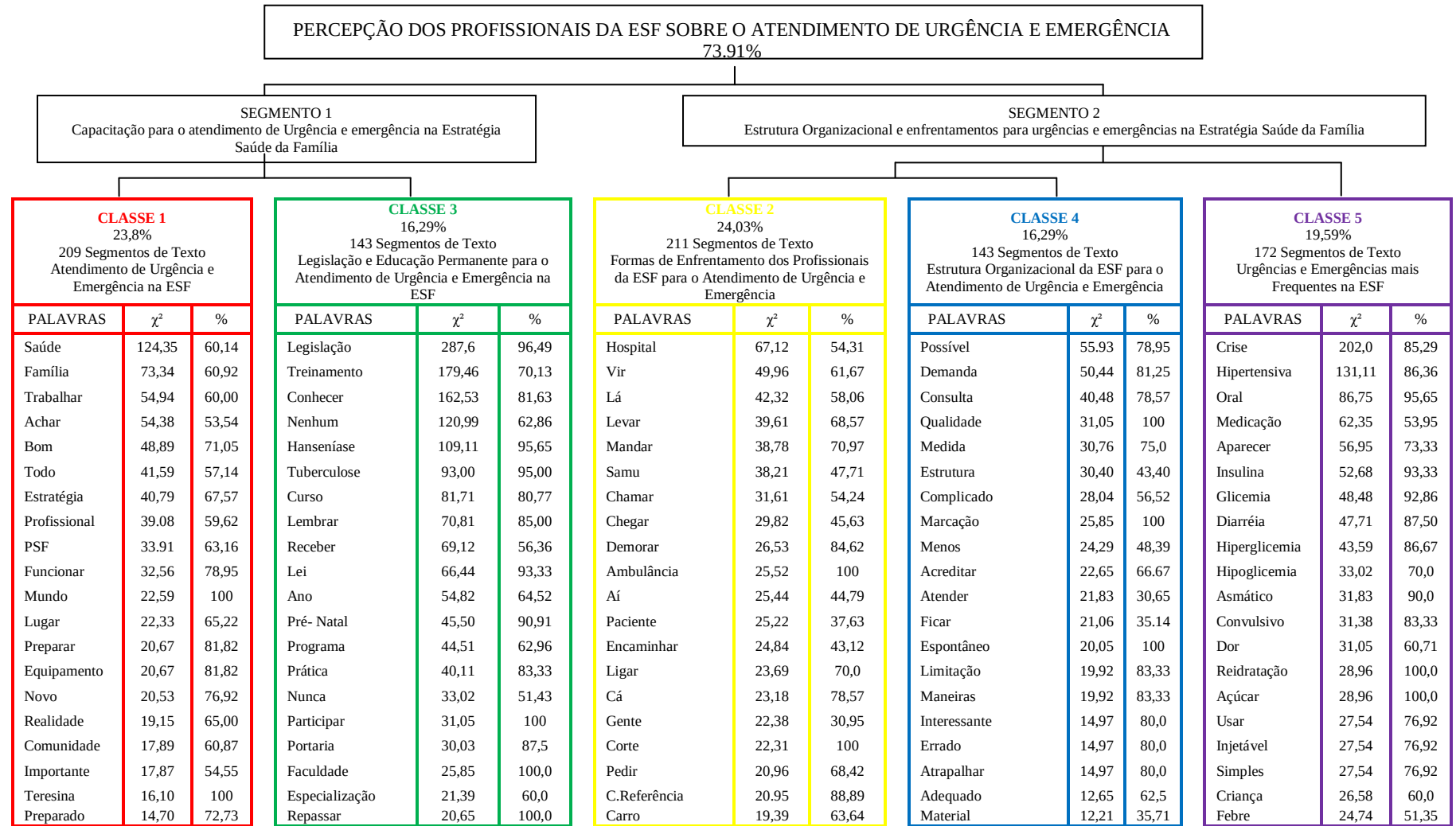
Após aprovação das instituições envolvidas no andamento da pesquisa, todos os participantes que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), o qual trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo a confidencialidade das respostas, segundo a Resolução nº 466/ 2012 (BRASIL, 2012).

Figura 1 - Distribuição das variáveis da pesquisa Percepção dos Profissionais da ESF sobre o Atendimento de Urgência e Emergência em Classes de Segmentos de Texto, Segundo o Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD).



Fonte: Relatório IRAMUTEQ, 2013.

Figura 2 - Percepção dos Profissionais da ESF sobre o Atendimento de Urgência e Emergência em Classes de Segmentos de Texto, Segundo o Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD).



Fonte: Relatório IRAMUTEQ, 2013.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Manuscrito 1

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA¹

PERCEPTION OF PROFESSIONALS OF THE FAMILY'S HEALTH STRATEGY ABOUT THE URGENCY AND EMERGENCY RECEPTION

Thais Alexandre de Oliveira²
Gerardo Vasconcelos Mesquita³
Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle⁴
Maria Eliete Batista Moura⁵
Fabricio Ibiapina Tapety⁶

Resumo A rede de atenção às urgências e emergências tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) mais próxima à comunidade no atendimento às instabilidades clínicas e os profissionais envolvidos devem estar preparados para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las. Sob esta perspectiva, este estudo teve como objeto a percepção de profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência e objetivou caracterizar esses profissionais, bem como descrever e analisar suas percepções e elaborar um manual de orientação de atendimento e referenciamento de urgência e emergência aos profissionais da atenção básica. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa com 36 médicos e 34 enfermeiros de ESFs da zona sudeste de Teresina- PI, por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado. Os depoimentos foram processados pelo *software* IRAMUTEQ® e os resultados evidenciaram baixa efetividade da rede de atenção às urgências e emergências pelo desconhecimento e o despreparo dos profissionais quanto ao atendimento, bem como pela deficiência de recursos físicos e materiais. É imperativa a

¹Trabalho de conclusão de mestrado do Programa de Pós- Graduação Mestrado Profissional Saúde da Família- Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas de Piauí- UNINOVAFAPI.

² Enfermeira; Tecnóloga em Radiologia. Mestranda em Saúde da Família e docente do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: thaisaleoli@yahoo.com.br

³Médico. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Docente da graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário- UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: gvmesquita@uol.com.br

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Professora da Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: andreiarcmvalle@hotmail.com

⁵Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa– Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: mestradosaudefamilia@uninovafapi.edu.br

⁶Odontologista. Doutor em Reabilitação Oral(NiigataUniversity/Japan). Pós-doutor em Implantodontia (Johannes Gutenberg University em Mainz/Alemanha). Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário- UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: ftapety@novafapi.com.br.

adoção de políticas públicas que visem o cumprimento legal e a otimização do acolhimento dos pacientes em urgência e emergência na atenção básica, a fim de concretizar a participação da ESF nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) na melhoria assistencial da população.

Palavras- Chave: percepção; saúde da família; urgência; emergência.

Abstract The network of urgency and emergency attention has the Family Health Strategy (FHS/ ESF) closest to the community in the clinical instabilities care and the team professionals involved must be prepared to recognize them, stabilize them and/ or reference them. From this perspective, this study had as object the perception professionals of the ESF about the urgency and emergency care and objectived characterizing these professionals, as well as describing and analyzing your perceptions and prepares a guidance manual about reception and referencement of urgency and emergency to professionals of basic attention. This is a descriptive study with a qualitative approach with 36 doctors and 34 nurses from the ESF southeast area of Teresina -PI to through a interview with semi - structured script. The reports were processed by IRAMUTEQ ® software and the results showed low effectiveness of urgency and emergency attention network for the ignorance and the lack of professionals with the care, as well as by the physical and material resources deficiency. It is imperative the adoption of public policies that address legal compliance and optimize the reception of patients in emergency care in primary care in order to achieve the participation of the ESF in the Unified Health System's (SUS) attention networks in improving the population welfare.

Key words: perception; family's health; urgency; emergency.

Introdução

A atenção básica está inserida na rede de atenção às urgências como componente de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados até a transferência a outros pontos de atenção, se necessário, após classificação dos riscos¹. É componente primário de atenção em saúde como porta de entrada a essa rede, segundo o decreto nº 7.508/ 2011, que regulamenta a lei 8.080/90 do Ministério da Saúde (MS)², componente pré-hospitalar fixo, que abrange as unidades básicas de saúde e saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, bem como unidades não hospitalares de atendimento às urgências³.

Assim, a ESF deve acolher pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados em seu território, cuja história clínica já é conhecida, possibilitando a readequação terapêutica dentro da disponibilidade do usuário do serviço e a unidade de saúde⁴. Porém, há uma divergência de percepção e sentimento sobre as urgências e emergências, pois para seus usuários, pode associar-se à ruptura do curso de vida; para profissionais, está relacionada ao tempo, proporcional ao prognóstico do paciente; e para as instituições de saúde, está voltada à perturbação da organização do serviço⁵.

Sob entendimentos diversos, observa-se sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas com queixas compatíveis com a atenção básica⁶. Isso é justificado pela relação equipe-paciente na insuficiência do acolhimento, vínculo e responsabilização com o usuário, além da não inclusão desse na agenda de atendimento, falta de medicações, incapacidade de realização de exames de urgência e atendimento não prioritário pelo não reconhecimento do caso como urgência pelos profissionais⁷.

Enfatiza-se, então, a importância da avaliação de normas para atendimento efetivo das intercorrências na ESF, assim como melhor definição de seu papel nessa rede de atenção por serem repletas de lacunas e contradições, o que acaba por confundir as equipes quanto suas atitudes⁸. Assim, despertou-se o interesse na abordagem dos profissionais da ESF quanto às suas convicções e valores no tocante ao atendimento de urgência e emergência em seu território de ação.

Diante do exposto, foi definido como objeto de estudo a percepção de profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência e, para nortear essa investigação, foram traçados os seguintes objetivos: caracterizar os sujeitos do estudo quanto ao sexo, idade, profissão, tempo de serviço, especialidade e número de famílias atendidas; descrever a percepção de profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica, por meio das condutas adotadas, dificuldades e formas de enfrentamento; analisar a percepção desses profissionais e sua relação com a qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde; e elaborar um manual de orientação de atendimento e referenciamento de urgência e emergência aos profissionais da atenção básica.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 46 equipes de todas as 15 unidades e centros de saúde da zona urbana da região sudeste da cidade de Teresina- PI, cadastradas na diretoria regional de saúde leste/ sudeste no ano de 2013, onde atendem as equipes de ESF, área de constante expansão demográfica, caracterizada pelo crescimento populacional ativo, bem como crescente demanda por serviços de saúde.

Fizeram parte do estudo 70 profissionais, 36 médicos e 34 enfermeiros efetivos das equipes de ESF da referida região, por estarem à frente das decisões inerentes às ações de atendimento na atenção básica, com visitas de acordo com a disponibilidade e pré-agendamento. A coleta de dados ocorreu no período de 16 de outubro a 25 de novembro de

2013, nos turnos manhã e tarde. Utilizou-se entrevista com roteiro semi-estruturado, cujas respostas foram registradas por meio de gravador de áudio particular e digitadas na íntegra.

O processamento dos dados textuais concedidos na entrevista durante a coleta de dados foi realizado através do *software* IRAMUTEQ 2013® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), utilizando a técnica de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de classes semânticas interligadas de palavras em frequência (porcentagem) e qui-quadrado ou nível de significância (χ^2) para a análise dos dados⁹.

Esta pesquisa foi apreciada pela Comissão de Pesquisa da Diretoria de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-PI e, em seguida, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Todos os participantes do estudo assinaram e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo a confidencialidade das respostas, segundo a Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

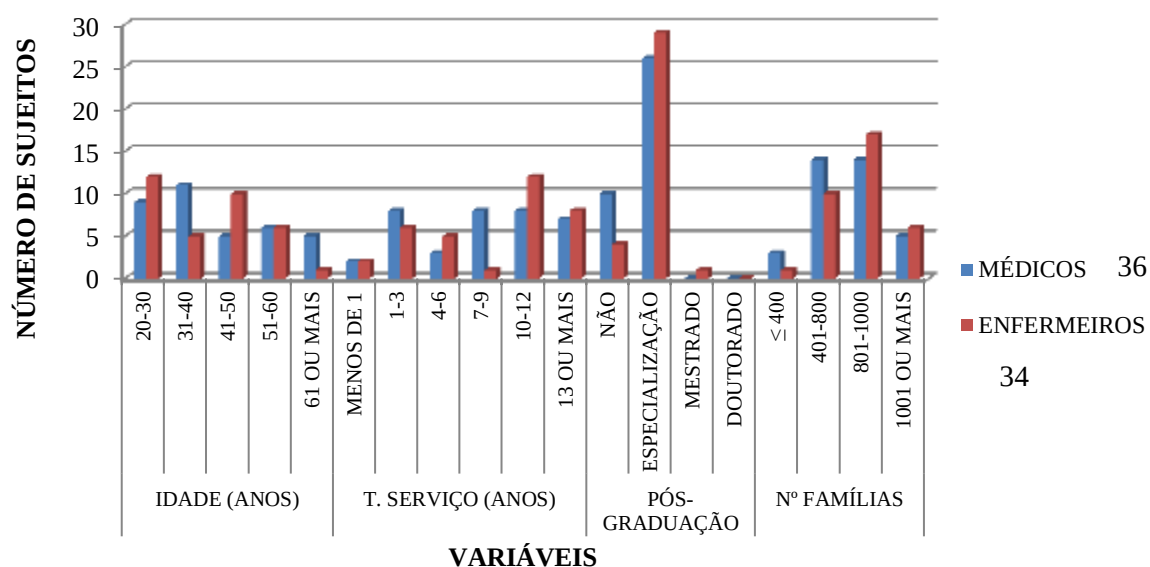
Resultados

Para caracterização dos sujeitos de estudo, segundo a análise de CHD do *software* IRAMUTEQ®, foram estabelecidas as variáveis de sexo, idade, profissão e tempo de serviço, codificadas numericamente sob intervalos de classe nominal ou numérica. No entanto, outras variáveis não processadas foram relevantes para o estudo, como pós-graduação e número de famílias atendidas (Gráfico 1).

Dos 70 entrevistados, 36 eram médicos (51%) e 34 enfermeiros (49%), proporcionalidade que melhor equilibrou a discussão dos achados. Em relação à variável sexo, 21 (30%) eram homens e 49 (70%) mulheres, o que inferiu na identificação feminina com a proposta da ESF em trabalhar o processo organizacional e sistemático de acompanhamento e fortalecimento dos vínculos com as famílias.

Segundo a idade, 24 profissionais (34%) pertenciam à faixa etária entre 20 e 30anos; 15 (21%) entre 31 e 40 anos; 13 (19%) entre 41 e 50 anos; 12 (17%) entre 51 e 60 anos e 5 (9%) possuíam mais de 60 anos de idade, revelando a grande procura pelo trabalho na ESF ainda no início da carreira profissional.

Gráfico 1 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo as variáveis idade, tempo de serviço, pós-graduação e número de famílias atendidas. Teresina- PI, 2013.



Fonte: Relatório IRAMUTEC®, 2013.

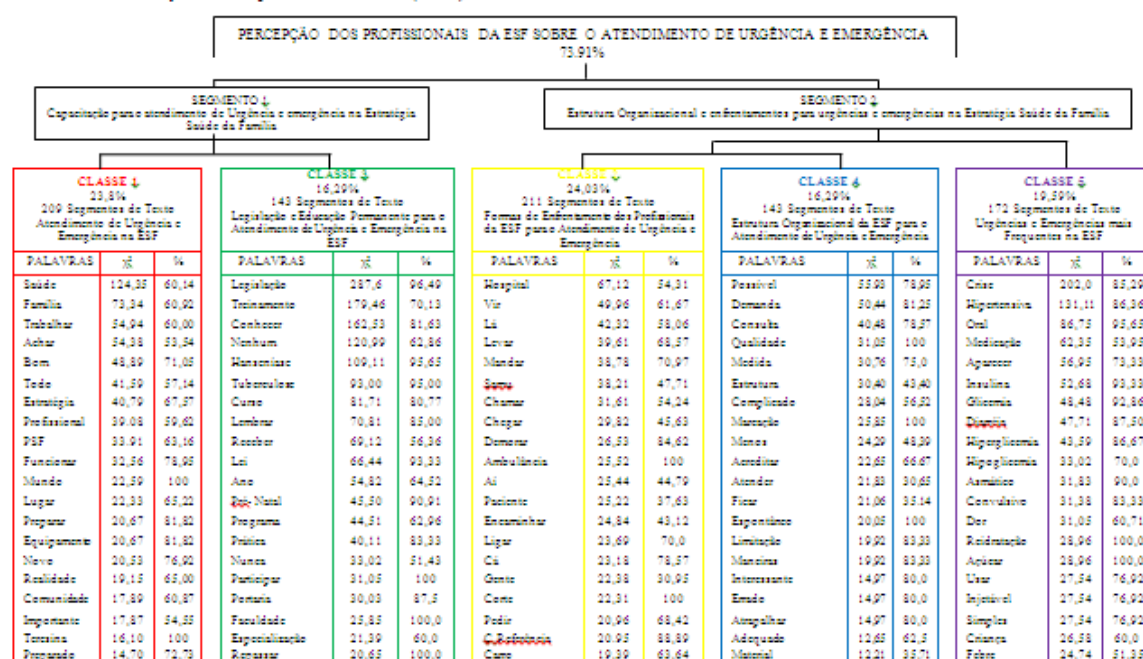
Sobre tempo de serviço, 3 profissionais (4%) estavam a menos de 1 ano na ESF; 15 (21%) entre 1 e 3 anos; 8 (12%) entre 4 e 6 anos; 9 (13%) entre 7 e 9 anos; 20 (29%) entre 10 e 12 anos; e 15 (21%) trabalhavam há mais de 12 anos em saúde da família. Destaca-se a larga experiência e vivência dos participantes na ESF, quesito fundamental na busca da percepção dos mesmos sobre o atendimento de urgência e emergência em sua rotina laboral.

Quanto à pós-graduação, 14 profissionais (20%) não a possuíam; 55 (78,6%) eram especialistas, com uma ou mais especializações; 1 profissional (1,4%) possuía mestrado e nenhum dos entrevistados tinha doutorado. Das especialidades dos sujeitos do estudo, estas cumulativas em até 5 por participante, 15 eram saúde pública, 27 saúde da família, 4 urgência e emergência e 53 abrangiam outras especialidades como docência superior, pediatria, ginecologia, cirurgia, medicina e enfermagem do trabalho, UTI, ginecologia, obstetrícia, administração e auditoria dos serviços de saúde, clínica médica, nefrologia, cardiologia, hemoterapia, infectologia, endocrinologia, educação em saúde, perícia médica, medicina do tráfego, oncologia e enfermagem materno-infantil. A variedade nas especialidades revela teoricamente a aptidão dos sujeitos na resolutividade de determinadas ocorrências na ESF. Entretanto, nem todas estão voltadas para o atendimento em urgência e emergência, interferindo nas ações inerentes às situações imediatistas e tomadas rápidas de decisões.

Outro fator agravante que pode ser colocado em pauta é o número de famílias atendidas pelas equipes de ESF, com maior representatividade no acompanhamento de 800 a 1000 (mil) famílias para cada equipe. Considerando uma família composta por até 5 pessoas, o número de indivíduos a serem atendidos sobe para, em média, 5 mil. Esse atendimento inclui desde o ambulatorial às reuniões, palestras educativas, visitas domiciliares e atendimento às urgências e emergências.

Em relação à análise das entrevistas, a CHD permitiu a distribuição das palavras em 5 classes semanticamente interligadas, perfazendo 73,91% de material considerado satisfatório para descrição e análise das percepções (Figura 1).

Figura 1 - Percepção dos Profissionais da ESF sobre o Atendimento de Urgência e Emergência em Classes de Segmentos de Texto, Segundo o Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD).



Fonte: Relatório IRAMUTEQ, 2013.

Discussão

Classe 1 - Atendimento de Urgência e Emergência na ESF

Constituída por 209 segmentos de texto, 23,8% das UCEs na categoria, a classe 1 está diretamente relacionada à classe 3 e associada à classe 5. Nessa classe, vocábulos como *bom*, *funcionar*, *lugar*, *equipamento*, *realidade*, *comunidade*, *importante* e *preparo* representam o atendimento de urgência e emergência na ESF e mostram que os profissionais o percebem como bom e importante, mas que para ser efetivado com qualidade, necessita desde carga horária adequada, a boa estrutura física da unidade, materiais, equipamentos e preparo da equipe.

[...] pra um PSF funcionar de uma forma que também contemplasse a urgência e a emergência junto com o atendimento eletivo, com integralidade só no ambiente maravilhoso das 40 horas e que eu acho que funcionaria se pagasse bem. Só que a gente nem tem condição de fazer isso porque pros PSFs aqui de Teresina funcionarem, eles teriam literalmente que dobrar o número de unidades básicas de saúde construídas porque não tem lugar pra fazer isso [...](Suj.9)

Críticas à jornada de trabalho e excesso de atribuições na ESF foram uma constante nos depoimentos dos participantes que têm, em sua realidade, atividades correspondentes a 20 horas semanais. Segundo o MS, a carga horária da equipe de ESF consiste em 40 horas semanais, com exceção da classe médica que pode assumir metade do estabelecido¹¹.

Observa-se ainda contradição quanto à estruturação das unidades. Muitas delas, recém-construídas ou em reforma, comportavam, em condições mínimas, metade das equipes para apenas um turno. É um entrave a percepção dos gestores sobre a atenção básica como detentora de ações simples, desviando o foco de que a ESF trabalha com grande complexidade, sob conhecimentos amplos e ações planejadas¹¹. Isso dificulta a implementação de políticas públicas novas, atendendo a novos paradigmas da saúde.

Se for pra eu fazer urgência e emergência na ESF, eu não posso trabalhar com as condições que eu tenho: não tenho autoclave, caixa de perfuro- cortante em todos os setores, não tem como fazer um curativo, retirar um ponto [...] eu preciso ter estrutura... Não é eu colocar o profissional e dizer que a partir de hoje ele vai fazer urgência e emergência, porque, por mais que eu tenha boa vontade, por mais que eu esteja preparada eu não vou poder resolver o problema do paciente [...] Eu acho inviável essa situação [...](Suj. 32)

O relato acima trouxe a reprodução do antagonismo entre o que é imposto ao trabalhador da saúde e o que ele realmente dispõe. Deve-se refletir quanto à sobrecarga de trabalho e falta de condições estruturais, por exemplo, para ajustar a equipe e a USF aos planos técnicos e assistenciais para qualidade dos serviços oferecidos¹².

Já os depoimentos a seguir mostram a não aceitação como percepção do desconhecimento da atenção básica como integrante das redes de atenção à saúde, bem como a preocupação com a aglutinação das ações propostas e a consequente perda da essência do trabalhar saúde da família, que visa a promoção, proteção e prevenção da saúde à população.

[...] Isso não é a filosofia do PSF. Aqui você faz é evitar que o paciente adoça e não atender urgência [...] Então assim, eu acho que essa pesquisa não tão foco com relação ao PSF; eu não vejo assim como você vê... Se mudou a política, tem que mudar muita coisa. Se precisar eu faço, mas o que precisa é que as pessoas avaliem bem e conduzam os pacientes. Então são coisas que precisam ser revistas (Suj.19)

[...] Se isso for um novo tema, tem que ser reformulado e uniformizado para casar PSF e urgência e emergência, porque não dá certo assim; você tem um mal- súbito tipo uma angina, um infarto; como você, dentro do PSF, vai realizar esse atendimento? Você vai ter que mobilizar um médico,

um enfermeiro, um técnico de enfermagem 24horas para fazer isso aí, porque a urgência e emergência evoluem de momento a momento. (Suj.10)

A Atenção Primária representa ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, individual e coletiva¹³. Todavia, busca a resolução das necessidades fundamentais do usuário ou condução dessas aos demais serviços que compõem a rede de atenção e é a atenção básica que ordena e coordena o cuidado à saúde pelo vínculo com a comunidade¹⁴. A ESF, então, vai tentar solucionar os problemas que chegaram a ela e encaminhar aqueles que exigirem maior complexidade¹⁵.

Pode contar com sala de observação, que deve funcionar nos horários de atendimento das UBSs, para atender de forma humanizada a uma primeira necessidade da população, evitando que o usuário vá diretamente para o serviço de emergência e proporcionando, simultaneamente, um ambiente familiar, com pessoas que ele conhece e confia¹⁶.

Classe 3 –Legislação e Educação Permanente para o Atendimento de Urgência e Emergência na ESF

Formada por 143 segmentos de texto, 16,29% das UCEs na categoria, a classe 3 está diretamente relacionada à classe 1 e também associada à classe 5, representando a percepção do profissional sobre legislação e educação permanente para o atendimento de urgência e emergência na ESF. Nessa classe, os vocábulos *legislação, treinamento, conhecer, nenhum, curso, lembrar, receber, prática, nunca e participar* revelam a não capacitação voltada para a temática e o desconhecimento de leis específicas.

Nessa área eu não lembro [...]. A gente sempre recebe muito treinamento e às vezes eu até brinco, quando vem a convocação de algum, dizendo: - de novo a mesma coisa! [risos] Parece que a gente ta sempre fazendo os mesmos treinamentos... Já de legislação, eu não sei nem te dizer, assim, porque eu tô meio leiga, não tô muito a par não sobre isso. (Suj. 34)

A capacidade resolutiva dos serviços de urgências na atenção básica está diretamente ligada à capacitação dos profissionais, ao suporte tecnológico e a capacidade de avaliar e tratar os casos¹⁷. Porém, na percepção dos sujeitos, os treinamentos ofertados não acrescentaram abordagens e condutas quanto às urgências e emergências, pois estão voltados para a prevenção, proteção e promoção da saúde.

Isso explica a reação alheia dos participantes ao serem abordados para explanarem suas percepções sobre tal atendimento; eles simplesmente não foram orientados, nem capacitados sobre a temática pela instituição contratante. Não obstante, infere-se a procura

escassa de novas informações sobre o assistencialismo na ESF pelos próprios profissionais, que passam a tratar o trabalho como algo imutável. A educação permanente deve ser transformadora do cotidiano dos serviços, desde a obtenção e reciclagem dos conhecimentos e práticas até o aprendizado sobre as problemáticas sócio-burocráticas do trabalho¹¹.

Em contrapartida, alguns participantes relataram ter recebido treinamentos sobre o atendimento em situações urgentes e emergenciais, mas essas informações não foram estendidas a todos de forma igualitária, comprometendo a aplicação e efetivação das condutas. Além disso, muitos participantes desconhecem a real intenção desses treinamentos e isso não é repassado a eles, tampouco perpetuado às demais equipes como novos paradigmas de atenção em saúde.

[...] o treinamento que nós recebemos foi como tratar a anafilaxia relacionada à sífilis, do uso da penicilina e aí foram faladas das condutas quanto ao um choque anafilático, da pré- eclampsia [...]. De legislação eu conheço o protocolo não só de atendimento às reações anafiláticas, como de pré-eclampsia (que nós temos um kit também) e os de urgência anti-hipertensiva. (Suj.69)

As maiores dificuldades percebidas por esses profissionais são relacionadas à capacitação; a maioria não conhece as propostas da Política Nacional de Atenção às Urgências e, na maioria das UBSs, não há atividade de Educação Permanente que trabalhe esse tema¹⁸. Sugerem-se conceitos e diferenças de urgência e emergência; acolhimento e classificação de risco; sinais e sintomas de risco; formas e locais de encaminhamento; e primeiros socorros¹⁹.

Classe 2 - Formas de Enfrentamento dos Profissionais da ESF para o Atendimento de Urgência e Emergência

Composta por 211 segmentos de texto, 24,03% das UCEs na categoria, a classe 2 está diretamente relacionada à classe 4 e constitui junto a essa última, uma subdivisão da classe 5. Os vocábulos *hospital*, *levar*, *mandar SAMU*, *chamar*, *ambulância*, *paciente*, *encaminhar*, *ligar* e *contra- referência* representados apontam a percepção do encaminhamento dos casos como padrão ouro no enfrentamento das urgências e emergências na ESF como resultado da falta de recursos e profissionais qualificados.

[...] às vezes o acompanhante tá de carro e ele mesmo leva. O paciente chega com falta de ar ou outra situação e eu não tenho o que fazer aqui, vou mandar pra o pronto- socorro. Outras vezes é a medicação, no caso de ter um edema de glote[...]; eu faço encaminhamento num receituário a punho mesmo quando o paciente tá com acompanhante e com condição de levar pro hospital [...] ou então o SAMU vem; eu só falo pra eles e eles levam [...]. (Suj. 37)

A Política Nacional de Atenção Básica prevê a realização de atividades programadas e imediatas decorrentes de demanda espontânea, porém encaminhá-las em casos de internação, mantendo a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário¹¹. A inviabilidade no atendimento e os encaminhamentos reduzem a resolutividade da atenção básica, ampliando os gastos do sistema de saúde e superlotando os hospitais que, por sua vez, também acabam não conseguindo prestar assistência qualificada¹⁸.

As percepções ainda revelam um seguimento de assistência, a prática do “jeitinho brasileiro” para solucionar algumas intercorrências:

[...] quando o paciente chega com falta de ar, às vezes eu peço pra pessoa mastigar um comprimido de corticóide pra dar uma melhorada e tal pra não chegar lá sem ter feito nada, mas nem aerossol a gente tem disponível. (Suj.2)

[...] na nossa situação, urgência e emergência são poucos os casos que a gente se depara é mais assim uma hipoglicemia... aí a gente tenta resolver dentro da atenção básica, dando água com açúcar ou um lanche [...]. (Suj.20)

Embora com as representações condenatórias de ambiguidade no descumprimento de leis, o “jeitinho” brasileiro pode ser justificado para resolução de direitos legítimos dos usuários. Nesse caso, aumenta-se e perpetua-se a reciprocidade do benefício ao outro, fortalecendo os laços de confiança e vínculo entre as partes²⁰. Entretanto, não justifica o poder público deixar de investir no serviço pelo fato de acreditar que os níveis de atenção vão sempre dar um “jeitinho” para contornar os problemas da população.

Outra forma de enfrentamento vivenciada pelos profissionais é, simplesmente, evitando que as intercorrências apareçam na unidade, ou trabalhando promoção da saúde ou orientando a comunidade a procurar o hospital de referência.

A política que eu e minha equipe temos tentando implementar é a da educação e conscientização; que a atenção básica é um nível de prevenção de doenças, de riscos. Então, são sementes que a gente vai plantando e os frutos talvez a gente só vá colher daqui a bastante tempo [...]. A gente vai tirar muito desses pacientes do quadro de urgência, mas tudo depende da educação. (Suj.7)

Geralmente a população já sabe: caso grave é hospital; e a gente orienta os agentes de saúde e a população geral com educação e que urgência e emergência primeiro é hospital. Daí se não der resolutividade, vem pro PSF, porque não tem como a gente atender uma urgência eficazmente. Emergência nem se fala. Na urgência, primeiro a gente faz avaliação médica; na emergência é direto pro hospital, nem vem por aqui. (Suj.25)

A redução das internações por situações inerentes à atenção básica tem sido expressiva com a expansão da cobertura e qualificação da ESF¹³. Entretanto, há uma dificuldade em educar a população sobre o que considerar uma urgência ou emergência,

visto o caráter imediatista de suas necessidades. É o usuário que define o que e onde procurar, segundo seu contexto social, suas experiências, condições de vida e oferta dos serviços,²¹ e ele busca mais o serviço hospitalar pela percepção de que a ESF serve apenas para o controle de sadios e não oferece exames “na hora”, pela baixa infraestrutura das UBSs; limitação de horário e demora do atendimento; não compreensão do papel do enfermeiro; e falta de confiança no médico generalista²².

Os profissionais da ESF ainda percebem como algo a ser enfrentado a efetivação da referência e contra-referência dos encaminhamentos naquelas situações em que a ESF não pode resolver, dentro das redes de atenção do SUS:

Às vezes pode até ter a referência, mas não a contra-referência. A gente só vai saber o que houve com o paciente se a gente for fazer uma visita ou se pedir pro agente de saúde chamar [...] Mas no dia-a-dia a gente também pode esquecer e se tivesse uma contra-referência, o hospital que recebesse botasse o que foi feito e mandasse para unidade de saúde seria melhor [...]. (Suj.25)

Toda rede de atenção às urgências e emergências deve estar voltada às rápidas intervenções e à responsabilidade de um acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, análise das necessidades de saúde e vulnerabilidades para resolutividade dos casos em sua completude²³.

Todavia, os protocolos voltados para a rede de atenção às urgências não descrevem como ocorre a contra-referência quando os pacientes retornam à comunidade, deixando lacunas no ciclo de atenção à saúde. Logo, um indivíduo que é referenciado a um hospital e é tratado por lá, não tem como retorno à equipe de ESF as intervenções realizadas ao longo do tratamento, nem ao menos recomendações sobre como dar seguimento assistencial como um protocolo padrão obrigatório.

Classe 4 –Estrutura Organizacional da ESF para o Atendimento de Urgência e Emergência

A classe 4, associada diretamente à classe 2 e formada junto à essa última uma subdivisão da classe 5, é constituída por 143 segmentos de texto (16,29% das UCEs) e representa a estrutura organizacional da ESF para o atendimento de urgência e emergência, definida pelos vocábulos *demanda, consulta, qualidade, medida, estrutura, complicado, limitação, maneiras, adequado e material*. A falta de estrutura física, materiais e equipamentos, bem como a alta demanda de atendimento ambulatorial e as diversas atribuições impostas à equipe na efetivação do seu trabalho prejudicam a qualidade do serviço em sua totalidade, impedindo os profissionais de prestarem a devida assistência.

[...]aqui, como você vê, as limitações são muitas, tanto da própria estrutura e também da medicação e para fazer um atendimento de urgência assim, tem que dar continuidade; tem até a técnica da enfermagem, mas ela fica só na parte de marcação de consulta. Então tinha que mudar muita coisa para fazer dar certo o atendimento de urgência aqui. (Suj.1)

Para o MS, é inadmissível que o usuário deixe de ser acolhido na UBS, principalmente em caso de intercorrências, independentemente se ele faz parte do território ou não, ou tenha que recorrer a outro serviço sem referenciamento pela ESF. Mas deve-se considerar a capacidade técnica dos profissionais e a disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos para o mais adequado atendimento²⁴.

O Manual de Estrutura Física das UBSs²⁵ preconiza quantitativos de equipamentos, instrumentais e mobiliários básicos, desde materiais ambulatoriais a oxigênio, nebulizadores e instrumentais cirúrgicos. Institui-se ainda que as UBSs devem dispor de sala de acolhimento à demanda espontânea, bem como salas para os procedimentos nas intercorrências¹¹.

Todavia, em análise observacional das unidades de estudo, constata-se clara incoerência com a estrutura padrão preconizada pelo MS. Muitas unidades consistem em casas improvisadas, pequenas, sem acessibilidade e ao menos o mínimo necessário para seu funcionamento. Algumas equipes estavam em galpões improvisados pela população, visto a unidade sede estar em reforma; e outras trabalhavam em meio à reforma, sem qualquer condição para atender à demanda eletiva, muito menos à espontânea.

Além disso, os profissionais percebem a qualidade do serviço prejudicada quando precisam conciliar as ações ambulatoriais, eletivas e as inesperadas e imediatas, devido ao grande número de famílias atendidas.

Na nossa realidade complica muito [...] os pacientes já extrapolam a quantidade normal de um atendimento tranqüilo e abrir pras urgências e emergências... tumultua. [...] Na hora que tem um paciente precisando de remoção para outra unidade, inviabiliza todo o outro atendimento; a gente tem que parar e acompanhar o paciente, transferir... demanda tempo. (Suj.45)

Para o MS, cada equipe da ESF deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, com média recomendada de 3 mil, respeitando critérios de equidade para essa definição¹¹ e a realidade das equipes estudadas contraria essa média. Os processos organizativos relacionados à melhoria assistencial exigem, além da conscientização da população, mudanças na distribuição de famílias por equipe.

Classe 5 - Urgências e Emergências mais Frequentes na ESF

Constituída por 172 segmentos de texto (19,59% das UCEs na categoria), a classe 5 está associada às classes 1 e 3 e subdivide-se nas classes 2 e 4, representando a percepção das urgências e emergências mais frequentes na ESF, sugeridas pelos vocábulos *crise, hipertensiva, diarreia, hiperglicemia, hipoglicemia, asmático, convulsivo, dor, febre*, dentre outros caracterizados como condutas (*oral, medicação, insulina, glicemia, reidratação, açúcar, injetável*).

Os profissionais percebem atender com frequência as consideradas intercorrências leves, mas as emergências são para eles extremamente raras até mesmo por orientação à população na busca do hospital de referência.

Um idoso com crise hipertensiva ou uma criancinha com febre a gente pode resolver com simples atitudes; evita que ele se desloque pra um lugar mais longe [...] Dá pra atender bem tranquilo e como as situações que aparecem não são tão severas, acho que a gente consegue atender usando, um soro de reidratação oral em casos de diarreia sem desidratação importante; ajuste das doses dos antihipertensivos, e captopril sublingual quando ta com a pressão mais alta [...].(Suj. 67)

Mas outras situações de urgência e emergência também podem acontecer na atenção básica e os profissionais da ESF devem estar aptos a conduzi-las.

Eu já tive paciente com crise de hipoglicemia, crise hipertensiva [...]; tudo bem se o paciente ainda ta consciente, ainda tem como resolver. [...] Se não, como é que estabiliza um paciente só com a mão e a conversa? Eu já recebi uma criança com 40 graus de febre; o que eu pude fazer? A doutora prescreveu, eu fiz o antitérmico, botei a criança em panos úmidos, botei no carro e fomos pra urgência. Agora se você pegar uma pré-eclampsia uma crise convulsiva? Peço todo dia a deus pra não acontecer [...].(Suj. 36)

O MS preconiza como realização de procedimentos médicos e de enfermagem na UBS outras ações como a imunização, curativos, drenagens de abscessos, suturas, administração de medicamentos orais e injetáveis, terapia de reidratação oral, atendimentos em urgências básicas e encaminhamento dos casos de emergências e urgências de maior complexidade²⁵. Além disso, o manual de procedimentos na atenção básica acrescentou a exérese de cistos, lipomas e nevos; lavagens auricular e gástrica, remoção de corpos estranhos e de molusco contagioso, além de tratamentos de feridas superficiais e de unha encravada²⁴.

As medicações somente são descritas no Caderno de Atenção Básica de Acolhimento à Demanda Espontânea, juntamente com análise clínica e condutas em situações como: anafilaxia; cefaleia; crise epilética; descompensações glicêmicas e pressóricas; vômito; diarreia; dispneia; disúria; doenças de pele; dores; intoxicações; mordeduras de animais; queimaduras; síndromes gripais; sangramento genital anormal;

tonturas ou vertigens; urgências odontológicas; urgências oftalmológicas tipo “olho vermelho”; parada cardiorrespiratória; violência e maus tratos e atenção em saúde mental²⁶.

Evidencia-se a indisponibilidade de tecnologias e gestão que auxiliem os profissionais na efetivação da rede de atenção e de suas ações, gerando um caos no sistema de saúde. Implantação de sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas não são satisfatórios quando não há interação entre os diversos serviços e seus gestores, trabalhadores e usuários²⁷.

Logo, é clara a necessidade de inclusão de ideias e trabalho conjunto não somente das equipes de ESF, mas desses trabalhadores e gestores de saúde do município, para o fortalecimento das ações que beneficiem e efetivem a rede de atenção às urgências e emergências dentro da realidade de cada território.

Conclusão

Os profissionais da ESF lidam com urgências e emergências diariamente, conforme as tecnologias que dispõem na UBS: equipamentos, materiais, insumos e o conhecimento particular concernente a cada situação. Acresce que a pesquisa evidenciou um território demográfica e economicamente importante da capital cuja política de atendimento às urgências e emergências não contempla, efetivamente, a ESF, pois não há capacitação direcionada aos profissionais, nem infraestrutura adequada nesses locais.

Os profissionais apresentam percepção de ESF como uma estratégia baseada em ações de promoção da saúde, bem como prevenção e proteção de doenças e isso inclui as palestras educativas, visitas domiciliares e consultas ambulatoriais voltadas ao cumprimento de metas dos programas de atenção à saúde. Desconhecem a ESF como integrante da rede de atenção às urgências e emergências, assim como as legislações de amparo relacionadas, o que mostra a necessidade de apresentação das novas abordagens em saúde aos profissionais envolvidos, tendo a educação permanente em saúde também como um direito de todos os trabalhadores e dever do Estado.

Contudo, a ESF deve ser repensada pelos gestores como colaboradora na rede de atenção às urgências e emergências na capital, pois para que ela seja de fato atuante, políticas públicas devem ser implementadas no sentido de reestruturar, equipar e padronizar as USFs, bem como capacitar todos os profissionais envolvidos, a fim de que possam estar engajados em prol do acolhimento adequado às necessidades da comunidade pela qual são responsáveis.

Estima-se que este trabalho contribua para sintetizar a importância da atenção básica na rede de atenção às urgências e emergências e seu papel fundamental nas transformações necessárias à qualidade de vida da população, sob melhoria de infraestrutura, capacitação profissional, melhorias no planejamento estratégico das ações e avaliação das atividades. Estima-se também a contribuição intelectual e científica na aplicabilidade das ações propostas e estímulo a pesquisas congêneres, no auxílio a outros profissionais para a perpetuação do cuidar.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Urgência e emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*2011[acessado 2012 set 25]: 28p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/urgencia_emergencia.pdf
2. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*2011[acessado 2012 set 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para 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. *Diário Oficial da União*2009 [acessado 2012 set 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de Nov. de 2002. *Diário Oficial da União*2002 [acessado 2012 set 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção às urgências. *Diário Oficial da União*2006 3ª ed. ampl. 256p. [Série E – Legislação de Saúde] [acessado 2012 set 25]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>
6. Caccia-Bava MC, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Rev. Medicina*[periódico na internet] 2011 [acessado 2012 set 25]; 44 (4): [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n4/AO_Pronto-atendimento%20ou%20aten%E7%E3%20b%E1sica_escolhas.pdf
7. Barros DM, Sá, MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciênc. saúde coletiva*[periódico na internet] 2010 [acessado 2012 set 25];15 (5): [cerca de

- 10p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-812320100005000022.
8. Lumer S, Rodrigues PHA. O papel da saúde da família na atenção às urgências. *Rev. APS* [periódico na internet] 2011 jul- set [acessado 2012 set 25]; 14 (3): [cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/898>.
 9. Ratinaud, P. *IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* [computer software] 2009 [acessado 2013 dez 23]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2012 [acessado 2013 jun 28]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Série E – Legislação em Saúde] [acessado 2013 dez 23] 110p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
 12. Uchôa AC. Experiências inovadoras de cuidados no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.* [periódico na internet] 2009 abr-jun [acessado 2013 dez 23]; 13 (29): [cerca de 12 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000200005&script=sci_arttext
 13. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública* [periódico na internet] 2012 [acessado 2013 dez 23]; 46 (2): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/2012nahead/3709.pdf>
 14. Proença D. Redes em conexão: mais qualidade, melhor gestão e resolutividade. *Revista Brasileira Saúde da Família* [periódico na internet] 2011 set/dez [acessado 2013 dez 23]; 12 (30): [cerca de 7 p.]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia30.pdf
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético- estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Série B- Textos básicos de Saúde] 48p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>
 16. Proença D. Saúde a toda hora: a rede de atenção às urgências e emergências. *Revista Brasileira Saúde da Família* [periódico na internet] 2011 set/dez [acessado 2013 dez 23]; 12 (30): [cerca de 7 p.]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia30.pdf
 17. Novás JD, Zayas NG. Las Urgencias en la atención primaria: utilización del servicio. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [periódico na internet] 2007 [acessado 2012 set 25]; 23(4): [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi02407.html

18. Garcia AB; Papa MAF; Carvalho Júnior PM. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. *Revista Nursing* 2012; 14 (167): 216- 220.
19. D' Agostini RL, Ceretta LB, Schwalm MT, Hoepers NJ, Soratto MT. O entendimento da equipe de enfermagem da estratégia de saúde da família sobre urgência e emergência. *O mundo da saúde*[periódico na internet] 2012 [acessado 2013 dez 23]; 36 (3): [cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/8.pdf
20. Pinto AMS, Najar AL. Cultura e instituições de saúde; estudando a participação de traços culturais da sociedade brasileira no processo de trabalho de serviços da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2011 [acessado 2013 dez 23]; 16 (11): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a10v16n11.pdf>
21. Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADs. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Gaúcha Enferm.*[periódico na internet] 2012 jun [acessado 2014 jan 7]; 33 (2): [cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200021
22. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciências & Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2013 [acessado 2014 jan7]; 18 (12): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63028840022.pdf>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado 2013 dez 23] 84p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Procedimentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Série A – Normas e manuais técnicos- Cadernos de Atenção Primária n.30][acessado 2013 dez 23] 64p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad30.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [Série A. Normas e Manuais Técnicos][acessado 2013 dez 23] 52 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2] [acessado 2014 jan 07] 290p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf

27. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado; um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet] 2011 [acessado 2013 dez 23]; 27 (2): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/11.pdf>

4.2 Manuscrito 2

ISSN 2317-5079
Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.
Atendimento de urgência e emergência...

Centro Universitário Uninovafapi
Revista Interdisciplinar
ISSN 2317-5079

MESTRADO
PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA


Qualis B5
UNINOVAFAPI
CAPES

REVISÃO

Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família

Urgency and emergency care at family's health
Atención de urgencia y emergencia en estrategia de salud de la familia

Thais Alexandre de Oliveira¹ Gerardo Vasconcelos de Mesquita²

RESUMO
Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca do funcionamento do atendimento em urgência e emergência na atenção primária. Trata-se de um estudo descritivo exploratório sob análise de periódicos em português e espanhol na Biblioteca Virtual em Saúde entre 2007 e 2012, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde "urgência", "emergência" e "saúde da família". Na busca foram localizados 111 artigos, mas somente 9 relacionavam-se diretamente com o tema, que adicionados à literatura complementar, formaram 18 referências, estas submetidas à revisão e colocadas à discussão. As unidades de saúde da família são legalmente parte de uma rede pré-hospitalar fixa com atendimento em urgência e emergência. Entretanto, essa não é uma prática rotineira no serviço, devido ao baixo preparo dos profissionais quanto à conduta adequada, falta de recursos físicos e materiais e carência de vínculos positivos entre a comunidade e a equipe, acarretando em procura excessiva pelo serviço de atenção secundária. São necessárias qualificação da equipe e melhoria da infra-estrutura e recursos materiais no acolhimento às situações emergenciais, otimizando a relação equipe-população e contribuindo para diminuição da sobrecarga nos demais níveis de atenção. **Descritores:** Urgência. Emergência. Saúde da família.

ABSTRACT
This study aims to conduct a literature review on the functioning of care in emergency care in primary level. This is an exploratory descriptive study in the Virtual Health Library between 2007 and 2012, using the Descriptors in Health Sciences "emergency", "emergency" and "family health". In the search were located 111 articles, but only 9 were related directly to the topic, which were added the complementary literature, forming 18 references, submitted to review and posterior the discussion. The family health units are legally part of a network with fixed pre-hospital care in emergency rooms. However, this is not a routine practice in the service due to low staff training regarding proper conduct, lack of physical and material resources and lack of positive linkages between the community and staff, resulting in excess demand for secondary care services. It is necessary qualification of staff and improvement of infrastructure and material resources in emergency situations, optimizing the ratio between staff-population and contributing to decrease the burden on other levels of care. **Descriptors:** Urgency. Emergency. Family health.

RESUMEN
Este estudio tiene como objetivo llevar a cabo una revisión de la literatura sobre el funcionamiento de la atención en urgencias en atención primaria. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo en la Biblioteca Virtual de Salud entre 2007 y 2012, con el uso de los descriptores en Ciencias de la Salud "de emergencia", "emergencia" y "salud familiar". En el buscador fue localizado 111 artículos, pero sólo el 9 estaban relacionados directamente con el tema, que con la bibliografía complementaria, formó 18 referencias, las que fueron objeto de examen y se coloca en la discusión. Las unidades de salud de la familia son legalmente parte de una red con la atención pre-hospitalaria fija en salas de emergencia. Sin embargo, esto no es una práctica habitual en el servicio debido a la escasa formación del personal respecto a la conducta adecuada, la falta de recursos físicos y materiales y la falta de vínculos positivos entre la comunidad y el personal, lo que resulta en un exceso de demanda de los servicios de atención secundaria. Es necesaria cualificación del personal y mejora de los recursos de infraestructura y materiales en la sede de las situaciones de emergencia, la optimización de la relación entre el personal, la población y contribuye para disminuir la carga de los otros niveles de atención. **Descriptor:** Urgencia. Emergencia. Salud de la familia.

128

R. Interd. v.6, n.2, p.128-136, abr.mai.jun. 2013

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.

Atendimento de urgência e emergência...

1 Enfermeira e Tecnóloga em Radiologia. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAP. Docente do Centro Universitário UNINOVAFAP. 2 Médico. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Docente da graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAP.

INTRODUÇÃO

Instituída em 1994, a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde- SUS nas leis 8.080/90 e 8.142/90 do Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio consolidar os princípios do novo modelo de reorientação da saúde brasileira, por meio de ações de promoção, proteção, prevenção da saúde o mais próximo da comunidade, como recurso primário de procura do usuário para resolução de seus problemas de saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Nessa perspectiva, a Unidade de Saúde da Família pode ser considerada porta de entrada dos serviços do SUS e constantemente o primeiro contato ou referência para resolução de instabilidades clínicas e a equipe de profissionais envolvida deve estar preparada para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las, se necessário.

O reconhecimento dos riscos aos quais a comunidade pode estar submetida podem ser realizados por meio da análise sobre as características sociais do território, da disponibilidade de recursos materiais, estruturais e a integralidade dos serviços para este fim, bem como do processo de trabalho em urgência na equipe de saúde da família, incluindo protocolos operacionais, qualificação, competência e limitações (MELO; SILVA, 2011). Logo, é concernente aos profissionais em Saúde da Família não somente a formação na promoção e prevenção da saúde como também é de suma relevância a qualificação destes em abordagem primária às

vítimas de determinados agravos inesperados dentro do território de ação.

A superlotação dos serviços hospitalares e a consequente sobrecarga nos serviços secundários e terciários pela procura frequente de resolução de agravos muitas vezes concernentes à assistência inicial na Estratégia Saúde da Família (LUMER; RODRIGUES, 2011) induzem a uma análise sobre a efetividade no acolhimento das urgências e emergências na atenção primária e os protocolos seguidos para referenciamento dos agravos considerados de maior complexidade.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva delinear estudos que abordem o atendimento de urgência e emergência na saúde da família como estratégia eficaz de atenção primária, de modo a contribuir com a reflexão para a melhoria da qualidade da assistência e prognóstico favorável à recuperação do usuário do serviço que procura a rede de atenção básica como detentora da resolutividade aos seus problemas imprevistos de saúde.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura sob análise de base de dados e periódicos em português e espanhol na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e artigos relacionados em texto completo entre os anos de 2007 e 2012, empregando como descritores os termos "saúde da família", "urgência" e "emergência", via Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/ MeSH).

Utilizaram-se como critério de seleção, estudos que envolveram a urgência e emergência como situações de acolhimento na Estratégia

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.

Saúde da Família. Foram selecionadas ainda, 9 documentos técnicos como portarias, normas regulamentadoras, resoluções e manuais do Ministério da Saúde, assim como 3 artigos referências dos artigos localizados e encontrados no Google acadêmico de relevante contribuição teórica ao que foi abordado.

Na base de dados da literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), foram encontrados 83.932 trabalhos científicos com o termo "saúde da família". Porém, refinando a pesquisa com o descritor "urgência" não foram encontrados trabalhos relacionados. Com os termos "saúde da família", and "urgência" or "emergência", na Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foram encontrados 111 artigos, dentre os quais 4 atenderam os critérios de seleção para análise temática. Na base de dados Scientific, Eletronic Library Online (SCIELO), utilizando os mesmos descritores em refinamento, foi encontrado apenas 3 artigos, sendo 1 já localizado na base LILACS, 1 isolado e 1, de considerável relevância para o estudo, publicado no ano de 2003.

Em posse dos artigos selecionados e documentos técnicos, 18 referências foram submetidas à revisão, categorizadas em eixos temáticos e colocadas à discussão suas defesas no tocante à temática proposta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A Estratégia Saúde da Família e as redes de atenção do SUS

Considerada porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, a unidade de Saúde da Família pode ser vista como local de fácil acesso às urgências e emergências, haja vista a

Atendimento de urgência e emergência...

proximidade e inserção de atendimento junto à comunidade, a relação equipe de saúde e usuário do serviço no conhecimento de sua história pregressa e patologias no âmbito territorial e o rápido acesso da população ao referido serviço, considerando o aspecto geográfico.

No entanto, a definição da Estratégia Saúde da Família como nível de baixa complexidade ou atenção básica trouxe o pressuposto de assistência com uso de tecnologia elementar, com recursos materiais e humanos básicos e infra-estrutura voltada para apenas para prevenção e promoção da saúde, por meio do cumprimento dos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde à saúde da criança, da mulher, do idoso e do homem, assim como por atividades educativas, nas ações sócio- político-ambientais. Dessa forma, muitos podem ver a urgência e/ ou emergência como situação inerente apenas ao serviço hospitalar.

Os conceitos pré- estabelecidos de urgência e emergência, seja pela comunidade ou pelos profissionais da saúde, podem interferir na procura ou assistencialismo. Sobre este aspecto, o conceito de urgência pode divergir em percepção e sentimento. Para os usuários do serviço, a urgência está associada à ruptura do curso de vida; para profissionais de saúde, a urgência está relacionada ao tempo, proporcional ao prognóstico do paciente; para as instituições de saúde, a urgência está orientada à perturbação da organização do serviço; e para o dicionário da língua portuguesa, urgência e emergência têm sentidos trocados ao conceito americano, tendo como urgência aquilo que não se pode esperar e emergência como agravo inesperado (BRASIL, 2006b).

A Resolução nº 1451/ 1995 do Conselho Federal de Medicina, por sua vez, conceitua urgência como a ocorrência imprevista de agravo à

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.

saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto que emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico (BRASIL, 1995).

Acresce que o grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento, bem como inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento (BRASIL, 2006a).

Sob esse aspecto, a procura pelo serviço de emergência deve ocorrer a partir do referenciamento de pessoas ou encaminhamento médico, tornando a procura contínua nos agravos subsequentes ou em caso de necessidade. Entretanto, os usuários julgam seus problemas de saúde como merecedores de atendimento de emergência, utilizando o serviço de forma inadequada (LUDWING; BONILHA, 2003)

Observa-se uma sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas com queixas compatíveis com a atenção primária, cujos procedimentos podem ser oferecidos pela estratégia saúde da família, aumentando a demanda e congestionando o serviço hospitalar (GACCIA BAVA et al., 2011). Novás e Zayas (2007) justificam essa elevada utilização e sobrecarga dos serviços de urgência na estrutura demográfica da população, deficiências da atenção nos consultórios fragilidade da relação paciente-equipe de saúde, precariedade da educação da comunidade, tradição da procura pelos serviços de urgência, carência de serviço rápido e suporte tecnológico adequado.

Barros e Sá (2010) reforçam a justificativa dos autores supracitados, denunciando a relação

Atendimento de urgência e emergência...

equipe- paciente como responsável pelo aumento da demanda nos serviços de emergência das unidades hospitalares na insuficiência do acolhimento, vínculo e responsabilização com o usuário na procura por atendimento. Também apontam a não inclusão do usuário na agenda da unidade; falta de medicações na unidade básica; incapacidade de realização de exames de urgência e atendimento não prioritário pelo não reconhecimento do caso como urgência pelos profissionais como fatores diretamente ligados à superlotação do serviço hospitalar por agravos inerentes à atenção primária.

Nessa mesma óptica, estudo realizado por Gaccia Bava et al. (2011) revelou a preferência dos usuários do SUS pelo pronto-atendimento em detrimento das unidades de saúde da família devido, além de parâmetros já citados, à restrições no horário de funcionamento da unidade básica de saúde e o julgamento de que a intercorrência poderia precisar de atendimento de urgência hospitalar.

Dessa forma, grande parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência representa agravos que poderiam ser resolvidos ambulatorialmente na atenção primária e a redução do número de atendimento hospitalar é um dos resultados assistenciais da ESF (BARROS; SÁ, 2010).

A atenção básica está inserida na rede de atenção às urgências, como componente de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados às urgências e emergências, tudo em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário, após classificação dos riscos (BRASIL, 2011). É componente primária das regiões de atenção em saúde como porta de entrada à rede de atenção em saúde, segundo o decreto nº

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.

7.508/ 2011, que regulamenta a lei 8.080/90 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). No entanto, para que os profissionais acolham as urgências nas unidades de saúde da família, intervenham e referenciem os casos, é necessário o seguimento de protocolos operacionais, mediante amparo legislativo.

Aspectos legais para o atendimento de urgência e emergência na ESF

Tem-se como subsídio legal que a organização de redes loco-regionais de atenção às urgências e emergências é composta não somente do sistema inter e pós-hospitalar, mas até a entrada nesse nível de atenção pela rede pré-hospitalar móvel (SAMU), tem-se o componente pré-hospitalar fixo, composto pelas unidades básicas de saúde e as Unidades de Saúde da Família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, bem como unidades não-hospitalares de atendimento às urgências (BRASIL, 2003).

Assim, as unidades de saúde da família representam parte da rede de atendimento pré-hospitalar fixo, no qual o atendimento deverá ser realizado por profissionais competentes, qualificados e composto de recursos físicos e materiais adequados, tudo o que for essencial para estabilização do quadro dos pacientes e para evitar possíveis sequelas e até mesmo a morte (GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

A assistência pré-hospitalar fixa é caracterizada pela atenção primária a portadores de quadro agudo clínico, traumático ou psiquiátrico e devem acontecer em todo território nacional. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família deve se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos

Atendimento de urgência e emergência...

agudizados em seu território, haja vista o conhecimento sobre a história a clínica do paciente, possibilitando a readequação terapêutica dentro da disponibilidade do usuário do serviço e a unidade de saúde (BRASIL, 2002).

Paralelo à assistência prestada pelos profissionais da ESF nas diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo, a Portaria nº 1020/ 2009 do Ministério da Saúde estabelece as Unidades de Pronto-Atendimento-UPAs e as salas de estabilização como integrantes da rede pré-hospitalar fixa, a partir do acolhimento e classificação de risco, caracterizadas de acordo com a extensão da população (BRASIL, 2009).

Entretanto, a UPA é definida como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde da família e o serviço hospitalar, compondo uma rede organizada de atenção às urgências, articulada à Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, fornecendo retaguarda às urgências atendidas pela atenção básica, como estabilização, observação e apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009).

Para referida portaria, a sala de estabilização, por sua vez, funciona como local de estabilização dos pacientes para referenciá-los para rede de atenção à saúde, localizada em unidades ou serviços de localidade estratégica (BRASIL, 2009).

Sob essa perspectiva, configura-se a necessidade de integração das redes de atenção no atendimento às situações urgentes e emergenciais e a Portaria nº 2048/2002 no Ministério da Saúde traz a relevância da estruturação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência desde a rede pré-hospitalar à rede hospitalar de atenção terciária, na capacitação e

132

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.

responsabilidade de cada integrante da rede pela assistência à determinada parcela da urgência, dentro dos limites de complexidade e capacidade resolutiva de atenção. Porém, ao tratar da área física para atendimento das urgências, não detalha mobiliário, materiais e insumos necessários para compor o ambiente de atendimento, tampouco estabelece as doenças de urgência e emergência de competência da atenção primária, bem como as ações protocoladas de atendimento às vítimas (BRASIL, 2002).

A Portaria nº 1.863/2003 do Ministério da Saúde, ao instituir a política nacional de atenção às urgências nas três esferas de gestão em todas as unidades federativas, promove o redimensionamento das redes de atenção e os mesmos princípios do SUS no atendimento de urgência e emergência, bem como construção de mapas de risco regionais e protocolos de atenção às necessidades, além de alimentação dos sistemas de informação e fomentação da educação permanente às equipes em abordagem primária, porém não define a assistência em protocolos operacionais padrão, permitindo oportunidades na elaboração destes dentro da realidade de cada território ou gestão (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Atenção às Urgências tem como objetivos garantir a universalidade, integralidade e equidade no atendimento às urgências, bem como na distribuição de recursos e redimensionamento das redes de atenção, desenvolvendo estratégias de promoção da qualidade de vida, construção de mapas de risco e adoção de protocolos de atenção às necessidades coletivas em saúde, para que possam enfim, analisar os resultados das ações e serviços de urgência, alimentar o sistema de informação de atenção à saúde e fomentar ações de educação permanente às equipes quanto ao atendimento de urgência (BRASIL, 2003).

Atendimento de urgência e emergência...

Lumer e Rodrigues (2011) enfatizam a importância da avaliação destas e outras normas para entendimento efetivo em urgência e emergência na estratégia saúde da família por não estarem claramente definidas e serem repletas de lacunas e contradições, o que acabam por confundir os profissionais quanto às atitudes laborais. Os autores também defendem uma melhor definição do papel da saúde da família no atendimento às urgências, de modo a diminuir a morbimortalidade da população, bem como desafogar os serviços das demais complexidades, que recebem rotineiramente casos clínicos que poderiam ter sido resolvidos na atenção primária.

Acresce que os documentos nacionais (leis, resoluções e normas técnicas publicadas) investigados no estudo de Lumer e Rodrigues (2011), segundo os autores, repetem as propostas, não detalham as ações e agravos, assim como não concretizam a definição das responsabilidades das esferas de governo, impossibilitando a construção de protocolos que esclareçam os profissionais quanto à integralidade da assistência no sistema de atendimento, referência e contra-referência. Isso intervém a tal ponto nas condutas adotadas pelos profissionais que o usuário do serviço pode acabar vítima da própria rede de atenção, preso a um círculo vicioso de referenciamentos, sem resolutividade do seu agravo.

Formação profissional e condutas adotadas em situações urgentes e emergenciais na ESF

Classificar os casos em urgentes e emergenciais constituem planos assistenciais muito subjetivos pelos profissionais se as considerações destes não forem embasadas em protocolos clínicos validados e comuns para todos, independentemente do local de ação.

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.

Nos estudos realizados por Torres e Santana (2009), 28,8% dos profissionais de ESF entrevistados não identificaram ou identificaram incorretamente os sinais e sintomas de agravo à saúde, tendo a maioria solicitado ajuda aos colegas da equipe frente a alguma situação emergencial. A maioria dos profissionais não se sentiu preparada para atuar em situações de emergência e não dominou o conhecimento teórico-prático das urgências e emergências e metade deles não conhecia o suporte básico de vida, o que reflete maiores investimentos na Estratégia de Saúde da Família pelos gestores e a necessidade de capacitação dos profissionais da ESF, sobretudo para técnicos e agentes comunitários de saúde, bem como o estabelecimento de protocolos de atenção.

Em pesquisa com médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família sobre suas capacidades em atender urgências e emergências na estratégia saúde da família, García, Papa e Carvalho Júnior (2012) encontraram divergências entre o que estes profissionais referem saber e o que realmente sabem, reforçando a idéia de educação permanente. Neste estudo, 44,8% dos entrevistados, reconhecendo a fragilidade do sistema, afirma que sua equipe não está adequadamente preparada para atendimento de urgência e emergência, embora o vivenciando; 81,6% dos profissionais afirmaram ser aptos a reconhecer os níveis de urgência e emergência e consideram adequadas suas ações, mas não as descreveram corretamente, nem conhecem a política nacional de atenção às urgências. Relataram ainda a carência de recursos materiais necessários ao atendimento de urgência nas unidades bem como atividades educativas nesse sentido.

Lima et al. (2009) reforçam os estudos supracitados relacionando a precariedade do

Atendimento de urgência e emergência...

serviço de atendimento de urgência na estratégia saúde da família pelos profissionais envolvidos à baixa capacitação destes, bem como baixa infraestrutura das unidades básicas de saúde e carência de recursos humanos e materiais/ insumos.

O despreparo dos profissionais de ESF frente às situações de urgência é considerado um fator crítico para a saúde pública e que investimentos nas ações infra-estrutura e equipe são cruciais para aprimoramento dos cuidados na abordagem primária do indivíduo e bem-estar da comunidade (TORRES; SANTANA, 2009), uma vez que a precariedade da assistência às situações urgentes e emergenciais pode refletir na ineficácia e ineficiência do atendimento primário à saúde, além da inviabilização ou referenciamento inadequado a outros níveis de atenção, acarretando superlotação e diminuição da qualidade destes serviços.

CONCLUSÃO

Os artigos revisados apontam a prática tendenciosa de referenciamento de pacientes sob agravos de urgência e emergência para os serviços de atenção secundária e/ou terciária, sem ao menos estabilizá-los, colocando em risco a vida dos que procuram a atenção primária como referência em assistência, muitas vezes por seguimento inadequado dos protocolos de referenciamento das redes de atenção. Trabalhos mostram ainda, a falta de treinamento dos profissionais envolvidos com a Estratégia Saúde da Família no tocante ao atendimento de urgência e emergência, bem como a carência de recursos materiais e de infra-estrutura para o referido tipo de cuidado.

É imperativa a capacitação profissional e seguimento de protocolos clínicos, a hierarquização das ações e serviços, a

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A; Mesquita, G.V.

resolutividade do sistema de referência e contra-referência e adequação dos recursos materiais e ambientais para efetividade da assistência na abordagem primária dentro da Estratégia Saúde da Família. Tais atos devem ser percebidos e impulsionados da mesma forma que se devem considerar e agir sobre as questões da precariedade da assistência no serviço público em geral, reflexo não somente da carência dos serviços qualificados na atenção primária propriamente dita, mas da falta de políticas completas de atenção às especificidades dos agravos dentro da competência de cada esfera de governo e de cada nível de atenção.

Assim, tanto profissionais como os usuários do serviço sentir-se-ão seguros em ampliar relações em prol da qualidade do cuidado aos agravos inusitados e planejar estratégias de ação e/ ou enfrentamento das adversidades de saúde, dentro do próprio território, fortalecendo, contudo, os propósitos da Saúde da Família como modelo de redimensionamento assistencial do SUS e este por sua vez, como modelo de reorientação da percepção de saúde.

REFERÊNCIA

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2473-82. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-812320100005000022>. Acesso em: 25 set 2012.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.451, de 10 de março de 1995. Dispõe sobre o funcionamento de hospitais públicos e privados. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 março

Atendimento de urgência e emergência...

1995. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.863, de 29 de setembro de 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/.../portaria_1883_de_29_09_2003.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de Nov. de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada - Regulação Médica das urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006. (Série A- Normas e Manuais Técnicos) (a). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção às urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006. 3. ed. 256p. (Série E - Legislação de Saúde) (b). Disponível em:

R. Interd. v.6, n.2, p.128-136, abr.mai.jun. 2013

ISSN 2317-5079

Oliveira, T.A.; Mesquita, G.V.

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Urgência e emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. 28p. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/.../Urgencia+e+emergencia>>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Senado Federal, 1990 (a). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Ministério da Saúde. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Senado Federal, 1990 (b). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8142.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

GACCIA BAVA, M. C. et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 347-54. 2011. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n4/AO_Pronto-atendimento%20ou%20aten%E7%E3%20b%E1sica_e_scolhas.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

GARCIA, A. B.; PAPA, M. A. F.; CARVALHO JÚNIOR, P. M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Nursing**, São Paulo, v. 14, n. 167, p. 2160- 220. 2012.

LIMA, F. S. S. et al. O Atendimento de Urgência oferecido por profissionais da ESF da SER II de Fortaleza. In: 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 2009. Fortaleza. **Anais...** Congresso da Associação Brasileira de Enfermagem. Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02530.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

LUDWING, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o

Atendimento de urgência e emergência...

usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12-17. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v5n1/a03v56n1.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

LUMER, S.; RODRIGUES, P. H. A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, Minas Gerais, v. 14, n. 3, p. 289-295, jul/ set. 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/898>>. Acesso em: 25 set 2012.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência em atenção básica em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011. 132p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3260.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

NOVÁS, J. D.; ZAYAS, N. G. Las Urgencias en la atención primaria. Utilización del servicio. **Revista cubana de medicina general integral**, Habana, v. 23, n. 4. 2007. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi02407.html. Acesso em: 25 set 2012.

TORRES, A. A. P.; SANTANA, B. P. Atuação dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente às situações emergenciais. XVIII CIC - Congresso de Iniciação Científica, XI ENPOS - Encontro de Pós-Graduação e I Mostra Científica da Universidade Federal de Pelotas. 2009. Pelotas. **Anais...** Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/cs/cs_00783.pdf. Acesso em: 25 set 2012.

Submissão: 23.11.2012

Aprovação: 11.01.2013

R. Interd. v.6, n.2, p.128-136, abr.mai.jun. 2013

4.3 Produto



S.O.S. SAÚDE DA FAMÍLIA

Como a Estratégia Saúde da Família pode contribuir com a
Rede de Atenção às Urgências e Emergências

ORGANIZADORES

Thais Alexandre de Oliveira
Gerardo Vasconcelos Mesquita
Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle
Maria Eliete Batista Moura
Fabrício Ibiapina Tapety

TERESINA
2014

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Reitora

Profa. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa

Vice- Reitor

Profa. Esp. Francisco Antônio Alencar

Coordenadora do programa de mestrado profissional em saúde da família

Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura

FICHA CATALOGRÁFICA

O48s

Oliveira, Thais Alexandre de.

S.O.S. saúde da família: como a estratégia saúde da família pode contribuir com a rede de atenção às urgências e emergências / Thais Alexandre de Oliveira. Orientador. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita. - Teresina, 2014.

30f.: 29cm. il.

Dissertação do Mestrado Profissional Em Saúde Da Família - Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2014.

1. Saúde da família. 2. Urgência. 3. Emergência. I - Título. II. Mesquita, Gerardo Vasconcelos.

CDD 614.181 22

APRESENTAÇÃO DOS AUTORES

Thais Alexandre de Oliveira

Enfermeira. Tecnóloga em Radiologia. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Saúde da Família. Docente do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina- PI.

Gerardo Vasconcelos Mesquita

Médico. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Docente da graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina- PI.

Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle

Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Teresina- PI.

Maria Eliete Batista Moura

Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa - Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina- PI.

Fabício Ibiapina Tapety

Odontologista. Doutor em Reabilitação Oral (Niigata University/Japan). Pós-doutor em Implantodontia (Johannes Gutenberg University em Mainz/Alemanha). Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário- UNINOVAFAPI. Teresina- PI.

APRESENTAÇÃO DA OBRA

A saúde brasileira vive um momento de readequação às necessidades básicas da população, que não incluem apenas a promoção da saúde, proteção e prevenção das doenças, mas também do atendimento às situações de urgência e emergência.

Estruturado conforme as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas- ABNT e instruções do Programa de Pós Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, este Manual de Orientação consiste em um produto do Trabalho de Conclusão de Mestrado que versa, em linguagem simples e didática, auxiliar os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no atendimento e referenciamento das urgências e emergências na atenção básica, dentro da rede de atenção às urgências instituída pelo Ministério da Saúde.

É composto, no primeiro capítulo, das considerações iniciais, nas quais são apresentados a contextualização do problema e os conceitos básicos de urgência e emergência. Já o capítulo seguinte trata sobre a relação entre a ESF e as redes de atenção às urgências e emergências do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os capítulos seguintes mostram o que a ESF deve dispor para o atendimento de urgência e emergência e quais são os casos de atenção imediata esperados na atenção básica, bem como de que modo as equipes podem se organizar e acolher esses agravos e referenciá-los, com base em estudos validados. Finalmente, são feitas reflexões sobre as contribuições do estudo para o atendimento à população assistida.

Espera-se que este manual possa contribuir para informar os profissionais da Estratégia Saúde da Família e afins quanto à assistência e referenciamento com qualidade dos usuários do serviço sob agravos inesperados de saúde, bem como fomentar a busca desses e futuros profissionais pela melhoria do cuidado.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	05
2 O QUE É URGÊNCIA? E EMERGÊNCIA?.....	06
3 EM QUE CONSISTE A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS?.....	07
4 COMO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) ESTÁ INSERIDA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS?.....	08
5 O QUE A ESF DEVE DISPOR PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?	11
6 O QUE A ESF DEVE ATENDER EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?.....	16
6.1 Que procedimentos realizar?.....	17
7 COMO ATENDER URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESF?.....	18
7.1 Fluxograma de atendimento.....	22
8 PARA ONDE ENCAMINHAR AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ESF?..	24
8.1 Referência e contra- referência	25
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
10 REFERÊNCIAS.....	28

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Urgência e emergência constituem situações que exigem atenção e ações qualificadas de assistência mesmo sob olhares conceituais diversificados e atender a essas situações consolida a Estratégia Saúde da Família- ESF como estratégia de reorganização do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde- SUS e da atenção primária à saúde, atuando na universalidade, integralidade e descentralização dos serviços.

Entende-se que em meio às suas atividades laborais, a equipe de saúde da família pode ser surpreendida por intercorrências clínicas que comprometam gravemente o estado geral de um determinado indivíduo, exigindo assim o reconhecimento do agravo pelo profissional e suas intervenções prontamente efetivadas em prol da estabilização do quadro clínico do indivíduo e manutenção da vida até o atendimento em um nível de complexidade superior, sob conhecimento da rede de atenção. Acresce que a população entende o profissional de saúde como qualificado e reconhece nele o potencial de solucionar seus anseios.

Caracterizada como porta de entrada para o atendimento à saúde da população adscrita em um dado território, próxima à comunidade para atender suas necessidades em saúde, a Unidade Básica de Saúde- UBS pode ser constantemente o primeiro contato ou referência para resolução das instabilidades clínicas e o profissional de saúde da família deve estar preparado para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las, se necessário. Logo, é inerente à equipe de saúde da família perceber como o cuidado aos usuários vítimas de agravos de urgência e emergência pode ser efetivado dentro da atenção básica a fim de manter a vida desses e insentá- los de lesões adicionais pelo reconhecimento dos riscos aos quais a comunidade pode estar submetida e análise das características sociais do território, da disponibilidade de recursos materiais, estruturais e a integralidade do serviço para este fim, bem como do processo de trabalho em urgência na equipe de saúde da família, incluindo protocolos operacionais, qualificação, competências e limitações¹.

2 O QUE É URGÊNCIA? E EMERGÊNCIA?

A Resolução nº 1451/ 1995 do Conselho Federal de Medicina, conceitua urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto que emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico ².

A urgência pode ser caracterizada por:

- ☐ Dor torácica sem complicações respiratórias;
- ☐ Alguns tipos de queimaduras;
- ☐ Fraturas sem sinais de choque;
- ☐ Vômito e diarreia, com ou sem presença de febre, abaixo de 39 °C;
- ☐ Sangramentos e ferimentos leves e moderados ³.

A emergência pode ser caracterizada por:

- ☐ Parada cardiorrespiratória (PCR);
- ☐ Dor torácica acompanhada de desconforto respiratório;
- ☐ Politraumatismo em geral;
- ☐ Hemorragias de alta intensidade;
- ☐ Queimaduras extensas;
- ☐ Perda do nível de consciência;
- ☐ Intoxicações;
- ☐ Ferimento por arma de fogo e por arma branca;
- ☐ Estado de choque;
- ☐ Estado febril acima de 40°C ;
- ☐ Gestação em curso com complicações ³.

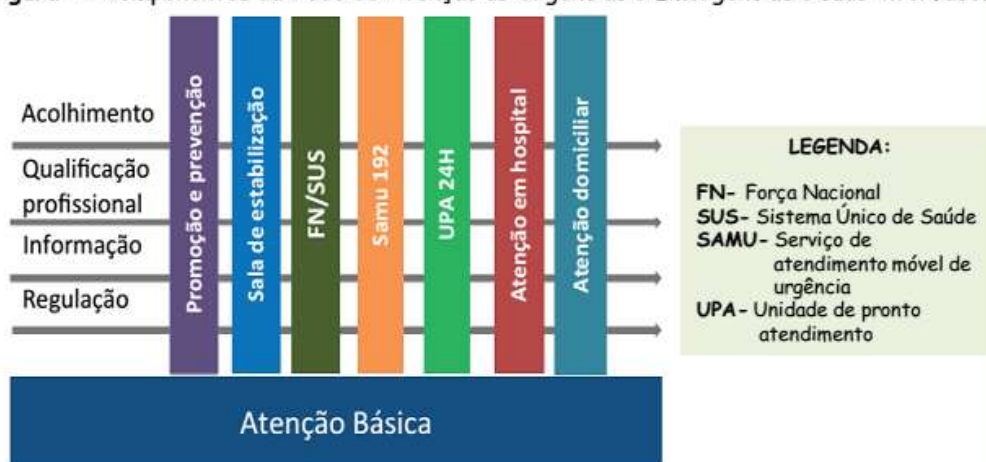
3 EM QUE CONSISTE A REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS?

É um arranjo organizacional pertencente à rede de atenção à saúde que visa integrar diferentes ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão de modo a proporcionar a integralidade do cuidado⁴ (Figura 1).

Tem a finalidade de articular e integrar todos esses equipamentos, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários que necessitam de ações imediatas e oportunas de saúde⁴.

Está interligada à Política Nacional de Atenção às Urgências, que tem como objetivos garantir a universalidade, integralidade e equidade no atendimento às urgências, bem como na distribuição de recursos e redimensionamento das redes de atenção, desenvolvendo estratégias de promoção da qualidade de vida, construção de mapas de risco e adoção de protocolos de atenção às necessidades coletivas em saúde, para que possam enfim, analisar os resultados das ações e serviços de urgência, alimentar o sistema de informação de atenção à saúde e fomentar ações de educação permanente às equipes quanto ao atendimento de urgência⁵.

Figura 1: Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e suas interfaces



Fonte: Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS⁶.

4 COMO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) ESTÁ INSERIDA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS?

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁷.

Tendo a Estratégia Saúde da Família como seu elemento fundamental, essa está inserida na rede de atenção às urgências como componente de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados às urgências e emergências, tudo em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário, após classificação dos riscos⁸. É componente primária das regiões de atenção em saúde como porta de entrada à rede de atenção em saúde, segundo o decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a lei 8.080/90 do Ministério da Saúde⁹.

No entanto, para que os profissionais acolham as urgências nas unidades de saúde da família, intervenham e referenciem os casos, é necessário o seguimento de protocolos operacionais, mediante amparo legislativo. Também é necessária avaliação sistemática da realidade da comunidade, sem identificação das fragilidades e potencialidades locais na construção de intervenções em saúde e gestão adequadas, como determina o planejamento estratégico¹⁰.

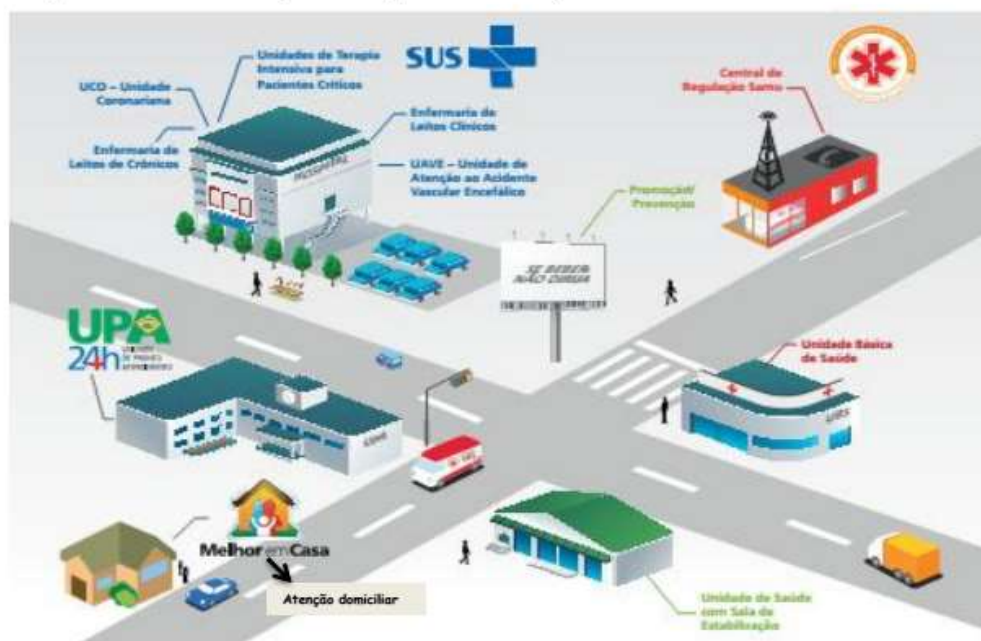
As unidades de saúde da família representam parte da rede de atendimento pré-hospitalar fixo, no qual o atendimento deverá ser realizado por profissionais competentes, qualificados e composto de recursos físicos e materiais adequados, tudo o que for essencial para estabilização do quadro dos pacientes e para evitar possíveis seqüelas e até mesmo a morte¹¹.

A assistência pré- hospitalar fixa é caracterizada pela atenção primária a portadores de quadro agudo clínico, traumático ou psiquiátrico e devem acontecer em todo território nacional. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família deve se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados em seu território, haja vista o conhecimento sobre a história a clínica do paciente, possibilitando a readequação terapêutica dentro da disponibilidade do usuário do serviço e a unidade de saúde¹².

A ESF deve ser base, pelo seu elevado grau de descentralização no cuidado; ser resolutiva ao identificar os riscos, as necessidades e as demandas de saúde, por meio de uma clínica ampliada ; ser capaz de elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares e coletivos. Deve ainda atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos por intermédio de uma relação horizontal, contínua e integrada, ordenando as redes de atenção à saúde⁶.

Em 2011, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências foi reorganizada pela Rede Saúde Toda Hora, ampliou o acesso da população aos serviços de urgência e emergência do SUS, garantindo atendimento rápido e redução do tempo de espera e integrado com as Salas de Estabilização, o programa S.O.S. Emergências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e os serviços da Atenção Básica com as unidades de saúde da família em todo o País¹³ (Figura 2).

Figura 2: Rede de Atenção às Urgências e Emergências.



Fonte: Ministério da saúde e municípios¹³.

5 O QUE A ESF DEVE DISPOR PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?

Para que as Unidades Básicas de Saúde possam realizar de forma adequada as intercorrências clínicas e integrar com efetividade a rede de atenção à saúde, é imprescindível ter estrutura física adequada (quadros 1, 2 e 3) e materiais (quadros 4, 5, 6 e 7) e disponíveis durante o atendimento. Deve haver ambientes para o atendimento médico, de enfermagem e de dentistas, inclusive para a realização de curativos e pequenos procedimentos, além de mobiliários, equipamentos e instrumentos imprescindíveis para quaisquer outros atendimentos¹⁴.

Quadro 1: Estrutura sugerida para UBS com uma ESF.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Recepção para pacientes e acompanhantes	1
Sala de Espera para pacientes e acompanhantes	1 a 3
Consultório com sanitário	1
Consultório	1
Sala de procedimentos	2
Almoxarifado	1
Consultório odontológico com área para escovário	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1
Área para depósito de material de limpeza (DML)	1
Sanitário (para usuários)	2
Copa / Cozinha alternativa	1
Sala de utilidades	1
Área para reuniões e educação em saúde	1
Abrigo de resíduos sólidos	1
Se a UBS proceder à esterilização no local	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação*	1
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado**	1

Fonte: Manual de estrutura física, MS, 2006¹⁵.

Quadro 2: Estrutura sugerida para UBS com duas ESFs.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Recepção para pacientes e acompanhantes	1
Sala de Espera para pacientes e acompanhantes	3 a 5
Consultório com sanitário	1
Consultório	3
Sala de procedimentos	3
Almoxarifado	1
Consultório odontológico com área para escovário	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1
Sanitário	3
Copa / Cozinha alternativa	1
Área para depósito de material de limpeza (DML)	1
Sala de utilidades	1
Área para reuniões e educação em saúde	1
Abrigo de resíduos sólidos	1
Se a UBS proceder à esterilização no local	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação*	1
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado**	1

* Pode ser substituída pela sala de utilidades, se essa for contígua à sala de esterilização e estocagem de material esterilizado.

Fonte: Manual de estrutura física, MS, 2006¹⁵.

Quadro 3: Estrutura sugerida para UBS com três ESFs.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Sala de espera p/ pacientes e acompanhantes	Mais de 5
Recepção - área para registro de pacientes	1
Área para arquivo de prontuários-junto à recepção	1
Consultório com sanitário	2
Consultório	3
Sala de Vacina	1
Sala de Curativos	1
Sala de Nebulização	1
Sala de procedimentos	2
Sala de armazenamento e distribuição de medicamentos/ farmácia (quando não existirem farmácias públicas regionalizadas no município)	1
Almoxarifado	1
Consultório odontológico	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1
Escovário	1
Sanitário	3
Gerência e Administração	1
Depósito de lixo	1
Sala de arsenal (estoque material limpo)	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1
Copa / Cozinha alternativa	1
Sala de Reuniões e Educação em Saúde	1
Sala de utilidades	1
Abrigo de resíduos sólidos	1
Se a UBS proceder à esterilização no local	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação*	1
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado**	1

* Pode ser substituída pela sala de utilidades, se essa for contígua à sala de esterilização e estocagem de material esterilizado.

**Muitos municípios de médio e grande porte têm optado por centralizar a esterilização em uma unidade de esterilização vinculada à unidades de referência ou hospital, como forma que reduzir custos de manutenção, com garantia de qualidade.

Fonte: Manual de estrutura física, MS, 2006¹⁵.

Quadro 4: Coberturas para tratamento de feridas¹⁴

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| • Hidrocoloide | • Ácidos graxos essenciais (AGE) |
| • Alginato de cálcio | • Sulfadiazina de prata |

Quadro 5: Equipamentos de Proteção Individual

- | |
|---|
| • Máscaras descartáveis. |
| • Luvas de procedimentos e estéreis descartáveis. |
| • Óculos. |
| • Avental. |

Fonte: Manual de procedimentos, Atenção Básica, MS¹⁴.

Quadro 6: Materiais para sutura, drenagem, debridamento e exérese e tratamento de feridas

- | |
|---|
| • Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local. |
| • Campos estéreis. |
| • Instrumentais: pinças hemostáticas curvas, pinça dente de rato, pinças anatômicas com e sem dentes, tesoura reta, tesoura curva, porta-agulha, cabo e lâmina de bisturi, tentacânula. |
| • Dreno de Penrose. |
| • Fios de sutura (absorvível e não absorvível). |
| • Seringas. |
| • Agulhas. |
| • Swabe de cultura, se necessário. |
| • Soro fisiológico para limpeza da ferida. |
| • Antissépticos: para limpeza da pele íntegra ao redor de uma ferida ou antisepsia do local que será incisionado – solução de Iodopovidina ou clorexidina. |
| • Gaze. |
| • Atadura. |
| • Esparadrapo. |
| • Coberturas primárias: 1. Hidrocoloide; 2. Ácido graxo essencial; 3. Alginato de cálcio; 4. Sulfadiazina de prata. |

Fonte: Manual de procedimentos, Atenção Básica, MS¹⁴.

Quadro 7: Mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis para UBS que prevê o trabalho de uma ESF.

• **EQUIPAMENTOS**

1 caixa térmica para armazenar amostras para exames laboratoriais
1 cilindro de oxigênio (preso em suporte)
3 esfigmomanômetros (adulto)
1 esfigmomanômetro infantil
3 estetoscópios (adulto)
1 estetoscópio infantil
1 balança antropométrica adulto
1 balança infantil
1 régua antropométrica
1 central de nebulização c/5 saídas
1 nebulizador (para uso em visitas domiciliares e em caso de danos na central de nebulização)
2 focos c/ haste flexível
2 glicosímetros
1 suporte de soro
1 cadeira de rodas

• **INSTRUMENTAIS**

4 tesouras Mayo reta 14 cm
1 Tesoura Metzembaun Reta 14cm
2 Tesouras Íris Reta 12 cm
2 Tesouras Íris Curva 12 cm
2 porta agulhas Hegar
6 pinças Hemostática (mosquito)
8 pinças Kelly reta
8 pinças Kelly curva
6 pinças Pean 14 cm
6 pinças Kocher reta
6 pinças Kocher curva
6 Pinças de dissecação (anatômica) 15 cm
6 Pinças de dissecação (anatômica) dente de rato 15 cm
10 Espéculos Collin pequenos
10 Espéculos Collin médios
5 Espéculos Collin grandes
6 pinças Cheron 25 cm
2 fitas métricas flexíveis inelásticas
6 cubas rim

6 cubas redondas

2 tambores médios (por sala de procedimento)
4 campos cirúrgicos fenestrados
5 almotolias
1 cabo de bisturi
2 caixa inox pequenas (c/tampa)
2 caixa inox médias (c/tampa)

• **MOBILIÁRIOS**

1 biombo duplo
1 armário vitrine
1 estetoscópio de pinar
1 detector ultra-sônico (fetal)
2 lanternas clínicas para exame
1 negatoscópio
1 oftalmoscópio
1 otoscópio

Fonte: Manual de estrutura física, MS, 2006¹⁵.

6 O QUE A ESF DEVE ATENDER EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?

A Atenção Básica deve atender às seguintes situações de demanda espontânea¹⁶:

- | | |
|--|--|
| ☐ Anafilaxia | ☐ Intoxicações agudas por plantas tóxicas e medicamentos |
| ☐ Cefaleia | ☐ Mordedura de animais |
| ☐ Crise epiléptica e epilepsia | ☐ Queimaduras |
| ☐ Descompensação do diabetes mellitus: hipoglicemia e hiperglicemia | ☐ Rinossinusites/síndromes gripais |
| ☐ Diarreia e vômito | ☐ Sangramento genital anormal |
| ☐ Dispneia | ☐ Tonturas e vertigens |
| ☐ Disúria | ☐ Urgências odontológicas |
| ☐ Doenças de pele | ☐ Urgências oftalmológicas: "olho vermelho" |
| ☐ Dor abdominal | ☐ Atenção em saúde mental no acolhimento à demanda espontânea |
| ☐ Dor de ouvido | ☐ Comunicação de más notícias |
| ☐ Dor de garganta | ☐ Violência e maus-tratos |
| ☐ Dor lombar | ☐ Usuários "hiperutilizadores" |
| ☐ Dor torácica | ☐ Reanimação cardiopulmonar (RCP) |
| ☐ Hipertensão arterial sistêmica - alterações agudas | |

6.1 Que procedimentos realizar?

A Atenção Básica deve realizar os seguintes procedimentos¹⁴:

- ☐ Imunizações (soros e vacinas para as intercorrências)
- ☐ Inalações
- ☐ Curativos, drenagem de abscessos e suturas;
- ☐ Administração de medicamentos orais e injetáveis
- ☐ Terapia de Reidratação Oral
- ☐ Atendimentos em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia.
- ☐ Realização de encaminhamento adequado das urgências e emergências e de casos de maior complexidade.

Nas situações de demanda espontânea¹⁴:

- ☐ Drenagem de abscesso
- ☐ Exérese de cistos, lipomas e nevos
- ☐ Lavagem auricular - retirada de cerume
- ☐ Lavagem gástrica
- ☐ Remoção de corpos estranhos (farpas de madeiras e metálicas; pedras; roupas; vidro; prego; anzol; projéteis de arma de fogo; corpo estranho subungueal, ocular, nasal, auditivo e retal)
- ☐ Remoção de anel
- ☐ Remoção de molusco contagioso
- ☐ Tratamento de feridas superficiais
- ☐ Tratamento de unha encravada

7 COMO ATENDER URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESF?

Para atender à demanda espontânea com qualidade, são necessários:

☐ **Ambiência¹⁷**

Espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar meios acolhedores, resolutivos e humanos de atenção. Visa conforto, privacidade e individualidade de todos, valorizando os cheiros, cores, sons, luz e morfologia do local.

O espaço que possibilita o encontro de sujeitos nos processos de trabalho, com adequação das dimensões, aconchego, sinestesia de arte e cor, bem como proteção da intimidade do paciente e entendimento de que cada paciente é diferente do outro, além de bebedouros e instalações sanitárias devidamente higienizadas e com acessibilidades diversas.

☐ **Acolhimento¹⁸**

Consiste em um método de atenção às necessidades de saúde da população que procura os serviços de saúde, ouvindo seus anseios e dando respostas adequadas a ela, sob atendimento com responsabilização e resolutividade, além de articulações a outros serviços para eficácia dos encaminhamentos quando esses forem necessários.

Nas Unidades Básicas de saúde, o acolhimento, além da abordagem do usuário/comunidade, também realiza, em ambiente confortável e privado, a primeira escuta de suas necessidades, assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e o direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema, seja na própria unidade ou em outro serviço com a garantia do atendimento. Os protocolos e propostas são adaptáveis a cada situação, local ou demanda.

O acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS é diferenciado do atendimento pontual hospitalar, visto o conhecimento mais apurado da equipe de ESF com a população de seu território, além do vínculo maior, estabelecendo a continuidade do cuidado. Além disso, o usuário também define o que é necessidade de saúde para ele e várias das demandas espontâneas que surgem podem ser acolhidas e resolvidas na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço¹⁹.

A demanda espontânea pode ser organizada na unidade da saúde da família com adoção da avaliação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, para facilitar a identificação das diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas prioridades e nisso, o trabalho em equipe é fundamental, pois já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso¹⁶.

Em relação à definição de intervenções de acordo com a avaliação final de risco e vulnerabilidades, o Ministério da Saúde as classifica em situação "Não Aguda", na qual as intervenções podem ser programadas e "Aguda", na qual o atendimento deve ser imediato, prioritário ou no dia¹⁶ (Quadro 8).

Com a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e de Gestão do SUS, foram estabelecidos protocolos de atendimento em emergência baseado no acolhimento e na classificação de risco e protocolo com avaliação clínica, cardiorrespiratória, neurológica e mental²⁰. Roncato, Roxo e Benites²¹ seguiram essa linha de ação adaptaram um protocolo de triagem com classificação de risco criado para uso exclusivo da Estratégia de Saúde da Família, testado e aprovado em seus estudos e com ótica centrada no usuário, sem seguir critérios de avaliação burocráticos e necessitar exclusivamente de avaliação médica (Tabela 1).

Quadro 8: Classificação geral de risco dos casos de demanda espontânea na ESF

Situação não aguda
Condutas possíveis: • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
Situação aguda ou crônica agudizada
Condutas possíveis: • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa. • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência. • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: Acolhimento à demanda espontânea, MS, volume II¹⁶.

Tabela 1: Classificação de risco por escala de cores para o atendimento de urgência e emergência na ESF.

Preto 	Parada cardíaca ou Respiratória Perda força, movimento ou sensibilidade em face, braços e pernas Trauma crânio-encefálico Grave (Glasgow<12) Fraturas, luxações, entorses Dor torácica de início súbito (<1 hora) em pacientes hipertensos, diabéticos ou cardiopatas Queimaduras graves ou em crianças Inconsciência Hipotermia Insuficiência respiratória (cianose, confusão mental, dificuldade de fala) Hemorragia ativa Crise convulsiva Agitação, alucinação, delirium
Vermelho 	Dor torácica (> 2 horas) Pressão Arterial > 170/100 mmHg Pressão Arterial < 80/40 mmHg Hipertensão sintomática: PA >150/100 mmHg com Cefaléia, náusea, vômitos, vertigem, etc HGT > 300mg/dl ou < 50mg/dl Crise asmática Gestantes: dor em baixo ventre, perdas de fluídos vaginais Febre (tax 39°C) Suspeita de Varicela
Amarelo 	Diarréia aguda (mais de 5 episódios por dia) com sinais de desidratação Dor abdominal aguda, náusea ou vômitos Dor de cabeça ou tontura, sem alteração de sinais vitais Dor de ouvido Olho vermelho, com irritação conjuntival Sintomas urinários (disuria, oligo-anúria) Dor lombar com sintomas urinários ou febre Prostração em crianças
Verde 	Tosse, congestão nasal, coriza, dor de garganta e Tax <38,5°C Dor crônica com piora recente Atraso menstrual (mais de 30 dias) Constipação intestinal Assaduras em bebês Suspeita de Pediculose e escabiose Inapetência e hipoatividade em crianças sem alteração de sinais vitais
Azul 	Problemas ou queixas há mais de 15 dias Renovação de receitas Requisição e/ou retorno de exames Encaminhamento, contra-referências Cólica menstrual Atraso menstrual (menos de 30 dias) Atestados e laudos

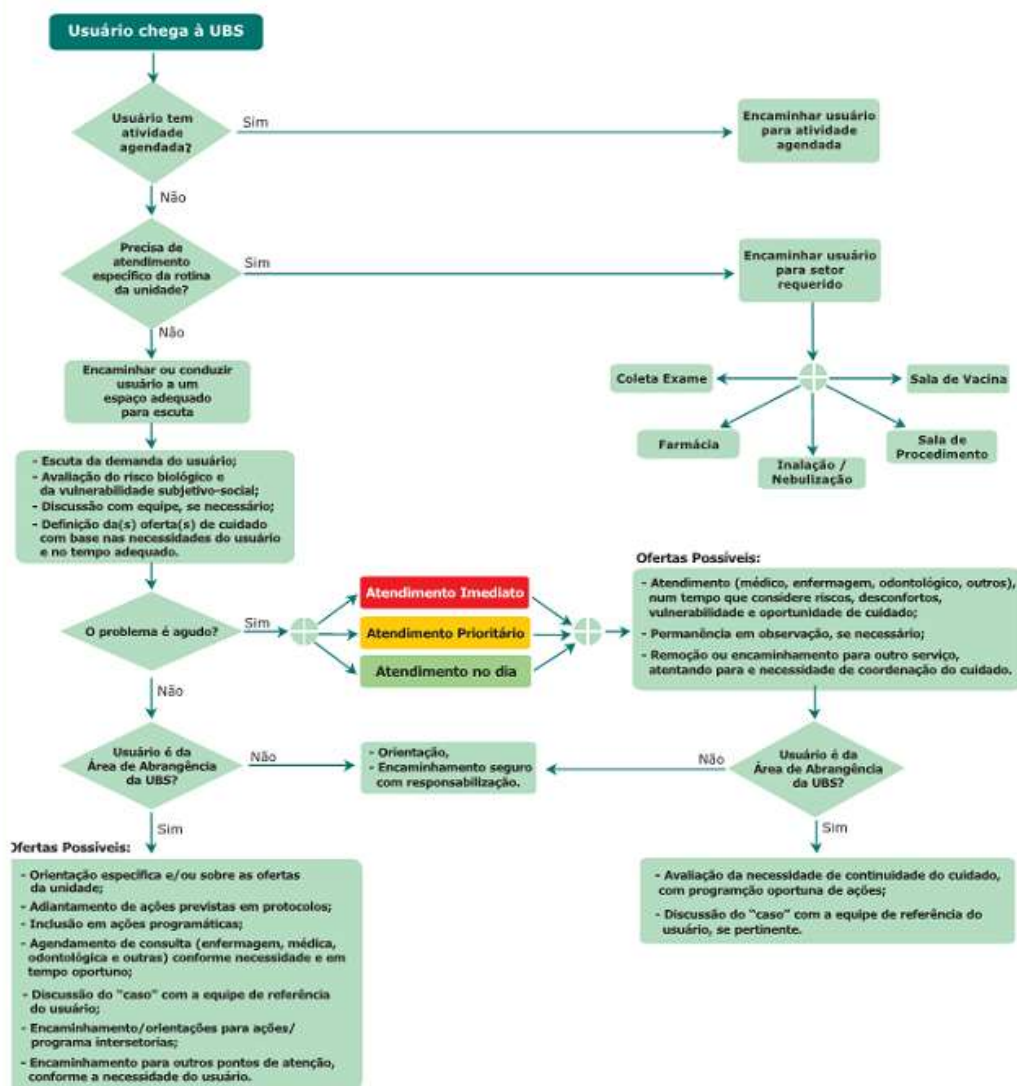
Fonte: RONCATO; ROXO; BENITES, 2012²¹.

7.1 Fluxograma de Atendimento

O fluxograma de atendimento representa um padrão de demanda espontânea dos usuários da Unidade de Saúde, desde a recepção ao encaminhamento aos profissionais ou procedimentos da unidade e/ou encaminhamento aos demais níveis de atenção, dentro de recursos físicos, materiais e humanos adequados (figura 3). A lógica do fluxograma se dá de forma que¹⁶:

- ❑ Os usuários com atividades agendadas ou da rotina da unidade devam ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção.
- ❑ Os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem sem agendamento prévio devam ter: capacidade de identificar riscos e analisar vulnerabilidades, clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, bom relacionamento com os colegas da unidade, algum grau de resolutividade e respaldo para contactar outros serviços na rede de atenção à saúde, se necessário.
- ❑ A equipe de ESF fortaleça os vínculos com a população na comunidade, não ficando restritas à estrutura física da UBS, visto que muitas necessidades de saúde podem advir no território.

Figura 3: Fluxograma de atendimento à demanda espontânea na Atenção Básica



Fonte: Acolhimento à demanda espontânea, MS, volume II¹⁶.

8 PARA ONDE ENCAMINHAR AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ESF?

Como visto anteriormente, a classificação final da vulnerabilidade e/ou dos riscos aos quais o usuário está submetido após a sua avaliação no acolhimento à demanda espontânea na unidade básica de saúde irá direcioná-lo a profissionais e procedimentos dentro da unidade ou a outros serviços de maior suporte técnico-operacional da rede de atenção às urgências e emergências por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU (figuras 4 e 5).

Figura 4: Fluxo do acolhimento para pacientes que chegam à Unidade de Saúde solicitando atendimento médico sem consulta previamente agendada.



Fonte: RONCATO; ROXO; BENITES, 2012²¹.

Figura 5: Encaminhamento da triagem após a classificação de risco.



Fonte: RONCATO; ROXO; BENITES, 2012²¹.

8.1 Referência e contra-referência

O sistema de referência e contra-referência é um método administrativo e gerencial de operacionalização do SUS no qual as unidades seguem uma hierarquia, de acordo com o tipo de serviço, equipamentos e especialidades que oferecem e oferecem o acesso e atendimento das pessoas a todos dos níveis de atenção à saúde, visando à concretização dos princípios do SUS²².

O acesso aos outros níveis de atenção se dará através da referência de pacientes por ficha impresa (modelo- figura 6), sempre a partir da atenção básica, que deve ser garantida aos usuários pelo município. Às demais unidades especializadas caberia receberem o usuário triado pelas unidades básicas e, após o atendimento desse usuário, fazer a contra- referência à unidade básica de origem, com as orientações necessárias para que o profissional da referida unidade pudesse dar continuidade ao atendimento de forma coerente²².

No entanto, para organizar o Sistema de Referência em cada região de saúde é necessário²³:

- ☐ Conhecer as condições das unidades de cada Microrregião (municípios);
- ☐ Identificar os serviços disponíveis em nível regional e municipal;
- ☐ Articular politicamente a consolidação do Sistema de Referência Estadual nos três níveis;
- ☐ Identificar os recursos humanos especializados disponíveis;
- ☐ Garantir recursos materiais e insumos para cobertura e resolutividade dos serviços;
- ☐ Garantir a divulgação e informações sobre os serviços;
- ☐ Garantir a organização e oferta da atenção básica com resolutividade
- ☐ Garantir a referência e contra-referência municipal, regional e estadual;
- ☐ Capacitar profissionais para a implementação do Sistema de
- ☐ Garantir recursos orçamentários e financeiros para consolidação e manutenção dos serviços de referência;
- ☐ Incentivar a interiorização de profissionais especializados através de capacitação e incentivos financeiros;
- ☐ Garantir e vincular recursos de investimento para infra-estrutura, equipamentos e modernização gerencial para o sistema de referência regionalizado.

Figura 6: Modelo de ficha para referência e contra- referência em urgência e emergência para ESFs do município de Teresina- PI.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA		 SUS Sistema Único de Saúde	
FICHA DE REFERÊNCIA			
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: _____			
PRONTUÁRIO Nº: _____		CARTÃO DO SUS: _____	
NOME DO USUÁRIO: _____			SEXO: _____
DN: ____/____/____	NOME DA MÃE: _____		
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____			
DATA DO ACOLHIMENTO: _____		HORÁRIO: _____	
PARA UNIDADE DE SAÚDE: _____			ESPECIALIDADE: _____
QUEIXA PRINCIPAL: _____			
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: _____			
MEDICAÇÕES EM USO: _____			
EXAMES/ TRATAMENTO REALIZADO (S): _____			
PULSO: _____ bpm	RESPIRAÇÃO: _____ rpm	TEMPERATURA: _____ °C	PRESSÃO ARTERIAL: _____ x _____ mmHg
GLICEMIA CAPILAR: _____			
AVALIAÇÃO DE RISCO: () PRETO () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL			
JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO/ HD: _____			
_____ ASSINATURA DO PACIENTE/ RESPONSÁVEL		_____ ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL	
 PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA		 SUS Sistema Único de Saúde	
FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA			
DA UNIDADE DE SAÚDE: _____		ESPECIALIDADE: _____	
PARA UNIDADE DE SAÚDE: _____			
NOME DO USUÁRIO: _____			
PRONTUÁRIO Nº: _____		CARTÃO DO SUS: _____	
PARECER/ CONDUTA TERAPÊUTICA: _____			

ORIENTAÇÕES À UNIDADE DE SAÚDE/ RECOMENDAÇÕES: _____			

DATA: ____/____/____		_____ ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL	

Fonte: Thais Alexandre de Oliveira.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetividade do atendimento às urgências e emergências na ESF está diretamente ligada à infra-estrutura da unidade de saúde, capacitação profissional e principalmente sua ligação aos demais serviços da rede de atenção à saúde do SUS. É necessário ainda envolver a população adscrita para que ela participe do processo de construção da saúde, garantindo juntos a consolidação da universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências e emergência de qualquer idade sejam elas clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas, as obstétricas, bem como os traumas acidentais, as diversas formas de violência e os suicídios.

A ESF deve ser repensada pelos gestores como verdadeira colaboradora na rede de atenção às urgências e emergências, pois para que ela seja de fato atuante, políticas públicas devem ser implementadas no sentido de reestruturar, equipar, padronizar e avaliar as unidades de saúde da família, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, bem como capacitar todos os profissionais envolvidos, a fim de que todos possam estar engajados em prol do acolhimento adequado às necessidades da comunidade pela qual são responsáveis.

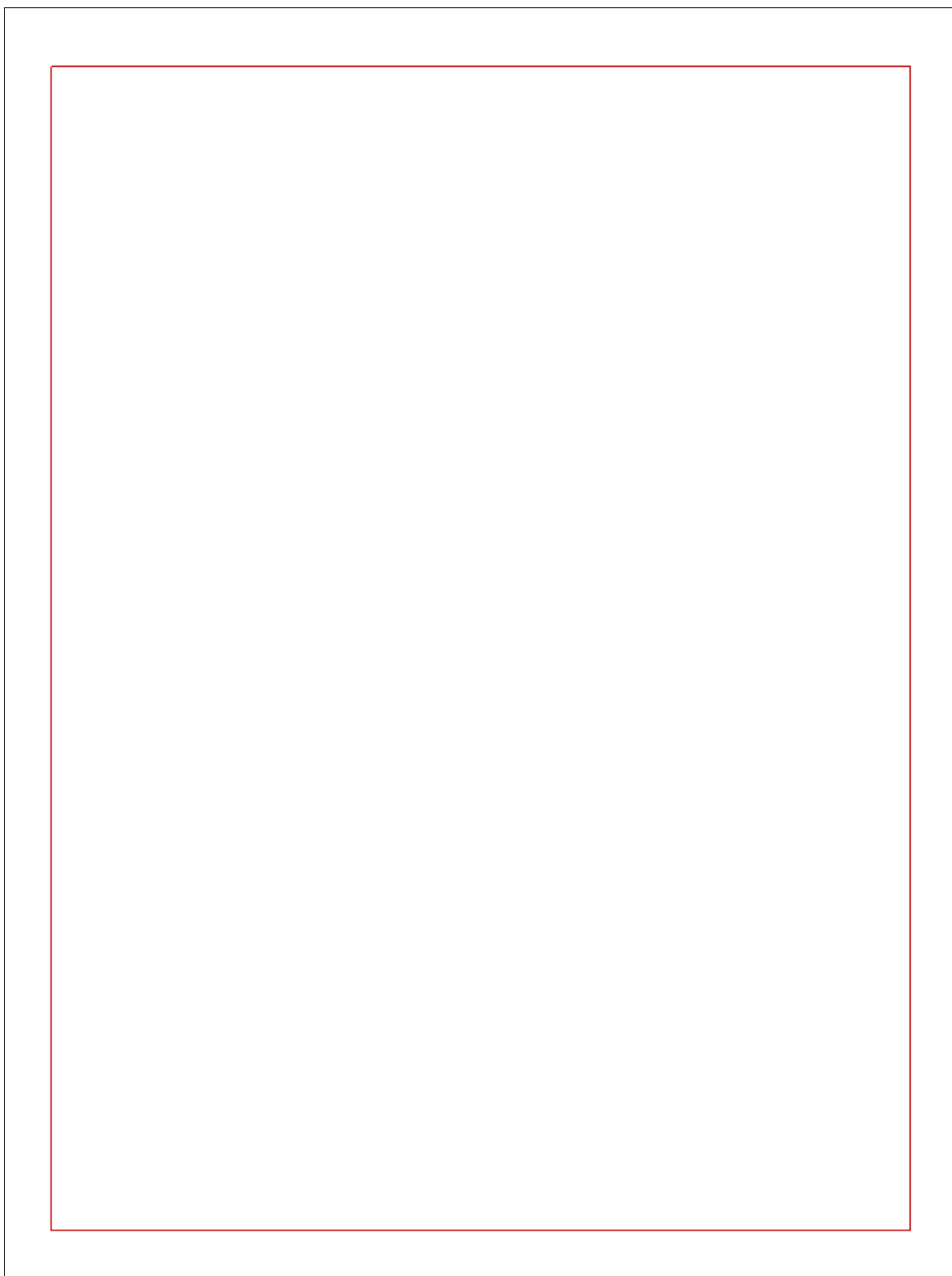
Estima-se que este trabalho contribua para sintetizar a importância da atenção básica na rede de atenção às urgências e emergências e seu papel fundamental nas transformações necessárias à qualidade de vida da população, sob melhoria de infra- estrutura, adoção de materiais e equipamentos específicos, capacitação profissional, readequação das equipes ao número de famílias, melhorias no planejamento estratégico das ações e avaliação das atividades. Estima-se também a contribuição intelectual e científica na aplicabilidade das ações propostas e estímulo a pesquisas congêneres, no auxílio a outros profissionais para a perpetuação do cuidar.

10 REFERÊNCIAS

1. MELO, Maria do Carmo B.; SILVA, Nara Lúcia C. **Urgência em atenção básica em saúde**. Nescon/UFMG: Belo Horizonte, 2011. 132p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3260.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.
2. BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.451, de 10 de março de 1995. Dispõe sobre o funcionamento de hospitais públicos e privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 março 1995. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>. Acesso em: 25 set 2012.
3. SANTOS, Nívea C.M. **Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência**. 5 ed. São Paulo: Editora Látex, 2008.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 25 set 2012.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3 ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 23 dez 2013.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 25 set 2012.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Urgência e emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011(a). 28p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/urgencia_emergencia.pdf. Acesso em: 25 set 2012.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011(b). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf. Acesso em: 25 set. 2012.

10. SANTANA, Milena L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v.6, n.19, p. 133-141, abr-jun, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/download/163/315>>. Acesso em 07 jan 2014.
11. GARCIA, Alessandra B.; PAPA, Marília A. F.; CARVALHO JÚNIOR, Paulo M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. *Revista Nursing*, v. 14, n. 167, p. 2160- 220. 2012.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de Nov. de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Ministério da Saúde e municípios : juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. 64p. (Série A - Normas e manuais técnicos- Cadernos de Atenção Primária n.30). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad30.pdf>. Acesso em: 23 dez 2013.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estruktura_fisica_ubs.pdf>. Acesso em: 23 dez 2013.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).
17. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
18. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. 56p. (Série B - Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)- (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).
20. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético- estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p (Série B- Textos básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 23 dez 2013.
21. RONCATO, Patrícia A.Z.B.; ROXO, Cristiano O.; BENITES, Daiane F. Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.56, n.4, p.308-313, out-dez, 2012. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/56-4/1048.pdf>>. Acesso em: 07 jan 2014.

22. ORTIGA, A M. B. **Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde**. Mimeo, 2006.
23. SCHRADER, Fátima Ticianel. **Sistema Estadual de Referência do SUS Mato Grosso**. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/AvaliaSaude_Web.pdf>. Acesso em: 05 out. 2011.





5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da ESF lidam com as urgências e emergências diariamente, realizando atendimento dos casos conforme as tecnologias que dispõem na UBS: equipamentos, materiais, insumos e o conhecimento particular concernente a cada situação. Acresce que a pesquisa evidenciou um território demográfico e economicamente importante da capital que simplesmente não está preparado para compor efetivamente a rede de atenção proposta pelo governo federal através do Ministério da Saúde.

Evidenciou-se, por meio dos depoimentos, condutas frágeis no acolhimento dos usuários, resultantes da precariedade de recursos físicos e materiais, bem como do despreparo dos profissionais que compõem a equipe de ESF, que culminam em ações paliativas, medidas caseiras e, muitas vezes, incoerentes com o que a rede de atenção propõe.

Os profissionais entendem a ESF como anteriormente era vista: uma estratégia baseada em ações de promoção da saúde, bem como prevenção e proteção de doenças e isso inclui: palestras educativas, visitas domiciliares e consultas ambulatoriais voltadas ao cumprimento de metas dos programas de atenção à saúde da criança, da mulher, do homem e do idoso nas consultas de puericultura, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer, hipertensão, tuberculose e hanseníase, por exemplo.

Acresce que as políticas públicas ampliaram a visão da ESF na atenção básica; aquela que agora atende às variadas necessidades da população assistida e que conta com outras entidades em uma rede de atenção para atendê-las, não mais em uma hierarquia, mas em uma linha de integração, ou seja, cada um com sua relevância e contribuição. Muitos profissionais adotam o cuidado de urgência e emergência com improvisos e tentam resolver e/ou encaminham para outros serviços; outros, sob transferência de responsabilidade ou por não concordar ser esse o princípio da ESF, recusam o atendimento.

Quanto às dificuldades e formas de enfrentamento, revelam-se com o estudo a disparidade e precariedade em infraestrutura para a assistência à população. As unidades são desproporcionais entre si em organização física e oferta de serviços; não seguem um padrão de estruturação, nem oferecem igualmente os serviços. Todos funcionam exclusivamente com equipes de ESF, mas algumas unidades têm salas de vacina e coleta de exames laboratoriais, por exemplo, enquanto outras não têm sala para todos os

profissionais realizarem as consultas no mesmo horário, ou ao menos um nebulizador ou sala de curativos. Muitas equipes trabalham em casas adaptadas ou galpões improvisados temporariamente, sem o mínimo para funcionamento de qualidade. Estruturalmente, a UBS não está preparada nem mesmo para atender às atividades eletivas básicas propostas com a criação do Programa Saúde da Família; não obstante, há demanda espontânea.

Os profissionais estão sobrecarregados com os atendimentos de rotina, seja pelo excesso no número de famílias acompanhadas em suas muitas necessidades, seja pelo excesso de atribuições impostas para o cumprimento de metas estabelecidas à ESF no tocante aos programas padrão pactuados. Dessa forma, não encontram maneiras práticas para conciliar as ações diárias à demanda espontânea, pois não há um planejamento estratégico voltado para a assistência aos programas e às condutas imediatistas na atenção às urgências e emergências. Mas como fazer um planejamento estratégico com a equipe se, além da baixa motivação profissional, perduram problemas como a curta permanência com a comunidade (rotatividade profissional) e ausência de treinamento aos iniciantes em ESF?

Médicos e enfermeiros da ESF não são capacitados para o atendimento de urgência e emergência, visto que os treinamentos são voltados apenas para as ações preventivas e promocionais da saúde; as capacitações não contemplam todos os profissionais igualmente nem no tocante às referidas atividades, o que exclui por completo as abordagens aos agravos inesperados de saúde. A boa atuação e o bom resultado do trabalho desses profissionais estão diretamente pautados em grande parte na busca pessoal por qualificação ou atualização temática e compromisso particular de fazer sempre o melhor que pode, algo inadmissível quando se existem normas e regulamentos a serem cumpridos e fiscalizados.

Esses trabalhadores desconhecem a ESF como integrante da rede de atenção às urgências e emergências, assim como as legislações de amparo relacionadas; os que receberam algum treinamento e kits para alguns atendimentos imediatistas não demonstraram ter sido orientados que as políticas foram reorganizadas. Isso mostra a necessidade de apresentação, pelos representantes governamentais, aos profissionais envolvidos das novas abordagens em saúde, sempre que se fizer necessário, tendo a informação e capacitação em saúde como um direito de todos os trabalhadores e dever do Estado.

Entende-se, a partir dos depoimentos prestados à pesquisa, que a população não está preparada para as orientações sobre o que considerar urgência e emergência e quando procurar a atenção básica até que os profissionais estejam devidamente envolvidos e

preparados para suas ações na rede de atenção à saúde. Orientá-las nesse momento seria confundi-las e atrasar o socorro, quando tempo, nesse sentido, é primordial, haja vista a precariedade de infraestrutura, materiais e qualificação profissional.

A ESF precisa ser avaliada constantemente não somente quanto à carência de recursos físicos necessários à saúde da população, o que realmente coloca a saúde em uma situação alarmante, mas também quanto ao cumprimento das atividades e carga horária completa estabelecida aos profissionais. Com a demanda eletiva, muitos fazem o atendimento de rotina e ao encerrarem o número de pacientes do dia, vão embora, reduzindo a carga horária diária. Mas com o atendimento à demanda espontânea, os mesmos devem se fazer presentes na comunidade.

Infere-se ainda que a rede de atenção à saúde não funciona na capital, não somente pela escassez de recursos físicos, humanos e materiais adequados, mas devido também ao sistema de referência e contra-referência, tão relatado pelos sujeitos do estudo. A rede de atenção proposta não cumpre o ciclo e o usuário do serviço fica perdido nesse “emaranhado” de encaminhamentos e orientações, porque o que se observa são condutas faladas e pouco documentadas, ficando a cargo do paciente contar, à sua maneira, o que aconteceu com ele desde o primeiro atendimento, se ele conseguir ter suas necessidades plenamente atendidas e retornar à comunidade. É mister, contudo, padronizar as formas de referenciamento e contra-referência para que o usuário do serviço possa ser conduzido de forma mais organizada, segura e correta.

Além disso, a ESF deve ser repensada pelos gestores como verdadeira colaboradora na rede de atenção às urgências e emergências na capital, pois para que ela seja de fato atuante, políticas públicas devem ser implementadas no sentido de reestruturar, equipar e padronizar as USFs, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, bem como capacitar todos os profissionais envolvidos, desde o recepcionista ao médico, a partir do momento em que são nomeados para a ESF, a fim de que todos possam estar engajados em prol do acolhimento adequado às necessidades da comunidade pela qual são responsáveis.

Considerando a seriedade e o compromisso em constatar a realidade dos fatos na veracidade das respostas por meio deste estudo, utilizando metodologia respeitável e buscando de forma ética cada entrevista, em cada unidade e pessoalmente, conclui-se que este trabalho certamente irá contribuir para um novo olhar sobre a atenção básica e seu papel fundamental nas transformações necessárias à qualidade de vida da população, sob melhoria de infra-estrutura, adoção de materiais e equipamentos específicos, capacitação profissional, readequação das equipes ao número de famílias, melhorias no planejamento

estratégico das ações e avaliação das atividades. Estima-se também a contribuição intelectual e científica na aplicabilidade das ações propostas e estímulo a pesquisas congêneres, no auxílio a outros profissionais para a perpetuação do cuidar.

REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly P., et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n.2, p.146-152. Jun, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200021>. Acesso em: 07 jan 2014.

AGGIO, Juliana. Teoria da percepção segundo Aristóteles. **Kalagatos- Revista de Filosofia**, v. 4, n. 8, p. 129- 142, 2007. Disponível em: <http://www.uece.br/kalagatos/dmdocuments/V4N8_2007_teor_da_percepcao_aristotele_s.pdf>. Acesso em: 26 mar 2013.

BADUY, Rossana S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado; um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.295-304, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/11.pdf>>. Acesso em: 23 dez 2013.

BARRETTA, João Paulo F. O conceito de vivência em Freud e Husserl. **Psicologia USP**, v. 21, n.1, p. 47-78, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42042/45710>>. Acesso em: 10 mar2010.

BARROS, Delba M; SÁ, Marilene C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n.5, p2473-82. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-812320100005000022>. Acesso em: 25 set 2012.

BOEMER, Magali Roseira. A condução de estudo segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev. Latino- am. Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 83- 94, jan, 1994. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n1/v2n1a08.pdf>>. Acesso em: 26 mar 2013.

BOING, Antônio F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998- 2009. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.2, p.359-66, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2012nahead/3709.pdf>>. Acesso em: 23 dez 2013.

BOSI, Maria Lúcia M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p. 575- 586, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232012000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 dez 2013.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.451, de 10 de março de 1995. Dispõe sobre o funcionamento de hospitais públicos e privados. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 10 março 1995. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 25 set 2012.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

_____, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/orientacoes_upas.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, MS/ Fiocruz, 1996. Disponível em: <http://www.dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/.../Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

_____, _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, MS/ Fiocruz, 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____, _____. Portaria GM/MS nº. 1.863, de 29 de setembro de 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/.../portaria_1883_de_29_09_2003.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, _____. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de Nov. de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf>. Acesso em: 07 jan 2014.

_____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf>. Acesso em: 23 dez 2013.

_____. **Procedimentos.** Brasília, Ministério da Saúde, 2011. 64p. (Série A – Normas e manuais técnicos- Cadernos de Atenção Primária n.30). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad30.pdf >. Acesso em: 23 dez 2013.

_____. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 23 dez 2013.

_____. **Manual instrutivo da sala de estabilização:** componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 20p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_sala_estabilizacao.pdf>. Acesso em: 05 fev 2014.

_____. **Regulação Médica das urgências.** Brasília, Ministério da saúde, 2006 (a). (Série A- Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____. **Política nacional de atenção às urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (b). 3ed. ampl. 256p. (Série E – Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

_____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília:Ministério da Saúde, 2012. 110p. (Série E – Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 23 dez 2013.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B - Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 05 fev 2014.

_____, _____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético- estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48p (Série B- Textos básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 23 dez 2013.

_____, _____. _____. **Urgência e emergência**: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. 28p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/urgencia_emergencia.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, Senado Federal. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Senado Federal, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

_____, _____. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Senado Federal, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8142.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

CACCIA-BAVA, Maria do Carmo, et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 347-54. 2011. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2011/vol44n4/AO_Pronto-atendimento%20ou%20aten%E7%E3%20b%E1sica_escolhas.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

CAMARGO, Brígido V. ALCESTE: um programa informativo de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, 2005. 603p.

CAMARGO, Brígido V.; JUSTO, Ana M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v.21, n.2, p. 513- 518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 dez 2013

CARVALHO, Jairo D. O objeto em geral e o conhecimento em geral em Kant: o juízo estético e o juízo do conhecimento. **Prometeus Filosofia em Revista**, ano 3, n.6, p.1-19,

2010. Disponível em: <<http://seer.ufs.br/index.php/prometeus/article/viewFile/753/631>>. Acesso em: 10 mar 2014.

CASTRO, Thiago G. **Percepção e autoconsciência: modelos experimentais na naturalização da fenomenologia**. 2013. 217f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/80073>>. Acesso em: 10 mar 2014.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008.

D' AGOSTINI, Renata L., et al. O entendimento da equipe de enfermagem da estratégia de saúde da família sobre urgência e emergência. **O mundo da saúde**, v.36, n.3, p.461-467, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/8.pdf>. Acesso em: 23 dez 2013.

GARCIA, Alessandra B.; PAPA, Marília A. F.; CARVALHO JÚNIOR, Paulo M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Revista Nursing**, v. 14, n. 167, p. 2160- 220. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HUNTER, Scott. A natureza de nossa realidade. In: _____. **A motivação é o sucesso: virando o jogo na vida profissional**. São Paulo: Futura, 2007, p. 42- 49.

LIMA, Fabiane S. S., et al. O Atendimento de Urgência oferecido por profissionais da ESF da SER II de Fortaleza. **61º congresso brasileiro de enfermagem**. Dez, 2009. Disponível em: <http://abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02530.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

LUDWING, Maria Luiza M.; BONILHA, Ana Lúcia L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 56, n. 1, p. 12-17. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v5n1/a03v56n1.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

LUMER, Sandra; RODRIGUES, Paulo Henrique A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Rev. APS**, v. 14, n. 3, p. 289-295, jul/ set. 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/898>>. Acesso em: 25 set 2012.

MELO, Maria do Carmo B.; SILVA, Nara Lúcia C. **Urgência em atenção básica em saúde**. Nescon/UFMG: Belo Horizonte, 2011. 132p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3260.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

MINAYO, Maria Cecília S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

NOVÁS, José Díaz; ZAYAS, Nancy Guinart. Las Urgencias en la atención primaria. Utilización del servicio. **Rev. Cubana Med Gen Integr**, v. 23, n. 4. 2007. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi02407.html>. Acesso em: 25 set 2012.

PEIXOTO, Letícia S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, n. 29, p.324 -340, enero, 2013. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144121>>. Acesso em: 10 mar 2014.

PINTO, Alessandra M.S.; NAJAR, Alberto L. Cultura e instituições de saúde; estudando a participação de traços culturais da sociedade brasileira no processo de trabalho de serviços da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p.4375- 4384, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a10v16n11.pdf>>. Acesso em: 23 dez 2013.

PROENÇA, Déborah. Redes em conexão: mais qualidade, melhor gestão e resolutividade. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano 12, n.30, set/dez. 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia30.pdf>. Acesso em: 23 dez 2013.

PROENÇA, Déborah. Saúde a toda hora: a rede de atenção às urgências e emergências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano 12, n.30, set/dez. 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia30.pdf>. Acesso em: 23 dez 2013.

RATI, Rose, M.S., et al. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.18, n.12, p.3663- 3672, 2013. Disponível em: <<http://WWW.redalyc.org/pdf/630/63028840022.pdf>>. Acesso em: 07 jan 2014.

RATINAUD, Pierre. **IRAMUTEQ**: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, 2009. [Computer software]. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 27 dez 2013.

REINERT, Max. **ALCESTE**: une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application. Paris: Societé Image, 1998.

RONCATO, Patrícia A.Z.B.; ROXO, Cristiano O.; BENITES, Daiane F. Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.56, n.4, p.308-313, out-dez, 2012. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/56-4/1048.pdf>>. Acesso em: 07 jan 2014.

SANTANA, Milena L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**,

v.6, n.19, p. 133-141, abr-jun, 2011. Disponível em:
<<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/163/315>>. Acesso em 07 jan 2014.

SANTOS, Nívea C.M. **Urgência e emergência para enfermagem**: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência. 5 ed. São Paulo: Editora Látrica, 2008.

SEIBT, César Luís; Heidegger: da fenomenologia “reflexiva” à fenomenologia hermenêutica. **Princípios Rev. de Filosofia**, v. 19, n. 31, p. 79- 98, jan/jul., 2012. Disponível em: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4064736.pdf> Acesso em: 26 mar 2013.

SCHULTZ, Sérgio. A análise gödeliana do conceito de Percepção.**Dois pontos**, Curitiba, São Carlos, v. 9, n. 2, p.135-150, out., 2012. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/doispontos/article/viewArticle/27074>. Acesso em: 26 mar 2013.

TORRES, Ana Amália P; SANTANA, Bianca P. Atuação dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente as situações emergenciais. **I mostra científica XVIII CIC XI ENPOS**. 2009. Disponível em:
<http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/cs/cs_00783.pdf>. Acesso em: 25 set 2012.

UCHÔA, Alice C. Experiências inovadoras de cuidados no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.29, p.299-311, abr-jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000200005&script=sci_artext>. Acesso em: 23 dez 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ-
UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde- CNS)

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ ou por seus representantes legais manifestem sua anuência à participação na pesquisa (art.IV, resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, Thais Alexandre de Oliveira, estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação do professor Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita, que tem como título: "**Percepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência**". Esse estudo é justificado pela observação da sobrecarga de atendimentos no nível secundário de atenção à saúde com urgências em parte passíveis de atendimento na atenção primária. Os objetivos desse estudo consistem em: descrever a percepção de condutas adotadas pelos profissionais de saúde da família no atendimento prioritário em urgência e emergência sob as situações mais prevalentes; analisar as dificuldades e formas de enfrentamento encontradas por estes profissionais para atenção de qualidade nas urgências e emergências apresentadas no serviço; analisar a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família e a relação com a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço nas situações de urgência e emergência dentro da atenção básica; avaliar o impacto da atenção à saúde das vítimas de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família no decorrer do atendimento; elaborar um manual de orientação para assistência primária e referenciamento das situações mais prevalentes de urgência e emergência aos profissionais da atenção básica. Os riscos que você pode encontrar em participar desse estudo serão constrangimento ou desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais ou, simplesmente, em responder a algumas perguntas durante a entrevista. Como benefício de participação, esse trabalho resultará em publicação científica e um manual de orientação de atendimento e referenciamento às urgências e emergências mais prevalentes na Estratégia Saúde da Família.

Esse estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, na qual será realizada uma entrevista com perguntas relacionadas aos objetivos já citados, cujas respostas serão coletas por meio de um gravador de áudio do pesquisador, em ambiente isolado do próprio ambiente de trabalho do entrevistado e posteriormente analisadas por um programa de computador pessoal do pesquisador.

Gostaria de contar com sua colaboração, como participante da pesquisa, conversando comigo e respondendo às perguntas durante a entrevista, pois suas respostas serão muito importantes para esse estudo. Mas sua participação é voluntária, podendo interrompê-la ou cancelá-la a qualquer momento, sem riscos ou prejuízos ou represálias de qualquer natureza, ou seja, você



só participa se quiser, até quando quiser. Você não precisa responder a qualquer pergunta ou parte das informações obtidas na pesquisa se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

Comprometo-me a respeitar os seguintes princípios:

- Tratar suas respostas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome das pessoas que participarem desse estudo, seja durante ou depois da pesquisa;
- Não fornecer, de maneira alguma, cópia das informações que adquiri para pessoas estranhas ao grupo de pesquisa, como também não fazer perguntas fora das colocadas para coleta de dados.

Após leitura dessas explicações, você pode fazer qualquer pergunta antes, durante ou após a realização da pesquisa para entender como será esse estudo e interromper a entrevista a qualquer momento, assim como manter contato para dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa durante sua realização.

As descobertas dessa pesquisa serão compartilhadas mais amplamente em publicações e congressos.

Agradeço sua participação

Contato: Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família- Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí- Uninovafapi- Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, bairro Uruguai. CEP 64073- 505 Fone: (86) 2106- 0700/ Fax (86) 2106- 0740- Endereço eletrônico: <http://www.uninovafapi.edu.br/> <http://www.mestrado.uninovafapi.edu.br> – Email: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br

Após ter sido devidamente informado (a), estou esclarecido (a) sobre todos os aspectos que envolverem esta pesquisa. Assim, dou meu consentimento de participação, na certeza da garantia do anonimato.

Teresina- PI, ____/ ____/ ____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do orientador/ pesquisador responsável: _____

Assinatura da autora/ pesquisadora participante: _____

[Assinaturas manuscritas]

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

- Idade
- (Pós) Graduação
- Profissão/ Ocupação
- Tempo de serviço
- Número de famílias atendidas
- Número total de profissionais da equipe
- Carga horária/ Turno de atendimento

2 PERGUNTAS

- Como você percebe o atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família?
 - Quais as dificuldades que você encontra para a assistência de urgência e emergência dentro de seu território de ação?
 - Como você enfrenta as situações adversas a esse atendimento?
 - Quais as situações de urgência e emergência que você já presenciou aqui na Unidade básica de Saúde ou na comunidade? Que condutas você tomou?
 - Que treinamento sobre urgência e emergência você recebeu dentro de suas atividades laborais na Estratégia Saúde da Família? Conhece quais legislações de amparo ao atendimento?

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA- PIAUÍ- BRASIL
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE- FMS
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE- DVS/FMS

**TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**

Eu, AMARILES DE SOUZA BORBA, diretora de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde da cidade de Teresina, estado do Piauí, declaro que a aluna THAIS ALEXANDRE DE OLIVEIRA está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: "PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA", sob a responsabilidade do pesquisador GERARDO VASCONCELOS MESQUITA, cujo objetivo geral é "analisar a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do atendimento de urgência e emergência na atenção primária".

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Garantia de adotar medidas para prevenir e minimizar riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Teresina, 30 de julho de 2013.


AMARILES DE SOUZA BORBA

Amariles de Souza Borba
Diretora de Vigilância em Saúde
DVS/FMS

ANEXO B- CARTA DE APROVAÇÃO DO ESTUDO

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pesquisador: GERARDO VASCONCELOS MESQUITA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20688713.7.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 422.516

Data da Relatoria: 25/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa da percepção dos profissionais (médicos e enfermeiros) que compõem efetivamente e há pelos menos 1 semestre a estratégia saúde da família da zona sudeste de Teresina- PI sobre o atendimento de urgência e emergência, cujos objetivos são analisar essa percepção, descrevendo as condutas adotadas no atendimento prioritário sob as situações mais prevalentes, as dificuldades e formas de enfrentamento encontradas e avaliando o impacto da atenção à saúde das vítimas de urgência e emergência na atenção primária, além de elaborar um manual de orientação para atenção primária e referenciamento das situações mais prevalentes de urgência e emergência. Os referidos participantes da pesquisa serão selecionados em ordem numérica de registro da relação de unidades de Saúde da Família fornecidos pela diretoria regional de saúde leste sudeste de Teresina- PI e convidados a participar da pesquisa, totalizando 92 profissionais (100%). Estarão excluídos aqueles profissionais com tempo inferior a 6 meses de trabalho, de cargo contrário ao proposto como participante, os que se recusarem a participar da pesquisa ou de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como aqueles que estejam de férias, licença ou não forem encontrados durante o período de coleta de dados, esse a ser realizado tão logo o projeto seja aprovado em definitivo. Aos

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

[Assinatura]
Francineide Lima Coelho Mouton
coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 422.516

profissionais que aceitem participar e tiverem dentro dos critérios de inclusão será realizada, dentro de seus ambientes de trabalho e em local reservado, uma entrevista de roteiro semi- estruturado com 12 questões referentes ao atendimento de urgência e emergência nas unidades de Estratégia Saúde da Família. Os dados serão coletados em gravador de áudio e analisados e categorizados com auxílio do programa ALCESTE 4.8,

respeitando o anonimato e confidencialidade dos entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as situações de urgência e emergência dentro da atenção primária e a relação com a qualidade do atendimento prestado aos usuários do serviço. Descrever a percepção sobre condutas adotadas pelos profissionais de saúde da família no atendimento prioritário em urgência e emergência sob as situações mais prevalentes; Analisar as dificuldades e formas de enfrentamento encontradas por estes profissionais para atenção de qualidade nas urgências e emergências apresentadas no serviço; Avaliar o impacto da atenção à saúde das vítimas de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família no decorrer do atendimento; Elaborar um manual de orientação para assistência primária e encaminhamento das situações mais prevalentes de urgência e emergência aos profissionais da atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os participantes do estudo poderão sofrer constrangimento ou desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou simplesmente em responder algumas perguntas durante a entrevista.

Benefícios: O benefício da participação dos sujeitos do estudo será a publicação científica e produção de manual de orientação de atendimento e encaminhamento às urgências e emergências mais prevalentes na Estratégia Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho de grande importância para a saúde pública e para a saúde da família. Bem elaborado e que não apresenta problemas éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui que o protocolo de pesquisa encontra-se aprovado porque o mesmo está elaborado de

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 422.516

acordo com a Resolução CNS 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

o Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se aprovado porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/12.

TERESINA, 11 de Outubro de 2013

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

Assinador por:
FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br