

LEÔNIDAS REIS PINHEIRO MOURA

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

TERESINA

2013

LEÔNIDAS REIS PINHEIRO MOURA

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de Pós-
Graduação Mestrado Profissional em Saúde da
Família da 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 Pesquisa: A saúde da família no ciclo vital

TERESINA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

M823p MOURA, Leônidas Reis Pinheiro.

Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência. Leônidas Reis Pinheiro Moura. Orientador(a): Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2013.

87. p.

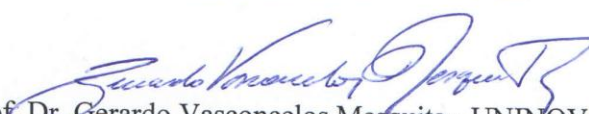
LEONIDAS REIS PINHEIRO MOURA

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

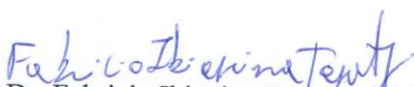
Trabalho de Conclusão de Mestrado submetido
à Coordenação do Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito
para obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

Data da Aprovação: 27/06/2013

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita - UNINOVAFAPI (Presidente)


Profa. Dra. Elyrose de Sousa Brito - UESPI - (1ª Examinadora)


Prof. Dr. Fabricio Ibiapina Tapety - UNINOVAFAPI (2º Examinador)


Profa. Dra. Eliana Campelo Lago (Suplente)

AGRADECIMENTOS

A meus pais Ismael Pereira de Moura e Roseliz Reis Pinheiro de Moura, que e deram a vida a sabedoria.

A meus irmãos Leôncio Reis Pinheiro Moura, Maria Madalena Reis Pinheiro e José Edrisse pelo apoio.

À minha amada mulher Profa. Ms. Joseneide Teixeira Câmara, pela ajuda e paciência. Tu és minha inspiração.

À minhas amadas filhas Catharina Câmara Moura e Marília Câmara Moura por quem vivo e morro.

Aos usuários das unidades básicas de saúde do município de Caxias, motivadores e participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e pelas informações prestadas, sem os quais não teria sido possível esta realização, a minha gratidão, admiração, respeito e, sobretudo, minha solidariedade.

Ao Centro Universitário Uninovafapi e aos docentes do Programa de Mestrado em saúde da Família, o meu agradecimento pela aprendizagem que me possibilitaram.

À Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura e a Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita pelo estímulo e compreensão dispensada às questões de saúde pessoais e familiares enfrentadas por mim durante o mestrado. Verdadeiros modelos de profissionais a serem seguidos, pela dedicação, estímulo e entusiasmo com que prosseguiram à realização deste estudo. A minha admiração e reconhecimento.

Prof. Dra. Elyrose de Sousa Brito e ao Prof. Dr. Fabricio Ibiapina Tapety pelas valiosas sugestões a este estudo durante a banca de qualificação do projeto.

Aos colegas do mestrado pelas demonstrações de afeto e pelo convívio fraterno.

A todos que, direta ou indiretamente, apoiaram e colaboraram para o meu crescimento pessoal e para a realização desta pesquisa, o meu agradecimento.

“O Homem livre é senhor de sua vontade e
escravo somente de sua consciência”
(ARISTÓTELES).

RESUMO

Na década de 1990, teve início a implantação do Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde e que propõe a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. A implantação dessa estratégia vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no Norte e Nordeste, onde as condições de vida e saúde são ainda mais precárias. A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis de atenção, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalares, assim como na convalescença, recuperação e reabilitação. A Portaria GM/MS nº. 2.048/2002 estabelece a responsabilidade da Atenção Primária em Saúde no acolhimento (atendimento) das “urgências de baixa gravidade/complexidade”. Os casos agudos e crônicos agudizados, de naturezas clínicas, traumáticas e psiquiátricas devem ser atendidos neste primeiro nível da atenção em geral e, em particular, na Estratégia de Saúde da Família. O estudo tem como objetivo analisar a percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência, analisar a percepção dos usuários das estratégias da saúde a respeito da estrutura do serviço e recursos materiais utilizados no atendimento de urgências e emergências e analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Estudo de campo com abordagem qualitativa exploratória descritiva com 30 usuários. Foi utilizada como técnica de obtenção de dados a entrevista semi-estruturada. Os dados foram processados no software Alceste 4.8. Foram construídas quatro classes: Classe 1 - Satisfação do usuário com o atendimento de urgência e emergência na Saúde da Família, Classe 2 - Justificativas para a busca de atendimento de urgência e emergência na Unidade de Saúde da Família, Classe 3 - Estrutura da unidade de saúde da família para o acolhimento no atendimento de urgência/emergência, Classe 4 - Compreensões do significado de urgência e emergência para o usuário da Saúde da Família. Pôde-se analisar, a partir dos relatos dos sujeitos em relação à satisfação do usuário com o atendimento de urgência/emergência na SF, a satisfação com o cuidado produzido, atendendo suas necessidades. No entanto, evidenciou-se que os aspectos organizativos das ESF contribuem para a insatisfação dos usuários, podendo ocasionar um distanciamento entre a equipe e os usuários fragilizando, dessa forma, a efetividade e a capacidade resolutiva da SF no município. Quanto às condições da estrutura da USF, se percebe realidades da assistência divergentes. Enquanto umas USF têm boa estrutura física (apesar de não estar adequada para o atendimento), instrumentos e equipamentos adequados, materiais e insumos em quantidade suficiente para atender a demanda e as situações de urgência e emergência, outras USF vivenciam com a precarização limitando assim assistência ao usuário de forma segura e contínua, além de não estar em consonância com as diretrizes da PNAB e da Portaria GM/MS nº 2048. Além disso, foi mencionado o descontentamento com o preparo técnico dos profissionais de saúde e aos critérios utilizados por estes na prestação do atendimento, que deve ser aprimorado. No que tange as situações de saúde que levaram o usuário a buscar o atendimento de urgência e emergência nas USF, foram de forma variadas, podendo ser classificadas por situações que envolvem dor, trauma/ lesão, hipertensão arterial e diabetes descompensados e urgências pediátricas, como febre, diarreias e insuficiência respiratória. A concepção dos usuários sobre o significado de urgência e emergência possuem diferentes percepções sobre as situações de urgência, que variam de acordo com os problemas de saúde do usuário.

Palavras chave: Atendimento de Urgências e Emergência. Estratégia Saúde da Família. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

In the 1990s, the implementation of the Health Family Program, now called the Family Health Strategy, with the aim of contributing to the construction and consolidation of the Health System, proposes a model reorientation from primary care. The implementation of this strategy has contributed to improve the epidemiological indicators in all regions of Brazil, especially in the North and Northeast, where the conditions of life and health are even more precarious. The emergency care must flow at all levels of care, organizing assistance, from primary care to post-hospital care as well as convalescence, recovery and rehabilitation. The Ordinance GM/MS n. 2.048/2002 establishes the responsibility of Primary Health care (care) of "emergency low severity / complexity." The acute and chronic cases worsen dramatically, Natures clinics, and psychiatric trauma should be treated at the first level of care in general and in particular in the Family Health Strategy. To analyze users' perception about the emergency and urgent care in primary care, analyze the users' perception of health strategies regarding the structure of the service and material resources used in the care of urgencies and emergencies and analyze the users' perception of Health Family Strategy care and emergency care delivery. A qualitative descriptive exploratory with 30 users. Was used as a technique for obtaining data to semi-structured interview. The data were processed using the software Alceste4.8. We constructed four classes: Class 1 - User satisfaction with the emergency and urgent care in Family Health, Class 2 - Justifications for seeking urgent care and emergency unit in Family Health, Class 3 - Structure health unit to the host family in urgent care / emergency, Class 4 - Understandings of the meaning and emergency for the user of family Health. We can analyze the reports of the subjects in relation to user satisfaction with urgent care/emergency in SF from, the satisfaction with care produced, meeting their needs. However, it became clear that the organizational aspects of the ESF contribute to the dissatisfaction of users and may result in a gap between the staff and users weakening thus the effectiveness and response capacity in the city of SF. Regarding the conditions of the structure of Family Health Unit, one realizes the divergent realities assistance. While Family Health Unit has a good physical structure (although not suitable for this service), adequate tools and equipment, materials and supplies in sufficient quantity to meet the demand and urgency and emergency, other USF experience with the precariousness thus limiting assistance the user to safely and continues beyond is not in line with the guidelines of National Primary Care Policy and GM/MS nº. 2048. Moreover, it was mentioned dissatisfaction with the technical training of health professionals and the criteria used by them in provision of care, which should be improved. Regarding the health situation that led you to seek urgent care and emergency at USF, were of varied form and may be sorted by situations involving pain, trauma/injury, hypertension and decompensated diabetes and pediatric emergencies, as fever, diarrhea and respiratory failure. The conception of users about the meaning of urgent care and emergency have different perceptions about the urgent care situations, which vary according to the health problems of the user.

Keywords: Emergency and Emergency Care. Family Health Strategy. Assistance to Health.

RESUMÉN

En la década de 1990, se inició la implementación del Programa de Salud Familiar, que ahora se llama la Estrategia Salud de la Familia, con el objetivo de contribuir a la construcción y consolidación del sistema de salud, se propone un modelo de reorientación de atención primaria. La implementación de esta estrategia ha contribuido a mejorar los indicadores epidemiológicos de todas las regiones de Brasil, especialmente en el Norte y Nordeste, donde las condiciones de vida y la salud son aún más precaria. La atención de emergencia debe fluir en todos los niveles de atención, asistencia organización, desde la atención primaria a la atención post-hospitalaria y convalecencia, recuperación y rehabilitación. El GM / MS n. 2.048/2002 establece la responsabilidad de la atención primaria de salud (atención) de "baja intensidad / complejidad de emergencia." Los casos agudos y crónicos empeoran drásticamente, las clínicas de las naturalezas, y traumas psiquiátricos deben ser tratados en el primer nivel de atención en general y en particular en la Estrategia Salud de la Familia. Analizar los usuarios la percepción acerca de la emergencia y de atención de urgencias en atención primaria, analizar los usuarios de la percepción de las estrategias de salud con respecto a la estructura de los recursos de los servicios y materiales utilizados en la atención de las urgencias y emergencias y analizar la percepción de la estrategia de los usuarios Cuidado de la salud familiar y la prestación de atención de emergencia. A descriptivo exploratorio cualitativo con 30 usuarios. Se utilizó como técnica para la obtención de datos a la entrevista semi-estructurada. Los datos fueron procesados con el software Alceste4.8. Se construyeron cuatro clases: Clase 1 - Satisfacción del usuario con la emergencia y de urgencia en Salud de la Familia, Clase 2 - Razones para la búsqueda de atención urgente y de emergencia en la unidad de salud de la familia, la clase 3 - Estructura unidad de salud a la familia de acogida en cuidado / de emergencia, urgentes Class 4 - Comprensión del significado y de emergencia para el usuario de la Salud de la Familia. Podría ser analizado, a partir de los informes de los sujetos en relación a la satisfacción del usuario con atención de urgencia / emergencia en SF, satisfacción con la atención producida, la satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, se hizo evidente que los aspectos de organización del FSE contribuyen a la insatisfacción de los usuarios y pueden dar lugar a una brecha entre el personal y los usuarios lo que debilita la capacidad de la eficacia y la respuesta en la ciudad de San Francisco. En cuanto a las condiciones de la estructura de la USF, uno se da cuenta de la asistencia realidades divergentes. Mientras USF tiene una buena estructura física (aunque no es adecuado para este servicio), las herramientas adecuadas y el equipo, materiales y suministros en cantidad suficiente para satisfacer la demanda y urgencia y de emergencia, otra experiencia USF con la precariedad que limita la asistencia al usuario de forma segura, y continúa más allá de que no está en consonancia con las directrices de BANP y GM / MS N ° 2048. Además, se mencionó la insatisfacción con la formación técnica de los profesionales sanitarios y los criterios utilizados por ellos en prestación de atención, lo que debería mejorar. En cuanto a la situación de salud que te llevó a buscar atención de emergencia y de emergencia en la USF, eran de forma variada y puede ser ordenado por situaciones relacionadas con el dolor, el trauma / lesiones, la hipertensión y la diabetes descompensada y urgencias pediátricas, como fiebre, diarrea e insuficiencia respiratoria. El diseño de los usuarios sobre el significado de atención de emergencia tienen diferentes percepciones acerca de las situaciones de emergencia que varían de acuerdo a los problemas de salud del usuario.

Palabras clave: emergencia y atención de urgencia. Estrategia Salud de la Familia. Asistencia a la Salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Contextualização do problema.....	09
1.2 Objetivos do estudo.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 A Estratégia Saúde da Família.....	13
2.2 A Política de Urgência e Emergência na Estratégia Saúde da Família: uma porta de entrada na rede do SUS.....	15
2.3 Atendimento em Urgência e Emergência aos usuários da Estratégia Saúde da Família.....	25
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 Tipo do Estudo.....	24
3.2 Cenário do Estudo.....	24
3.3 Sujeitos do Estudo.....	24
3.4 Técnicas e instrumento para produção dos dados.....	25
3.5 Análise de Dados.....	25
3.6 Aspectos Éticos e Legais.....	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
4.1 Manuscrito 1.....	28
4.2 Manuscrito 2.....	55
4.3 Cartilha educativa sobre as Situações de Urgência e Emergência Atendidas na ESF.	61
5 CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	79
ANEXO.....	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

No Brasil, adota-se um sistema de saúde público, único, normatizado e que, legalmente, assegura a todo cidadão brasileiro uma assistência à saúde de qualidade, oportuna e resolutiva. Todavia, mesmo contando com esses avanços, o sistema de saúde brasileiro ainda não logrou suprir de modo satisfatório as necessidades do cidadão comum e isto se torna mais evidente quando se refere à assistência de urgência e emergência.

A atenção básica recebe pacientes de todas as faixas etárias e portadores das mais diversas patologias. A qualidade deste serviço é essencial para condução e estabilização adequadas do quadro dos pacientes e evita possíveis sequelas, e até mesmo a morte. O atendimento imediato, em menor tempo possível, realizado por profissionais de saúde capacitados com os conhecimentos para utilização de técnicas próprias em uma estrutura física com os materiais necessários disponíveis, torna-se indispensável para uma assistência de qualidade.

Inegavelmente, uma urgência ou emergência com risco de morte imediata é um momento dramático para qualquer ser humano, assim como é legítimo o seu direito a uma oportuna assistência de qualidade e oportuna, condição esta prevista, nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde a implantação do SUS, por determinação da Constituição de 1988 e regulamentação das Leis 8.080 e 8.142 (1990), a atenção à saúde no Brasil propõe um modelo baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Além disso, reconhece fatores condicionantes e determinantes para a saúde: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1996).

Na década de 1990, teve início à implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1998).

Conforme Alves (2005) a implantação da ESF vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no Norte e Nordeste, onde as condições de vida e de saúde são ainda mais precárias.

De acordo com a Política de Saúde vigente, o acesso da população à rede de saúde, deve ocorrer pelos Serviços de Atenção Básica, que precisam estar aptos a acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde. Os agravos que não são resolvidos nesse nível necessitam ser referenciados para serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 2006). A integração entre os diferentes níveis de atenção faz-se necessária para se garantir a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades de saúde dos usuários.

Nesse contexto, observa-se, nos últimos anos, que houve uma mudança nas necessidades de atenção à saúde impulsionada pelo crescimento da demanda de serviços na área de urgência e emergência. Tal mudança de demanda se deve também ao aumento dos agravos a população, principalmente de origem externa, com o aumento do número de acidentes, da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial para esse atendimento (BRASIL, 2011).

Além disso, a assistência a pacientes com quadros críticos é realizada em instituições destinadas prioritariamente a esse fim, como os prontos-socorros, e esses se mostram sobrecarregados com a demanda. Assim, torna-se necessário reestruturar os Sistemas de Urgência, de modo a envolver toda a rede assistencial, desde a atenção básica, o atendimento pré-hospitalar até a rede hospitalar de alta complexidade.

Essa reformulação implica no atendimento aos usuários com quadros de urgência e emergência, prestado por todas as portas de entrada do SUS, de modo a possibilitar a resolução de seus problemas ou o encaminhamento para um Serviço de maior complexidade, quando necessário. Conforme a Portaria GM/MS 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002) a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalares, assim como na convalescença, recuperação e reabilitação.

Assim, as atribuições e prerrogativas das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todas as equipes de ESF em todos os municípios brasileiros, sendo que a mesma deve ser capacitada continuamente para dispensar assistência baseada no acolhimento dos quadros agudos. Frente a isso, a UBS necessita de estruturação de recursos físicos e materiais necessários para o atendimento das situações de urgência e emergência.

Esse serviço, considerado como um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do sistema (BRASIL, 2011a), faz parte de uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento às urgências e emergências e caracteriza-se como o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde e que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte (BRASIL, 2002a).

No entanto, Santos e Merhy (2006) descrevem que a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias e não há um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vai desencadeando procura aos serviços que atendam urgências e emergências, revelando a baixa resolubilidade da Atenção Básica.

Os principais fatores que contribuem com essa situação, estão relacionados com a persistência do exercício hegemônico da clínica medico-centrada, a falta de preparo dos profissionais da Atenção Básica para o atendimento de necessidades de saúde mais complexas, a falta de organização da demanda espontânea e a incapacidade de absorvê-la, a dinâmica do processo de trabalho relacionado prioritariamente a práticas de saúde voltadas para a promoção e prevenção e a lógica do Serviço, organizado para o atendimento eletivo. (FRANCO; MERHY, 2007)

Corroborando, Merhy e Onocko (1997) ressaltam que o perfil da Atenção Básica, caracteriza-se com pequeno aporte tecnológico, sem apoio diagnóstico e terapêutico adequado e com composição restrita de recursos humanos.

Dessa forma, faz-se necessário uma reorientação que supra as deficiências individuais dos profissionais integrantes da estratégia, uma vez que, em sua maioria, não estão preparados para transformar o perfil de saúde da comunidade e executar um trabalho em equipe com características interdisciplinares verdadeiras.

O fortalecimento da atenção básica em saúde deve ser incentivado, uma vez que isso favorece a diminuição de complicações que levariam os usuários aos níveis de média e alta complexidade de atenção, minimizando, inclusive a médio e longo prazo, os custos destes setores.

Partindo-se dessa problemática, delineou-se como objeto do estudo, a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Diante do exposto, este estudo propõe o seguinte questionamento: como os usuários da saúde na Atenção Básica percebem o atendimento de urgência e emergência?

1.2 Objetivos do estudo

- Analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica;
- Analisar a percepção dos usuários da ESF a respeito da estrutura do serviço e recursos materiais utilizados no atendimento de urgência e emergência;
- Identificar as situações de urgências e emergência que levaram os usuários a procurar o serviço;
- Invesigar o conhecimento do usuário cerca dos conceitos de Urgência e Emergência;
- Elaborar uma cartilha sobre atendimento em urgência e emergência para usuários da saúde na Atenção Básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Estratégia Saúde da Família

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), é fundamental que a atenção primária e o PSF se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

De acordo com a Portaria nº 2048/GM (2002), ora supracitada, as atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica ou básica ampliada, conforme detalhamento abaixo:

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, frequentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo.

Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc, que tem como portas de entrada no SUS a Atenção Básica.

Frente a estes casos, considera-se pertinente ao paciente, conforme estabelecido pela Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, o direito a receber todos os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, quer se trate de cuidados preventivos, curativos, de reabilitação ou terminais, independente do caráter de complexidade, agravo, complicações e problemas colaborativos, seja na Atenção Básica e em outros serviços de média a alta complexidade.

Para tal, a enfermagem apresenta uma considerável capilaridade social no que se diz respeito às ações desenvolvidas na Atenção Básica, de maneira geral, no Sistema Único de Saúde. Ao enfermeiro, remete-se a competência de fornecer uma resposta adequada relativa às necessidades em cuidados de enfermagem valorizando a vida e a qualidade nela empregada; atribuir à vida de qualquer pessoa com igual valor, a partir dos preceitos de integralidade e universalidade regidos pelas Diretrizes do SUS na lei 8.080/90, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias, respeitando as doutrinas de equidade social (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Cabe também ao profissional de enfermagem, dentre os preceitos ético-deontológicos, a co-responsabilizar-se pelo atendimento de forma a agilizar os processos diagnósticos; manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e de sua equipe (aperfeiçoamento profissional) utilizando de forma competente as tecnologias (de técnicas e fundamentos teóricos), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas por um processo de Educação Continuada ou aperfeiçoamento em Recursos Humanos; dentre outras providências (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

No que diz respeito aos serviços de atendimento de urgências, especificamente, a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências pretende alcançar todos os níveis de prestação de assistência do SUS, organizando desde os serviços prestados nas UBS até os atendimentos de maior complexidade como os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Atua de forma a ampliar os acessos e meios de promoção de saúde a partir de um planejamento de ação ágil, voltado às necessidades da população considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade.

Conforme a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES o atendimento de urgências na Atenção Básica, consiste no primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, realizando acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a adoção de um Protocolo de Acolhimento preconiza sistematizar a assistência, especialmente a de enfermagem, acolhendo a demanda, estabelecendo a inclusão

do usuário otimizando os serviços, hierarquizando os riscos e formas de acesso aos demais níveis do sistema de saúde referenciados (sistema de referência e contra referência), diminuindo as filas das portas de entrada dos atendimentos de maior complexidade (níveis secundários e terciários) garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do paciente. O profissional deve ser dotado de um perfil para a mesma, ser treinado técnico cientificamente para exercer um trabalho qualificado e seguro (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Frente às diversas percepções dos usuários dos Serviços de Saúde na Atenção Básica, quando analisados sob a óptica do Atendimento de Urgência e Emergência, observa-se que a maioria dos estudos são muito mais voltados a aspectos da assistência como: a pertinência da procura ao serviço, a relação médico paciente e trabalho dos profissionais, a implantação de políticas para a urgência e emergência, o estresse e transtornos mentais em unidades de emergência, a mensuração dos tempos de espera e a adequação do atendimento de urgência e emergência de acordo com a gravidade.

2.2 A Política de Urgência e Emergência na Estratégia Saúde da Família: uma porta de entrada na rede do SUS

Para a organização vigente do Sistema de Saúde do Brasil (SUS), atender as pessoas com qualidade e resolutividade ainda é um grande desafio. Nas últimas décadas, muito se fez pela implementação de novos modelos de atenção à saúde, visando uma assistência universal, integral e equânime, como recomenda o SUS. Além disso, busca-se constantemente aplicar os princípios organizativos desse sistema, que enfatizam a necessidade de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada que permita o maior conhecimento dos problemas de saúde de áreas delimitadas, favorecendo as ações de saúde organizadas segundo níveis de complexidade.

A atenção à saúde no Brasil, desde a implantação do sistema único de saúde (SUS), por determinação da Constituição de 1988, e regulamentado por lei (Lei 8.080 e Lei 8.1420) em 1990, propõe um modelo de atenção baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação, assim como reconhece, como fatores condicionantes e determinantes para a saúde, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente,

trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1996).

A reorganização do modelo de atenção à saúde apresentou novas perspectivas desde a proposição da Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica. Experiências pioneiras, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), adotado pelo Ministério da Saúde em 1991, serviram como inspiração para o Programa Saúde da Família, que foi instituído em maio de 1994 (BRASIL, 2006).

Partindo dessa conjuntura, a Atenção às Urgências, uma das redes do SUS, enfatiza em primeira instância a humanização a que todo cidadão tem direito, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Conceituando, entendemos por urgência como a ocorrência imprevista de danos à saúde, em que não ocorre risco de morte, ou seja, o indivíduo necessita de atendimento médico imediato. Entre esses atendimentos podemos citar: 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 emergência é a constatação médica de condições de danos à saúde, que implicam risco de morte, exigindo tratamento médico imediato (SANTOS, 2008).

Para que se possa entender a evolução das formas de prestação de cuidado nas urgências e sua evolução, é necessária uma revisão do processo que resultou no modelo de saúde predominante, iniciado a partir das Portarias GM/MS nº 2.048/2002 e Portaria GM/MS nº 2.657/2004.

Em razão da necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências no País, em todos os níveis de atenção, por meio de trabalho articulado em rede, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, pela Portaria nº 2.048 (BRASIL, 2002a), com suas normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos Serviços. Nessa mesma direção, em 29 de setembro de 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, pela Portaria nº 1.863 (BRASIL, 2003a), e seu componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por meio da Portaria nº 1.864 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b).

A Portaria GM/MS nº. 2.048/2002 estabelece a responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (APS) no acolhimento (atendimento) das “urgências de baixa gravidade/complexidade”. Os casos agudos e crônicos agudizados, de naturezas clínicas, traumáticas e psiquiátricas devem ser atendidos neste primeiro nível da atenção em geral e,

em particular, na ESF. Trata ainda da estrutura física para atenção de urgências na Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2002a).

A responsabilidade da APS em relação às urgências também é contemplada na Portaria GM/MS nº. 1.863/2003 que, em seu artigo terceiro, propõe que esta seja uma das portas de urgência. Classifica ainda os Componentes Fundamentais para o funcionamento em rede das Urgências e Emergências em: Componente Pré-Hospitalar Fixo - Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências; Componente Pré-Hospitalar Móvel – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e os Serviços Associados de Salvamento e Resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional – 192; Componente Hospitalar – portas abertas às urgências, leitos de terapia intensiva, leitos gerais e especializados de retaguarda; Componente Pós-Hospitalar – atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral (BRASIL, 2003a).

A implantação do SAMU consiste em um serviço de emergência que funciona 24 horas por dia e conta com profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem as urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. O atendimento do SAMU é feito em qualquer lugar, como residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é realizado após chamada gratuita para o telefone 192, onde a ligação é atendida por técnicos da central de regulação que identificam a emergência e transferem para o médico regulador (BRASIL, 2010).

Nessa trajetória, outra Portaria administrativa, NOAS 01/0217 (2002b), destaca-se também como uma das primeiras a relacionar as urgências na Atenção Primária, definindo suas responsabilidades e atividades. Apesar disso, propõe apenas o controle do Diabetes e da Hipertensão, através de um primeiro atendimento às crises e às complicações.

A norma prevê também um tempo de permanência de até 8 horas para “atendimento médico de urgência com observação” também chamada de média permanência. Este item reforça a ideia de que é possível organizar uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) capaz de atender as demandas de urgências/emergências de seus clientes, através de uma estrutura física adequada, recursos humanos capacitados, equipamentos e medicamentos capazes de atender a uma possível evolução crítica do quadro clínico inicial (LUMER; RODRIGUES, 2011).

É válido ressaltar nessa política a contribuição da Portaria GM/MS nº. 648 (2006a) que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS entre outras atribuições dos profissionais das ESF. Ela recomenda, aos médicos da ESF, realizarem “pequenas urgências clínico-cirúrgicas”. Esta terminologia difere da utilizada pelas outras Portarias citadas (“urgências de baixa gravidade/complexidade”), porém ambas as expressões são indefinidas quanto a identificar que casos clínicos são classificados de “pequenas urgências” ou “baixa gravidade”.

Não obstante, considerando-se o crescimento desordenado da população nos últimos anos, o aumento do número de doenças crônico-degenerativas, o elevado índice de acidentes e da violência e o aumento da criminalidade, além da preferência dos usuários pelos serviços de urgência e emergência, tornou-se urgente a reestruturação da atenção secundária à saúde (BERNARDES *et al.*, 2009).

Isso se deu, em grande parte, por decorrência das dificuldades encontradas na atenção básica, sem acolhimento adequado, com poucos profissionais e sempre superlotada, mesmo para casos de baixa complexidade. Isto, por sua vez, sobrecarrega este nível de atenção, prejudicando um possível atendimento de urgência ou emergência que já não foi possível na atenção básica. Para a rede terciária, então, restam pacientes que vão a óbito logo após a admissão, ou que, em consequência das graves sequelas, permanecem hospitalizados por longos e indefinidos períodos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a atenção secundária à saúde se faz pelo componente pré e intra-hospitalar, formado por unidades fixas e móveis de urgência (BRASIL, 2010).

As unidades fixas de urgência e emergência são locais que se destinam a promover serviços médicos requeridos em caráter de urgência e emergência, para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, os quais devem ser realizados imediatamente e podem ser prestados por: Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde – realiza atendimentos de quadros agudos ou crônicos agudizados de baixa gravidade/complexidade, na sua área de cobertura, além das Unidades de Pronto Atendimento; Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências – são unidades de complexidade intermediária, que devem funcionar 24hs por dia, realizando atendimento referente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Os prontos-socorros e UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) são caracterizados atualmente por leitos ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão da equipe de saúde e grande pressão para novos

atendimentos, indicando um baixo desempenho do sistema de saúde, o que induz à baixa qualidade da assistência (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Isto contribuiu para a formação de serviços de saúde fragmentados, com falhas na integralidade da atenção à saúde. Desta forma, os serviços de urgência e emergência são acessados como porta de entrada do sistema, para solucionar questões que seriam resolvidas na maioria das vezes, na Atenção Primária à Saúde, pelas Unidades de Saúde da Família (USF's) que se caracterizam pela promoção, prevenção e educação em saúde, portanto porta de entrada da rede.

Por isso, prontos-socorros e UPA's são percebidos como serviços de baixa resolutividade e qualidade, pois são permeados por filas e tumulto. Soma-se a isso como obstáculo, a precariedade das condições materiais e tecnológicas, o número insuficiente de profissionais de saúde, a ausência de critérios de atendimento, a falta de humanização e acolhimento dos profissionais para com os usuários (QUEIROZ *et al.*, 2012).

Em contrapartida, a Qualificação dos Serviços de Urgência em 2004 tornou-se a prioridade do QualiSUS, tendo como argumento que o atendimento de urgência nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis nos serviços de saúde, porque apesar de lidar com situações vitais, as unidades em sua grande maioria não estão devidamente organizadas para este tipo de atendimento (BRASIL, 2005).

Com isso foi então criada a Política Nacional de Humanização (PNH) como um meio de rever valores morais e ético-humanos que foram “adormecendo” ao longo do tempo, principalmente nos serviços de urgência e emergência, onde são necessárias a agilidade e presteza das ações, consolidando marcas como a redução das filas e do tempo de espera; o direito do usuário em saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; o direito do usuário sobre o acompanhamento de pessoas de sua rede social e a gestão participativa dos trabalhadores e usuários, além da educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2006).

Embora o modelo assistencial brasileiro venha registrando esforços para reorganizar-se em direção à valorização e fortalecimento da Atenção Básica (AB) no seu sentido mais ampliado, as unidades básicas de saúde ainda não se configuram sequer como a principal "porta de entrada" do sistema. Como consequência, tem-se um fenômeno amplamente reconhecido em todo o mundo, que é a sobrecarga dos serviços de urgência com queixas de complexidade compatível com a AB (CACCIA-BAVA *et al.*, 2011).

Frente a este percurso histórico e evolutivo da Política Nacional de Urgência e Emergência, nota-se que o cenário da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde ainda mostra-se insipiente na prestação destes serviços uma vez que a percepção dos usuários

apontam falhas e burocracias no atendimento, fazendo com que muitos destes busquem outros serviços para assistirem suas necessidades.

É importante ressaltar que o atendimento às urgências/emergências exige uma rede articulada de serviços que vai desde o primeiro contato na Atenção Básica aos hospitais de referência. Assim, a formação dessa rede só será alcançada por meio de uma mudança efetiva, a ser feita não apenas com preparo de novos recursos humanos, mas, sobretudo de um ser crítico, cidadão apto a aprender a criar, a propor intervenções e a inovar. Ainda, enfatiza-se a importância da introdução precoce dos conteúdos sobre atendimento às urgências/emergências na ESF como estratégia facilitadora da formação de profissionais para atuarem numa perspectiva interdisciplinar no âmbito do SUS, respondendo às exigências de uma atenção de qualidade.

2.3 Atendimento em Urgência e Emergência aos usuários da Estratégia Saúde da Família

Em serviços de Urgência e Emergência os sinais e sintomas tidos como urgentes são um dos fatores decisivos para a utilização dos serviços de saúde, que se dará conforme a percepção do usuário do que é simples ou grave, bem como pela possibilidade de acesso e capacidade resolutive do serviço cogitado para atendimento.

Nesse sentido, as percepções dos usuários sobre urgência são diversas e encontram-se vinculadas aos problemas e às necessidades de saúde que compreendem desde o risco à vida até situações de menor complexidade e gravidade (ABREU, 2012).

Com base nesse pressuposto, a satisfação do usuário pode refletir diferentes objetivos de pesquisa (avaliar a qualidade ou conhecer a percepção do usuário) e encontra-se relacionado a eventos médicos e não médicos. A satisfação serve para avaliar desde as “amenidades do cuidado”, referindo-se a alimentação, limpeza e conforto, até a qualidade técnica dos serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

No caso da avaliação da qualidade, de acordo com Donabedian (1984), a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais. A avaliação da qualidade dos serviços admite sempre duas dimensões: o desempenho técnico, qual seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos, e o relacionamento com o paciente. Segundo este autor, a avaliação da qualidade do cuidado à

saúde pode dar-se em seus três componentes: *estrutura* (recursos utilizados pelo serviço), *processo* (procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes) e *resultado* (estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde).

Na Atenção Primária em Saúde a efetiva oferta de serviços de urgência e emergência requer a existência de condições tais como: hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção; utilização de protocolos clínicos; competência técnica dos profissionais; sistema de referência e contra referência; sistema de regulação do transporte e dos leitos de observação; sistemas de comunicação e logística; recursos tecnológicos mínimos; área física adequada, dentre outros (LUMER; RODRIGUES, 2011).

Cabe salientar também como ferramentas importantes para a Política de Urgência e emergência os mecanismos de Humanização do Atendimento, Acolhimento e Avaliação com classificação de riscos, haja vista que muitos serviços de urgência e emergência convivem com grandes filas, onde os pacientes disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, podendo acarretar até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado. Foi, assim, que surgiu a preocupação com a questão da humanização, que pode ser entendida como o valor atribuído aos sujeitos no processo de produção de saúde: trabalhadores, usuários e gestores (KLOCK *et al.*, 2006).

A humanização vista como política implica em traduzir os princípios do SUS como forma de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a tarefa de produção de saúde e de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde e contagiar a todos da rede SUS com atitudes e ações humanizadoras (BRASIL, 2004).

O acolhimento pode ser caracterizado como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, procurando atender a todos que procuram o serviço, ouvindo seus motivos e assumindo uma postura capaz de acolher, ouvir e fornecer as respostas mais adequadas a cada cliente. Visa prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e sua família com relação a outros serviços de saúde na continuidade da atenção e articulando com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006).

Um dos desafios neste tipo de serviço é o saber ouvir os clientes para coletar as informações de forma correta e poder atender as expectativas dos mesmos considerando que são características do serviço de urgência e emergência: o ambiente conturbado, a

impessoalidade e falta de privacidade devido ao grande número de pacientes, a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de saúde, o número insuficiente de médicos, o ritmo excessivo de trabalho e a ansiedade, que tendem a gerar uma comunicação impessoal e mecanizada com o passar do tempo (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

A avaliação com classificação de risco pressupõe a determinação de maior ou menor agilidade no atendimento, a partir de um protocolo pré-estabelecido, que analisa o grau de necessidade do usuário, proporcionando uma assistência baseada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2006).

A classificação de risco é uma ferramenta que organiza a fila de espera e propõe outra ordem de atendimento que não à ordem de chegada, além de outros objetivos como: a garantia do atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; a informação para o cliente que não corre risco elevado sobre o tempo provável de espera; a promoção do trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; a oferta de melhores condições de trabalho para os profissionais; o aumento da satisfação dos usuários e principalmente a possibilidade da pactuação e da construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Assim, os objetivos da classificação de risco são: avaliar o usuário na chegada do serviço de urgência e emergência humanizando a assistência; desafogar a demanda de pacientes no pronto-socorro; diminuir o tempo de espera para o atendimento médico para que o paciente seja visto de forma precoce de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário de forma que o cliente seja encaminhado diretamente às especialidades conforme a sua situação; informar os tempos de espera; promover a orientação dos usuários sobre o serviço e retornar informações a familiares (BRASIL, 2006).

Portanto, para que possa ser uma realidade a implantação da central de acolhimento e classificação, existe alguns requisitos necessários como: o estabelecimento de fluxos e protocolos de atendimento; a capacitação das equipes de acolhimento e classificação de risco; o sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; a quantificação dos atendimentos diários, perfil da clientela e horários de pico; além da adequação da estrutura física das áreas de atendimento de urgência e pronto-atendimento (BRASIL, 2006).

Souza *et al.* (2008) avaliaram o acesso e acolhimento na atenção básica, a partir da percepção dos usuários e dos profissionais de saúde de UBS e ESF em três capitais do Nordeste brasileiro. Os resultados mostraram críticas a questões relacionadas ao acesso, tais como demora no agendamento e resultados de exames e atendimentos; falta de profissionais,

falta de medicamentos, dentre outros. No acolhimento, os usuários mostraram-se, principalmente, descontentes com o modo como é recebido e com a decisão de serem atendidos pelo médico ser de responsabilidade de outro profissional (Enfermeiro, Auxiliares, Técnicos) que não o próprio médico. Também apresentaram dificuldades em aceitar a organização dos atendimentos priorizando quem mais precisa em detrimento de quem chegou primeiro, e de grupos prioritários como diabéticos e hipertensos, idosos e crianças.

Oliveira *et al.* (2009) revelam que usuários exercem uma preferência pelos serviços chamados de urgência e emergência não só pela maior disponibilidade de horário, mas também pela não existência de limitação no número de vagas para consultas médicas. Corroborando com essa ideia, estudo realizado na Emergência de Adultos de um hospital geral de Pernambuco, constatou que 74,5% dos atendimentos realizados eram por queixas típicas da atenção básica, não se caracterizando, portanto, como urgência. Essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos, pois acarreta acúmulo de tarefas, contribui para o aumento dos custos de atendimento e gera sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004).

Outros estudos apontam que na percepção do usuário a utilização dos serviços de saúde na UBS como demora nas consultas médicas e dificuldade de acesso à terapia medicamentosa para alívio da dor, são um dos motivos que justificam a frequente procura por outros serviços em detrimento ao atendimento oferecido na UBS (PALVA *et al.*, 2006; SOUZA; FIGUEIREDO; PINTO, 2010; D'AGOSTIN, 2012).

Na percepção dos profissionais de saúde, resultados mostram que os usuários procuram os serviços de urgência e emergência frequentemente por motivos socioeconômicos e, muitas vezes, inadequados para o serviço (ACOSTA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

Há que se considerar, ainda, que as percepções dos usuários sobre urgência sejam variadas e se encontram vinculadas a problemas e necessidades de saúde que imprimem risco à vida, que precisam de atendimento imediato. Entretanto, essas percepções nem sempre correspondem às alterações biológicas consideradas urgentes pelos critérios biomédicos.

Por fim, ainda são poucos os estudos que investigam a percepção de usuários dos serviços de saúde tendo como foco os serviços de Urgência e Emergência na Atenção Básica, sendo esta, também atenção Primária em Saúde, uma das grandes portas de entrada no Sistema Único de Saúde.

2 METODOLOGIA

3.1 Tipo do Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Diante desse enfoque, ressalta-se que a pesquisa qualitativa adequa-se ao objeto deste estudo, por considerar o universo dos significados, os valores, as relações e a subjetividade dos sujeitos e a partir daí permitiu o conhecimento das experiências vividas, dos cuidados recebidos, dos valores e das crenças próprias do universo dos usuários dos serviços investigados (MINAYO, 1999).

3.2 Cenário do Estudo

O cenário desta investigação é o Município de Caxias, com área de 5.150,647 km², situado na região leste do Estado do Maranhão, a 374 quilômetros da capital maranhense, São Luís, e 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. Apresenta uma população de 155.129 habitantes (IBGE, 2011).

O município de Caxias possui 32 Unidades de Saúde, todos com equipes da ESF implantadas, sendo 59 equipes distribuídas nas unidades com 40 na zona urbana, distribuídas em 20 UBS's e 19 na zona rural, distribuídas em 12 UBS's, perfazendo um total 676 profissionais de saúde assim distribuídos: 43 Médicos, 59 Enfermeiros, 59 Cirurgiões – Dentistas, 105 técnicos de enfermagem, 376 ACS e 59 ASB, com uma cobertura da ESF de 100% da população.

3.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram 30 usuários da Estratégia Saúde da Família das Unidades de Saúde dos bairros DNER, Nova Caxias, Cangalheiro, Teso Duro e Volta Redonda . Foram

adotados como critério de inclusão, os usuários que tinham recebido atendimento de urgência/emergência nas UBS's que abrigam as ESF investigadas.

Foram escolhidas amostras em zonas diferentes da cidade, na tentativa de obter um universo de maior representatividade dos diferentes grupos e estratificações sociais demográfica do município. Foram excluídos usuários menores de 18 anos de idade e que não assinaram o TCLE.

3.4 Técnicas e instrumento para produção dos dados

Foi utilizado como técnica de obtenção de dados a entrevista (roteiro de entrevista – APENDICE A) para analisar a percepção dos usuários da Atenção Básica em relação ao atendimento de Urgência e Emergência nas Unidades Básicas de saúde de Caxias. Minayo (1994) ressalta que, na realização da pesquisa, deve-se utilizar a metodologia que se ajuste a teoria a qual esteja embasada.

A abordagem ao usuário aconteceu após coleta de informações verbais com membros das ESF sobre a ocorrência de situações de urgência e emergência na comunidade atendida pela aquela equipe de ESF. A seguir buscou-se o indivíduo no seu domicílio que estava naquela situação para ter acesso às informações sob a ótica do usuário.

3.5 Análise de Dados

O tratamento e análise dos dados foram realizados por meio do software Alceste 4.8, criado por Reinert, na França, no final de 1970, por meio da Classificação Hierárquica Descendente, ou seja, da relação entre as Classes formadas a partir do *Corpus*, com base nas entrevistas dos sujeitos da pesquisa. Este software foi introduzido no Brasil em 1998. É um programa de análise textual informatizada e automatizada que recorre a concorrência das palavras nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e sumariar informações consideradas mais relevantes, e possui a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais como referência em sua base metodológica (RIBEIRO, 2004).

Segundo Reinert (1990), este software é uma potente ferramenta para análise automática de texto, porque identifica as informações essenciais do mesmo e as quantifica para extrair as estruturas com seus significados mais fortes. O programa apresenta uma organização possível dos dados através de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes, as relações existentes entre as mesmas, o contexto semântico de cada classe, entre outros.

Para Camargo (2005), além disso, o ALCESTE segmenta o material das respostas das entrevistas dos sujeitos em grandes unidades denominadas de Unidades de Contexto Inicial (UCI), que dizem respeito às respostas que os sujeitos mencionaram frente à pergunta norteadora, e Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são segmentos do texto, dimensionados pelo programa informático em função do tamanho do *corpus*.

Seguindo o modelo proposto por este autor, realizaram-se as etapas descritas a seguir: gravação e posterior transcrição das entrevistas; formatação do *corpus*, realizando um único arquivo digitado no *Word for Windows 2000*, salvo no tipo texto-txt. Digitaram-se as linhas de comando sempre antes de cada conteúdo semântico da entrevista, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI). Nas linhas de asteriscos ou de comando foram digitadas as variáveis do estudo.

Posteriormente, o programa realizou a divisão do *corpus*, com base na ocorrência das palavras em função de suas raízes e procedeu ao cálculo da frequência destas formas reduzidas para obter um significado das classes produzidas. Para obtenção das classes, foi aplicado o método de Classificação Hierárquica Descendente, utilizando-se o teste qui-quadrado (χ^2) das formas reduzidas (ALBA, 2004).

Após a formatação do *corpus*, seguiu-se a análise no *software* Alceste, que é descrita em quatro etapas operacionais: etapa A: Leitura do Texto e Cálculo dos Dicionários; etapa B: Cálculo das Matrizes de Dados e Classificação das UCE's; etapa C: Descrição das Classes de UCE's; etapa D: Cálculos Complementares (CAMARGO, 2005).

Neste estudo, o tratamento e análise dos dados permitiram deduções a partir da organização das contribuições dos sujeitos produtores dos discursos, sobre a percepção do usuário sobre o atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência.

Com isso, através da análise dos dados, numa sequência lógica de operações, surgiram as classes discursivas correspondentes a essas contribuições, que organizaram os resultados e foram interpretados à luz do referencial teórico deste estudo.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa receberam informações sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), antes da realização da entrevista, seguindo as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto após ter sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da NOVAFAPI, para apreciação e aprovação com CAAE n. 05585312.2.0000.5210 e à Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias - MA, na qual as Unidades de Saúde encontram-se inseridas, de acordo com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados do Centro Universitário UNINOVAFAPI, em apresentação oral e escrita, e à Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias - MA, por meio de relatório final.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Manuscito 1

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PERCEPTION OF USERS FROM HEALTH STRATEGY FAMILY THE EMERGENCY SERVICE

PERCEPCIÓN DE USUARIOS DE FAMILIA ESTRATEGIA DE SALUD DE EMERGENCIA URGENCIA Y EMERGENCIA

Leônidas Reis Pinheiro Moura¹

Gerardo Vasconcelos Mesquita²

Elyrouse de Sousa Brito Rocha³

Maria Eliete Batista Moura⁴

Fabício Ibiapina Tapety⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa exploratória descritiva com 30 usuários. Foi utilizada como técnica de obtenção de dados a entrevista semi-estruturada. Os dados foram processados no software Alceste 4.8. **Resultados:** Foram construídas quatro classes: Satisfação do usuário com o

¹ Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professor da Universidade Estadual do Maranhão. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: leoreimo@hotmail.com

² Médico. Doutor em Cirurgia. Professor 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

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora da Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Teresina, Piauí, Brasil

⁴ 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: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br

⁵ 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. ftapety@novafapi.com.br

atendimento de urgência e emergência; Estrutura da unidade para o atendimento de urgência/emergência; Justificativas para a busca de atendimento de urgência e emergência; Compreensões do significado de urgência e emergência. **Conclusão:** O estudo mostrou que os usuários estão satisfeitos com o atendimento recebido nas unidades embora apresente ambiguidade quando se trata da estrutura física. Os entrevistados ainda não conseguem conceituar urgência e emergência, e mostram que as causas que os levaram a procurar as unidades de saúde foram alteração na pressão arterial, diabetes e traumas.

Descritores:. Atendimento de Urgências e Emergência. Estratégia Saúde da Família. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: analisar the users' perception of the Family Health Strategy on the care of urgent and emergency care delivery. **Methods:** A qualitative descriptive exploratory with 30 users. Was used as a technique for obtaining data to semi-structured interview. The data were processed using the software Alceste4.8. **Results:** We constructed four classes: User satisfaction with care and emergency; structure unit for urgent care / emergency; Justifications for seeking urgent care and emergency; understandings of the meaning and emergency. **Conclusion:** The study showed that users are satisfied received care units although present ambiguity when it comes to the physical structure. Respondents also fail to conceptualize emergency care, and shows that the cause which led them to seek health units were changes in blood pressure, diabetes, and trauma.

Descriptors: Urgency and emergency service; Health Family Strategic; Assistance to health.

RESUMEN

Objetivos: Analisar percepción de la Estrategia Salud de la Familia en el cuidado de la atención urgente y de emergencia de los usuarios. **Métodos:** A descriptivo exploratorio cualitativo con 30 usuarios. Se utilizó como técnica para la obtención de datos a la entrevista semi-estructurada. Los datos fueron procesados con el software Alceste4.8. **Resultados:** Se construyeron cuatro clases: la satisfacción del usuario con la atención y de emergencia, unidad de la estructura para la atención de emergencia / urgencia, las justificaciones para la búsqueda de atención urgente y de emergencia; comprensión del significado y de emergencia. **Conclusión:** El estudio mostró que los usuarios están satisfechos unidades de cuidados recibidos, aunque presente la ambigüedad cuando se trata de la estructura física. Los encuestados también logran conceptualizar la atención de emergencia, y muestra que la causa que les llevó a buscar las unidades de salud fueron los cambios en la presión arterial, la diabetes y el trauma.

Descriptores:. Tratamiento Urgencias y Emergencias. Estrategia Salud de la Familia. Asistencia a la Salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, adota-se um sistema de saúde pública, único, normatizado e que, legalmente, assegura a todo cidadão brasileiro uma assistência à saúde de qualidade, oportuna e resolutiva. Todavia, mesmo contando com esses avanços, o sistema de saúde brasileiro ainda não logrou suprir de modo satisfatório as necessidades do cidadão comum e isto se torna mais evidente quando se refere à assistência de urgência e emergência.

Desde a implantação do SUS, por determinação da Constituição de 1988 e regulamentação das Leis 8.080 e 8.1420 (1990), a atenção à saúde no Brasil propõe um modelo baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Além disso, reconhece fatores condicionantes e determinantes para a saúde: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais¹.

Na década de 1990, teve início a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propõe a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica².

A implantação da ESF vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no Norte e Nordeste, onde as condições de vida e saúde são ainda mais precárias³.

Essa reformulação implica no atendimento aos usuários com quadros de urgência e emergência, prestado por todas as portas de entrada do SUS, de modo a possibilitar a resolução de seus problemas ou o encaminhamento para um Serviço de maior complexidade, quando necessário. A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalares, assim como na convalescença, recuperação e reabilitação⁴.

Assim, as atribuições e prerrogativas das unidades de saúde da família em relação ao atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todas as equipes de ESF em todos os municípios brasileiros, sendo que a mesma deve ser capacitada continuamente para dispensar assistência baseada no acolhimento dos quadros agudos. Frente a isso, a UBS, necessita de estruturação de recursos físicos e materiais necessários para o atendimento das situações de urgência e emergência.

Esse serviço, considerado como um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do sistema⁵, faz parte de uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento às urgências e emergências e caracteriza-se como o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde e que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte⁶.

No entanto, a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias e não há um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde. Assim acaba buscando serviços que atendam urgências e emergências, revelando a baixa resolubilidade da Atenção Básica⁷.

Os principais fatores que contribuem com essa situação, estão relacionados com a persistência do exercício hegemônico da clínica medico-centrada, a falta de preparo dos

profissionais da Atenção Básica para o atendimento de necessidades de saúde mais complexas, a falta de organização da demanda espontânea e a incapacidade de absorvê-la, a dinâmica do processo de trabalho relacionado prioritariamente a práticas de saúde voltadas para a promoção e prevenção e a lógica do Serviço, organizado para o atendimento eletivo⁸.

Em adição perfil da Atenção Básica caracteriza-se com pequeno aporte tecnológico, sem apoio diagnóstico e terapêutico adequado e com composição restrita de recursos humanos⁹.

Frente ao exposto é notório que fortalecimento da atenção básica em saúde deve ser incentivado, uma vez que isso favorece a diminuição de complicações que levariam os usuários aos níveis de média e alta complexidade de atenção, minimizando, inclusive a médio e a longo prazo, os custos destes setores.

Partindo-se dessa problemática, delineou-se como objeto do estudo, a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Diante disso, presente estudo originou o seguinte questionamento: como os usuários da saúde na Atenção Básica percebem o atendimento de urgência e emergência?

Esta investigação tem como objetivos analisar a percepção dos usuários sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica, analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família a respeito da estrutura do serviço e recursos materiais utilizados no atendimento de urgências e emergências.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para a organização vigente do Sistema de Saúde do Brasil (SUS), atender as pessoas com qualidade e resolutividade ainda é um grande desafio. Nas últimas décadas, muito se fez pela implementação de novos modelos de atenção à saúde, visando uma assistência universal, integral e equânime, como recomenda o SUS. Além disso, busca-se constantemente aplicar os princípios organizativos desse sistema, que enfatizam a necessidade de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada que permita o maior conhecimento dos problemas de saúde de áreas delimitadas, favorecendo as ações de saúde organizadas segundo níveis de complexidade.

A atenção à saúde no Brasil, desde a implantação do sistema único de saúde (SUS), por determinação da Constituição de 1988, e regulamentado por lei (Lei 8.080 e Lei 8.142) em 1990, propõe um modelo de atenção baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação, assim como reconhece, como fatores

condicionantes e determinantes para a saúde, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais¹⁰.

A reorganização do modelo de atenção à saúde apresentou novas perspectivas desde a proposição da Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica. Experiências pioneiras, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), adotado pelo Ministério da Saúde em 1991, serviram como inspiração para o Programa Saúde da Família, que foi instituído em maio de 1994¹¹.

Partindo dessa conjuntura, a Atenção às Urgências, uma das redes do SUS, enfatiza em primeira instância a humanização a que todo cidadão tem direito, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Conceituando, entendemos por urgência como a ocorrência imprevista de danos à saúde, em que não ocorre risco de morte, ou seja, o indivíduo necessita de atendimento médico imediato. Entre esses atendimentos podemos citar: 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 emergência é a constatação médica de condições de danos à saúde, que implicam risco de morte, exigindo tratamento médico imediato¹².

Em razão da necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências no País, em todos os níveis de atenção, por meio de trabalho articulado em rede, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, pela Portaria nº 2.048¹³, com suas normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos Serviços.

A Portaria GM/MS nº. 2.048/2002 estabelece a responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (APS) no acolhimento (atendimento) das “urgências de baixa gravidade/complexidade”. Os casos agudos e crônicos agudizados, de naturezas clínicas, traumáticas e psiquiátricas devem ser atendidos neste primeiro nível da atenção em geral e, em particular, na ESF. Trata ainda da estrutura física para atenção de urgências na Unidade Básica de Saúde¹⁴.

É válido ressaltar nessa política a contribuição da Portaria GM/MS nº. 648 (2006a) que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS entre outras atribuições dos profissionais das ESF. Ela recomenda, aos médicos da ESF, realizarem “pequenas urgências clínico-cirúrgicas”. Esta terminologia difere da utilizada pelas outras Portarias citadas (“urgências de baixa gravidade/complexidade”), porém ambas as

expressões são indefinidas quanto a identificar que casos clínicos são classificados de “pequenas urgências” ou “baixa gravidade”.

Não obstante, considerando-se o crescimento desordenado da população nos últimos anos, o aumento do número de doenças crônico-degenerativas, o elevado índice de acidentes e da violência e o aumento da criminalidade, além da preferência dos usuários pelos serviços de urgência e emergência, tornou-se urgente a reestruturação da atenção secundária à saúde¹⁵.

Além disso, as unidades fixas de urgência e emergência são locais que se destinam a promover serviços médicos requeridos em caráter de urgência e emergência, para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, os quais devem ser realizados imediatamente e podem ser prestados por: Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde - realiza atendimentos de quadros agudos ou crônicos agudizados de baixa gravidade/complexidade, na sua área de cobertura, além das Unidades de Pronto Atendimento; Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências - são unidades de complexidade intermediária, que devem funcionar 24hs por dia, realizando atendimento referente ao primeiro nível de assistência da média complexidade¹⁶.

Embora o modelo assistencial brasileiro venha registrando esforços para reorganizar-se em direção à valorização e fortalecimento da Atenção Básica (AB) no seu sentido mais ampliado, as unidades básicas de saúde ainda não se configuram sequer como a principal “porta de entrada” do sistema. Como consequência, tem-se um fenômeno amplamente reconhecido em todo o mundo, que é a sobrecarga dos serviços de urgência com queixas de complexidade compatível com a AB¹⁷.

É importante ressaltar que o atendimento às urgências/emergências exige uma rede articulada de serviços que vai desde o primeiro contato na Atenção Básica aos hospitais de referência. Assim, a formação dessa rede só será alcançada por meio de uma mudança efetiva, a ser feita não apenas com preparo de novos recursos humanos, mas, sobretudo de um ser crítico, cidadão apto a aprender a criar, a propor intervenções e a inovar. Ainda, enfatiza-se a importância da introdução precoce dos conteúdos sobre atendimento às urgências/emergências na ESF como estratégia facilitadora da formação de profissionais para atuarem numa perspectiva interdisciplinar no âmbito do SUS, respondendo às exigências de uma atenção de qualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, tendo como cenário desta investigação o município de Caxias-Ma. Foram selecionados sujeitos do

estudo 30 usuários da Estratégia Saúde da Família das Unidades de Saúde que receberam atendimento de urgência/ emergência nas UBS's que abrigam as ESF investigadas.

Para a produção dos dados foi utilizada como técnica de obtenção de dados a entrevista com usuários da Atenção Básica em relação ao atendimento de Urgência e Emergência nas Unidades Básicas de saúde de Caxias-Ma. A abordagem ao usuário aconteceu após coleta de informações verbais com membros das ESF sobre a ocorrência de situações de urgência e emergência na comunidade atendida pela equipe de ESF. Em seguida, buscou-se o indivíduo que vivenciou a referida situação para ter acesso às informações sob a percepção do usuário.

Os dados foram processados no software Alceste 4.8, por meio da Classificação Hierárquica Descendente, ou seja, da relação entre as Classes formadas a partir do *Corpus*, com base nas entrevistas dos sujeitos da pesquisa.

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa receberam informações sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da realização da entrevista, seguindo as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde após o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, para apreciação e aprovação com CAAE n. 05585312.2.0000.5210.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O corpus de análise ou a Unidade de Contexto Inicial foi composto por 30 entrevistas. Para caracterizar cada uma das entrevistas foram consideradas as seguintes variáveis: sujeito (suj) (cada entrevistado foi classificado com um número seguindo a ordem numérica em que as entrevistas foram realizadas); Idade (id); sexo (s); O ALCESTE dividiu o corpus em 117 Unidades de Contexto Elementar (UCE) e destas foram selecionadas 49 UCE, ou seja, 41,9% do material foi considerado para análise. A partir das UCE foram construídas 04 Classes (conjunto de UCE com o mesmo vocábulo).

Os dados encontrados na Classificação Hierárquica Descendente revelaram 4 classes semânticas que permitiram compreender, durante a análise, a percepção dos usuários na representação dos ambientes coletivos, nos quais pudessem evidenciar posições divergentes em relação às situações de urgência e emergência vivenciadas na ESF, conforme mostra a Figura 1.

A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

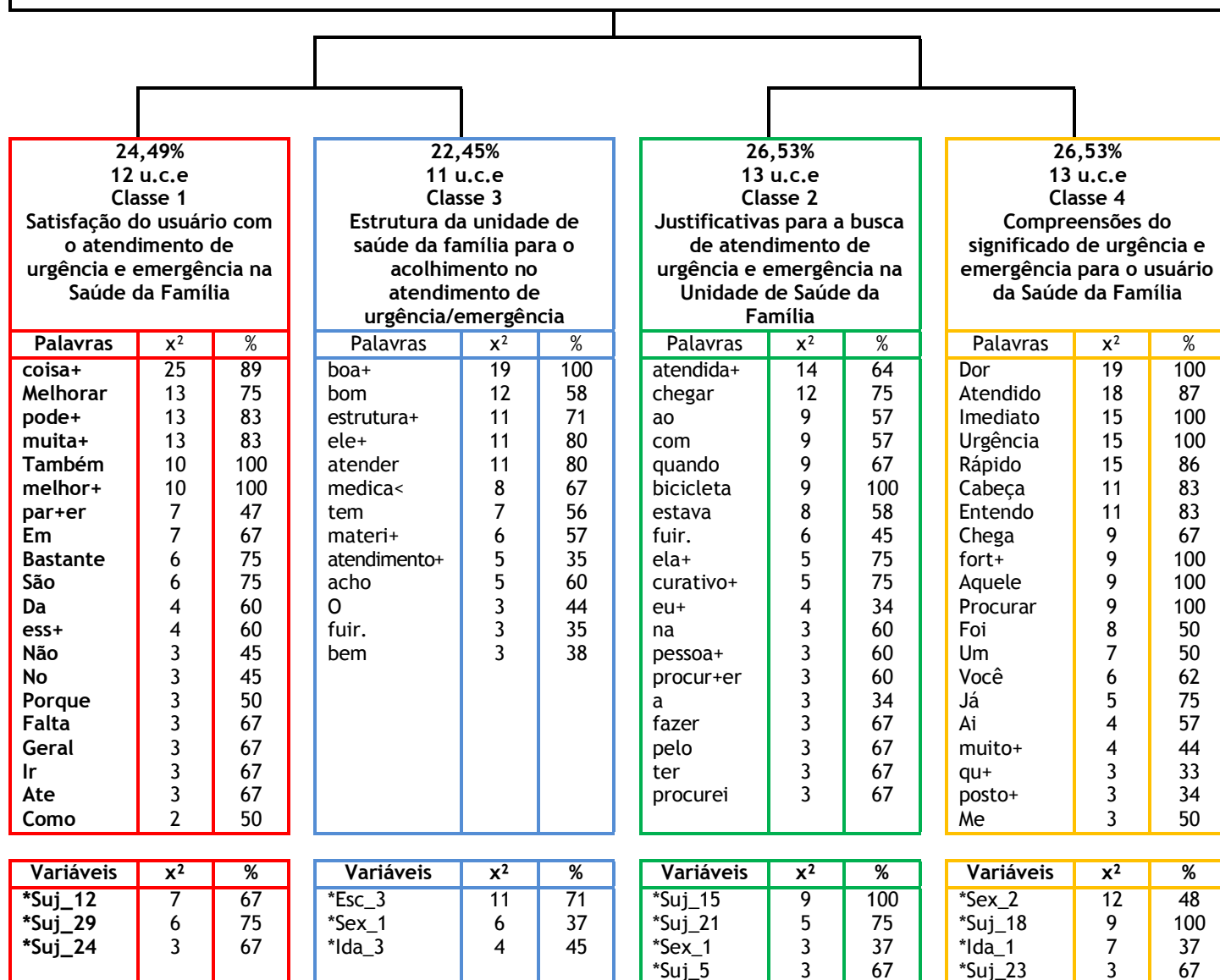


Figura 1: Classes formadas pelo ALCESTE a partir dos dados das entrevistas. Teresina, 2013. Fonte: Pesquisa direta.

Classe 1 - Satisfação do usuário com o atendimento de urgência e emergência na Saúde da Família

A classe 1, relaciona-se diretamente com a classe 3 e associa-se com as classes 2 e 4, foi constituída por 12 UCEs, concentra 24,49 % das UCEs classificadas. Aqui, os vocábulos (melhorar, muita, coisa e bastante), foram selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, conforme demonstra a Figura 1.

Os usuários sinalizaram sua satisfação com o cuidado produzido pelos profissionais da USF em urgência e emergência como bom, suprimindo as necessidades dos usuários no momento do atendimento, de acordo com as UCEs seguintes:

No meu caso eu acho que não deve melhorar nada não, porque aí eu fui atendido muito bem, de, tem nada pra reclamar (...) Eu achei o atendimento legal, eu achei ótimo. Fui bem atendida. Eu gostei bastante (...) O atendimento foi bom, por que fui atendida. Eu chego lá marcar a consulta e ser atendida (...) O atendimento foi maravilhoso. Eu acho bom esse posto. Na hora que eu preciso que eu vou sou bem atendida (...).

A efetividade do acesso dos usuários às unidades de saúde e o compromisso dos profissionais em promover um cuidado integral, humanizado e resolutivo são essenciais para o fortalecimento da atenção primária como modelo de reorientação da base do sistema de saúde¹⁸.

Outros usuários referenciam um bom atendimento de urgência e emergência na SF, no entanto, percebe-se que o juízo de valor descreve os percalços vivenciados no cotidiano dos usuários no sistema público de saúde e almejam a melhorias da qualidade dos serviços de urgência e emergência na AB, considerando os princípios do SUS.

Para esse atendimento eu fui recebida normalmente, mas para outros atendimento teve falhas (...) o atendimento foi bom, mas precisa ser feito muita coisa pra que possa melhorar, de fato, a saúde publica como manda a lei (...).

É a partir dessa avaliação informal feita cotidianamente e relacionada a um aprendizado cotidiano e reflexivo que as imagens sobre os diversos serviços da rede assistencial se configuram. Esta é uma avaliação não percebida pelo próprio usuário no nível discursivo, embora o seja no nível de sua consciência prática. Os usuários, no seu dia a dia, realizam uma monitoração reflexiva de suas experiências, estabelecem juízos de valor sobre os diversos serviços que se apresentam a eles no sistema de saúde, ou seja, o usuário faz, cotidianamente, uma avaliação dos serviços de saúde. Essa avaliação se dá não apenas com base em suas próprias experiências, mas também em experiências referidas por outros usuários¹⁹.

Para se cumprir as ações relativas à Saúde Pública, especialmente na AB, é imprescindível a elaboração de planejamento prévio, pautado nos principais anseios da população, considerando suas experiências cotidianas nos serviços de saúde, visto que a satisfação expressa pelo usuário é um dos instrumentos mais úteis na orientação das medidas corretivas para prestação dos serviços de saúde²⁰.

Por outro lado, alguns usuários ressaltaram alguns pontos de insatisfação em relação à produção do cuidado pelos profissionais de saúde em urgência e emergência, evidenciando

que o atendimento foi cessado pela organização formal estabelecida na USF e que leva o usuário a buscar os outros níveis de assistência dentro do sistema de saúde. Assim, a AB não consegue ser resolutiva para acolher os anseios da comunidade.

Eu fui mal atendida, pois a médica só atenderia 16 paciente que já estavam com consultas marcadas, é a regra do posto (...) Eu acredito que esse atendimento poderia sim ser melhorado até porque, às vezes você, e necessário que você se desloque do seu bairro, para ir ao hospital geral, e as vezes são coisas que podem ser atendidas no posto (...) Quanto ao atendimento e muito ruim, eu fui muito mal atendido (...) Eu acho que para emergência, pode melhorar e fazer mais coisas para atender a necessidades da comunidade (...).

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Os pesquisadores relatam que a resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde²¹.

As falas demonstram que nas USB que as consultas de urgência e emergência são tratadas como consulta ambulatoriais, ou seja, pré agendadas, podendo trazer prejuízos a saúde do usuário, visto que, se trata de uma situação agudizadas imprevisíveis.

Corroborando com essas falas, a literatura aponta que os usuários geralmente demonstram maiores índices de satisfação em relação a médicos e menores em relação a exames; geralmente, a insatisfação se relaciona à demora por atendimento, ao tempo de espera no serviço, ao acolhimento deficiente, ter que se deslocar para outros serviços e às dificuldades nos relacionamentos com os profissionais²².

As contradições identificadas nesses relatos demonstram que pode estar havendo certo distanciamento entre a equipe e alguns usuários, o que pode repercutir negativamente sobre o estado de saúde dos mesmos, uma vez que, usuários insatisfeitos tendem a não aderir ao tratamento prescrito e a não continuar utilizando os serviços de saúde da AB, devido às diversas fragilidades organizacionais estabelecidas na USF, no entanto os usuários demonstram expectativas de melhorias, como descrita a seguir.

O atendimento foi como eu falei anteriormente, foi bastante ineficaz, tem que melhorar muito, não fui atendida, porque tem que ser melhor (...) Não fui atendida, pediram para que eu voltasse no outro dia 06 horas da manhã para marcar uma consulta, pra se consultar na próxima semana. Não me trataram mal, trataram bem, mas teve esse problema (...)

Aqui se evidencia que, além de não se obter a igualdade de acesso (direito de ter direitos iguais), esse direito sobrepõe-se ao princípio de equidade que corresponde à justiça em oportunizar a distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre a população, reconhecendo-se o direito de cada um²³.

A definição de equidade deve compreender não só o sentido restrito da quantidade de recursos humanos e materiais (como médicos, enfermeiros, leitos, consultórios, entre outros), mas também a qualidade dos serviços disponibilizados²⁴.

A demanda espontânea, sem agendamento, deixa alguns usuários sem atendimento. O acolhimento e a triagem dos excedentes poderiam indicar quais os que poderiam ser reagendados e quais teriam maior premência em ser atendidos.

Essa medida serviria para verificar os que podem ser encaminhados para outros serviços ou dispensados para voltar em outra ocasião, além de estabelecer a justiça na distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre a população, cumprindo assim o princípio não só do acolhimento, mas o de equidade, previsto pelo sistema, referido anteriormente, e que, é um dos sete pilares da qualidade em saúde²³.

Estudo mostra as incoerências em relação à garantia do acolhimento nos serviços para os usuários, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, pois existem muitas fragilidades na organização²⁵. O autor ainda refere que o ideal, nos diferentes níveis de atenção, é formar uma rede assistencial de modo que cada serviço complemente a ação de outro por meio de mecanismos organizados e pactuados. Isso só ocorrerá se os serviços se reconhecerem como parte integrante desse sistema de urgências, atendendo adequadamente o paciente naquilo que corresponder a sua capacidade resolutiva.

A insatisfação dos usuários ainda permeia por aspectos que envolvem a competência técnica dos profissionais de saúde no atendimento nas situações que demandam no cotidiano da USF, pois foi um dos elementos que emergiram neste estudo, conforme os discursos a seguir:

Para atendimentos de emergência, os profissionais precisam melhorar bastante (...) O atendimento deixou a desejar, eu fui à procura pra ter uma orientação mais detalhada do meu problema e não consegui (...) A competência da técnica é ineficaz, a competência do posto em geral deixa a desejar (...).

A competência, como uma das variáveis que influenciam o comportamento humano, compreende dimensões intelectuais inatas e adquiridas, conhecimentos, capacidades, experiências e maturidade. Uma pessoa competente desenvolve e executa ações adequadas e hábeis em seu trabalho, na sua área de atuação²⁶.

Os profissionais atuantes no âmbito primário da saúde não estão suficientemente qualificados para a assistência às urgências e emergências, o que justifica os profissionais das unidades básicas ansiarem por uma transferência imediata sem sequer realizar uma avaliação prévia e a estabilização do paciente por insegurança e desconhecimento de como proceder²⁷.

Neste sentido, foi realizado um estudo objetivando verificar o conhecimento dos provedores de saúde no curso de Suporte Básico de Vida, no qual após a realização do mesmo, no pós-teste, embora com um crescimento de 19,79% no percentual de acertos após a realização da capacitação, os profissionais ainda apresentavam insuficiência de conhecimento acerca do local da compressão cardíaca e dificuldades no reconhecimento de sinais e sintomas de doenças cardiovasculares prejudicando o acesso precoce aos serviços de emergência²⁸.

A falta de preparo dos profissionais de saúde, talvez seja o reflexo da própria dificuldade de se ensinar atendimento pré hospitalar (APH) na academia, uma vez que esse tipo de serviço possui características que nem sempre são passíveis de adaptação em laboratórios como: o atendimento em locais de difícil acesso e a assistência em veículos, essas lacunas existentes entre teoria e prática certamente dificultam o preparo do aluno em tal especialidade²⁹. Essa nova área de atuação parece não ter sido totalmente incorporada pelas escolas e universidades do país, o que acarreta a não atenção por parte das instituições formadoras para o preparo dos futuros profissionais de saúde para a área de urgência e emergência e em especial em Atendimento Pré-Hospitalar, deixando lacunas na sua formação.

Assim, a situação emergencial no âmbito da atenção primária leva ao pressuposto de que o investimento na SF por parte dos gestores e dos próprios profissionais é de extrema relevância tendo em vista a necessidade do bem viver do paciente e do bem atender dos profissionais³⁰.

Classe 3 - Estrutura da unidade de saúde da família para o acolhimento no atendimento de urgência/emergência

Nesta classe, o conteúdo das 11 UCE's que corresponde a 22,45% das informações, associa-se diretamente à classe 1. As expressões (boa, estrutura, bom, material, atendimento) agrupadas, que estão expostas na Figura 1 e associados aos elementos de maior destaque nas UCEs, reforçam a percepção dos usuários sobre a estrutura da unidade de saúde da família para o acolhimento no atendimento de urgência/emergência.

Quando se aborda sobre a estrutura na Saúde da Família é importante lembrar que

esta não se limita ao espaço e suas instalações físicas, quando se avalia estrutura, como: recursos humanos, materiais e equipamentos disponíveis, a amplitude de cobertura do programa e a sua demanda, para garantir a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios quando necessários³¹.

Partindo desse pressuposto e com base nas falas dos sujeitos, pôde-se verificar aspectos concernentes à estrutura, que inclui ambiente físico, recursos humanos, materiais, equipamentos e demanda. Nesse enfoque, observou-se que os sujeitos revelaram as boas condições estruturais em relação às instalações físicas das USF para o atendimento de urgência e emergência, destacando a importância da USF para a comunidade com o estabelecimento do vínculo entre a ESF e os usuários. Entretanto, nos discursos não se evidenciou que o espaço físico das USF está adequado para realizar as intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário, mediante avaliação de risco e vulnerabilidade, conforme se constata a seguir.

Eu acho a estrutura muito boa, é limpo, organizado, é perto de casa (...) Nesse dia tava tudo legal. Eu não posso reclamar do material, tinha medicamento que me foi passado, tomei logo, teve injeção também e tem os profissionais para atender (...) É aparentemente a estrutura é boa, a gente vê que é tudo limpinho, organizado, todo o material (...).

Uma "boa prática" é aquela que é esperada, pensada e operada de forma científica e através do modo de prestação de serviços, que tenha como objetivo cumprir não só com as expectativas de consumo da sociedade, mas com expectativas políticas e éticas na otimização da distribuição do benefício em que se constitui a atenção à saúde e dos avanços do direito à saúde balizados na constituição brasileira³².

Contudo é válido lembrar que o MS não preconiza uma padronização das estruturas físicas dessas para o acolhimento de urgência e emergência, embora ofereça sugestões para definir melhor as questões estruturais da USF para melhor atendimento ao paciente em situação de urgência³³. O ideal é que a Unidade de Atenção Primária tenha área física adequada e específica para observação por até oito horas, conforme a Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002³⁴. É importante também que tenha equipamentos, insumos e medicamentos adequados para essas situações³⁵.

A Portaria GM/MS nº 2048, no capítulo III preconiza que a USF para realizar o acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade, num primeiro nível de atenção, devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou seja para elas

encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário. Esses recursos recomendados são:

- Medicamentos: adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipatrópio, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, epinefrina, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose hipertônica, haloperidol, hidantoína, hidrocorizona, isossorbida, AAS, lidocaína, meperidina, ringer lactato, soro glicosado, cloreto de sódio a 0,9%³⁴.
- Equipamentos: aspirador portátil ou fixo, material para imobilização (colar cervical adulto e infantil, talas moldáveis e prancha longa com tirantes e protetor lateral de cabeça), cânula orofaríngea, máscara nasofaríngea, unidade ventilatória com reservatório³⁴.
- Insumos: sonda de aspiração, oxigênio, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas³⁴.

Em relação à estrutura das USF, com ênfase no fornecimento de recursos materiais e equipamentos, os sujeitos demonstram que as realidades da assistência das urgências aos usuários são divergentes, embora se perceba a USF com melhorias, principalmente em relação ao ambiente físico e provimento de medicamentos. Entretanto, algumas USF ainda convivem em um cotidiano permeado pela escassez de insumos, falta de instrumentos e equipamentos para realização de suas atividades em urgência e emergência, especialmente, a falta de material e equipamentos, escassez no fornecimento de medicamentos, onde os usuários reconhecem as limitações no desenvolver da assistência de urgência e emergência na USF, que para muitos é único recurso que tem para recorrer nessas situações. As falas seguintes evidenciam essa problemática:

Falta muita coisa no posto, falta estrutura, falta tanto na estrutura física do posto, quanto para o atendimento dos pacientes (...) Na minha visão precisa melhorar muito em termo de estrutura (...) O posto é até bom, é bonito, limpinho, mais tá faltando ainda muita coisa... tem o profissionais para atender, mas às vezes falta material (...)A estrutura do posto e boa. O atendimento normalmente e bom. Faltam materiais e equipamentos, como luvas e medicação (...).

É comum a deficiência na estrutura física de unidades básicas de saúde. Esta afirmação pode ser corroborada por estudo que avaliou a qualidade dos serviços de apoio de duas USF. Este estudo revelou, que uma das unidades não possuía estrutura física adequada para oferecer os serviços básicos³⁶⁻³⁷.

Destaca-se que essa realidade também é visualizada em um município da região nordeste no Maranhão, que focalizou as condições da estrutura das USF após expansão da SF, evidenciando que a provisão insuficiente dos meios e instrumentos de trabalho que vão da planta física inadequada à falta de formulários, de material e de equipamentos e, para além dos recursos materiais, como a insuficiência para lidar com as limitações, geram estresse e preocupação frente às exigências colocadas pelo modelo assistencial, assim,

limitando a assistência ao usuário da SF³⁸. É necessário haver investimentos nas estruturas físicas da UBS, o que possibilitará melhor trabalho aos profissionais e maior conforto aos usuários³⁹.

Assim, infere-se que esse contexto não atende as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, atual norteadora da SF, que refere em sua série de normas que compete às Secretarias Municipais de Saúde garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas⁴⁰.

Alguns usuários apreendem que sanando as condições de espaço físico, com o abastecimento de equipamentos, insumos e medicamentos, pode ser oferecida uma assistência de melhor qualidade, principalmente em emergência, visando às necessidades da comunidade adstrita, como revelam as falas a seguir:

Em termo de material, também pode estar melhorando para que possa oferecer mais qualidade, um melhor atendimento a população (...) Eu acho assim, que para emergência, pode melhorar e fazer mais coisas para atender a necessidades da comunidade (...).

Os fatos verificados neste estudo, envolvendo percepção e acolhimento, mostram a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades básicas, garantindo confortabilidade, condições adequadas de trabalho para os profissionais e de espera, bem como atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas entre profissionais de saúde e usuários.

A não disponibilidade de materiais em quantidade e qualidade apropriadas à realização do trabalho interfere diretamente na qualidade do atendimento prestado ao cliente em situação de urgência e emergência. Trata-se de um fato importante, pois possibilita aos profissionais executar suas atividades de forma contínua e segura. Relatou-se ainda, que no setor de urgência, de qualquer serviço de saúde que se propõe a realizar esse tipo de atendimento, a importância da adequação dos materiais é potencializada, tendo em vista que o tempo é um fator determinante no atendimento, e a falta de um insumo pode acarretar danos irreversíveis ao paciente⁴¹.

Outro aspecto observado nas falas dos usuários em relação aos recursos humanos foi à falta do profissional médico no espaço físico da USF para prestação da assistência de urgência e emergência, demonstrando que os pacientes nem sempre têm suas necessidades atendidas adequadamente gerando insatisfação, conforme mencionado pelos sujeitos:

Sempre que vou ao posto, nunca encontrei o médico (...) Falta muita coisa, falta médico, porque infelizmente não dá para continuar como está (...) Até que tem

material e ele fica limpo, mas não tem medico (...) Falta estrutura física (espaço) para o atendimento dos pacientes. Falta médico (...).

A deficiência de recursos humanos e materiais dificultam não só o atendimento como também as relações entre trabalhadores e usuários na USF⁴². Um dos fatores que contribui para a ausência dos médicos na SF é alta rotatividade desses profissionais, que atribuída à busca de melhores salários e condições de trabalho^{38,43-45}. A remuneração dos profissionais deve ser objeto de uma política diferenciada e adaptada às características locais, de modo a garantir a dedicação e disponibilidade necessárias ao bom desempenho de suas tarefas⁴⁶.

Foi demonstrado quando os usuários valorizam o atendimento médico especializado, reivindicando médicos especialistas para o atendimento da população. A USF deve buscar estratégias que demonstrem para a população a capacidade que o médico da família, junto com os demais membros da equipe multiprofissional tem para desenvolver ações de cuidado em todas as fases do desenvolvimento humano⁴⁷.

Contudo, outros usuários justificam que a melhoria da assistência na SF ocorrerá se houver investimento para aprimorar as condições de atendimento de urgência e emergência, evidenciando as fragilidades do cotidiano da assistência na SF. Essa situação gera descontentamento e desconfiança quanto à capacidade técnica dos profissionais de saúde e aos critérios utilizados por estes na prestação do atendimento.

Eu estou achando que as unidades básicas de saúde necessitam de uma reciclagem dos profissionais pra realizar o atendimento, porque infelizmente não dá para continuar como está (...).

Os discursos dos sujeitos denotam a necessidade de capacitação dos profissionais da SF sobre Urgência e Emergência, com o propósito de melhorar o atendimento prestado aos usuários por meio da qualificação de todos os profissionais⁴³. Nesse contexto, destaca-se a educação permanente como elemento importante no incremento científico-tecnológico e na eficácia do trabalho na SF, e que esta tem estado afastada do cotidiano dos seus trabalhadores³⁸. O autor relata ainda a importância fundamental de investimentos na formação de recursos humanos que induzam ao trabalho interdisciplinar, à junção ensino/trabalho, à superação das práticas não flexíveis, para haver a inclusão da igualmente nas extensões éticas e humanísticas norteadas para a cidadania.

Com relação a este paradigma enfatiza-se especialmente a qualificação dos trabalhadores da saúde, que pensar a dimensão educativa como construtiva do trabalho de saúde significa dividir o peso da responsabilidade de decisão, geralmente centralizado, e tornar os profissionais responsáveis em avaliar suas próprias ações. Implica, portanto, incorporar essas responsabilidades em todos os momentos dos processos de trabalho de

saúde⁴⁸.

Cabe ressaltar que na realidade da SF do município de Caxias não existe uma política de capacitação de recursos humanos para esse fim, e isso se traduz na prática cotidiana de seus profissionais e usuários. Para tanto, os serviços de saúde devem investir no desenvolvimento da educação em serviço, como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na área. Nessa perspectiva, torna-se possível superar a tradição de capacitações pontuais por um processo formativo que contemple a educação permanente em saúde⁴⁹.

Classe 2 - Justificativas para a busca de atendimento de urgência e emergência na Unidade de Saúde da Família

A classe 2, associada diretamente à classe 4, constituída por 13 UCEs e 26,53 % do total de vocábulos (atendida, chegar, procurar, curativo e quando) agrupados e apresentados na Figura 1. Esta categoria temática de análise apresenta as motivações que levaram os usuários que vivenciaram situações de urgência e emergência para a busca de atendimento na USF. Essas situações de urgência e emergência foram de forma variadas, podendo ser classificadas por situações que envolvem dor, trauma/ lesão, hipertensão arterial e diabetes descompensados e urgências pediátricas, como febre, diarreias e insuficiência respiratória.

Os vocábulos citados como representativos embora, aparentemente, não traduzam esses casos de urgências, remetem as mesmas de maneira indireta quando identificados nos discursos.

Pode-se afirmar que os usuários procuraram esse serviço com a finalidade de solucionar suas necessidades, fossem elas urgentes ou não, algumas vezes expressas por meio da queixa, de forma inespecífica, que era a forma pela qual as portas do atendimento se abriam para eles.

No entanto faz necessário definir o conceito com a finalidade de melhor compreensão dos contextos nos serviços de saúde.

O significado atribuído aos sintomas da doença quanto à sua reação individual e emocional a esses sintomas, a sua influência não está contida só no *background* do indivíduo e sua personalidade, mas eles estão intrinsecamente ligados ao meio cultural, social e econômico em que ocorrem⁵⁰.

Nesse sentido, a AB é um espaço operativo no qual se dá a interação usuário/serviço/população, tratando-se, portanto, de um território ativo e em contínua configuração e, por esta razão, ele extrapola a simples definição geográfica de espaço. Somente entendido como território dinâmico, será factível a busca de respostas reais e

concretas que possam alterar positivamente o quadro da saúde do grupo populacional para o qual se direciona a ação⁵¹. Assim, o relato de dor foi muito frequente, ao mesmo tempo em que inespecífico descrito pelos sujeitos como queixa principal, especialmente a cefaléia, como observado a seguir:

Eu estava sentindo uma dor de cabeça muito grande, por isso fui ao posto (...) Eu levantei de manhã com tontura, dor de cabeça muito forte, tudo rodando e tive que procurar o posto de saúde pra ver o que tava acontecendo. (...) Eu comecei a passar mal em casa, uma forte dor de cabeça e mal estar, chamei logo meus pais, me levaram ao posto de saúde mais próximo daqui (...) A dor de cabeça depois foi aumentando, já depois de muito tempo, em torno de cinco horas, eu achei conveniente procurar um posto de saúde, para ver a orientação de um especialista (...).

Nesses discursos observa-se que os usuários preocupam-se com os seus sintomas que às vezes persistem por um período além do esperado, o que faz com que eles deliberem o seu problema como de emergência e avaliem precisar de atendimento imediato através da consulta médica (do tipo pronto atendimento), tanto nos serviços básicos de saúde quanto diretamente em hospitais públicos.

A dor é considerada uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal, e não existe um instrumento padrão que permita a um observador externo, no caso o profissional de saúde, mensurar objetivamente essa experiência interna e complexa. De acordo com a mesma autora, a dor é considerada o quinto sinal vital, tão importante quanto os outros, e deve ser sempre avaliada em um ambiente clínico para se compreender a conduta terapêutica⁵²⁻⁵³.

Em relação ao trauma/lesão alguns sujeitos o relataram como causa base que motivou a buscar atendimento de urgência e emergência na USF. Esses traumas/lesões vão desde acidentes graves como automobilístico (carro e moto) a traumas leves como quedas de bicicletas e mordidas de cachorro, conforme relatado a seguir:

Fiquei com uma escoriação no braço então foi um acidente de moto. (...) Foi um acidente automobilístico no trânsito (...) Fui ao posto devido a uns ferimentos causados por uma queda de bicicleta (...) Bati com a cabeça em uma queda de bicicleta, aí eu procurei a emergência no posto (...) Foi uma mordida de um cachorro de rua (...) Sofri um acidente de bicicleta e fui ao posto para fazer curativos (...).

As lesões traumáticas são vistas e sentidas, por todos, os danos físicos, emocionais, financeiros e materiais que o trauma acarreta, têm forte impacto na sociedade, tanto para a vítima, a família ou a equipe de Saúde da família à qual esta pertence⁵⁴.

Outros usuários revelaram crises agudas de doenças crônicas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA), são agravos que tem ações integradas de prevenção e

cuidado que ocorrem prioritariamente na SF, sendo frequentes urgências no cotidiano das USF, conforme os seguintes relatos:

Estava me sentindo fraca, eu tenho diabetes (...) Foi uma crise de diabetes (...) Foi um problema de pressão alta (...) No meu caso, eu creio que foi pressão, pressão alta (...).

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver HA e DM estabelece a necessidade de constituir programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias e de seus amigos, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Esta política funciona como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes e associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM⁵⁵.

Evidenciou-se que a presença de febre e problemas respiratórios foram importantes fatores mobilizadores para procura do atendimento de urgência e emergência na Atenção Básica, como descrita a seguir.

Eu fui ao posto de saúde, quando meu filho estava doente, com diarreia (...) Eu procurei o posto por que minha filha apresentou uma crise asmática e estava tossindo muito (...) Fui ao posto de saúde por que a minha netinha estava com muita febre (...) Minha filha teve uma inflamação na garganta, muita dor acompanhada de febre e com o peito apertado (...).

Outros estudos sobre a demanda nesses serviços apontam febre e problemas respiratórios como as principais queixas para resultados semelhantes ^{44, 56}. Embora a febre nem sempre seja considerada pelos profissionais de saúde como sinal de gravidade e tecnicamente por si só não justifique a procura do serviço como situação de urgência, para as mães é de preocupação e ansiedade⁵⁶.

Classe 4 - Compreensões do significado de urgência e emergência para o usuário da Saúde da Família

A classe 4, associada diretamente à classe 2, constituída por 13 UCEs, concentra 26,53 % das UCEs classificadas. Aqui, os vocábulos (atendido, imediato, urgência, rápido e entendo), foram selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, conforme demonstra a Figura 1. Nesta categoria procurou-se conhecer a compreensão de usuário da SF sobre as situações de “urgência e emergência”. Aborda o saber e o sentido que o usuário atribui a estas situações propriamente dita.

No entanto faz-se necessário definir o conceito de urgência e emergência que mostra-se impreciso, a ponto levantar dúvidas quanto à definição de um significado com sentido comum e operante aos usuários e prestadores de serviços.

Urgência é ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já emergência é constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato⁵⁷.

Para o Ministério da Saúde as Urgências são situações que apresentem alteração do estado de saúde, porém sem risco iminente de vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível. O tempo para resolução pode variar de algumas horas até um máximo de 24 horas. Emergências: são situações que apresentem alteração do estado de saúde, com risco iminente de vida. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos⁵⁸.

Diante da diversidade de terminologias no meio médico e sistema de saúde, a proposta encontrada na Regulação Médica de Urgências é que se passe a adotar no país apenas o termo urgência para todos os casos agudos que necessitem de cuidados. Sugere-se ainda a elaboração de uma avaliação multifatorial a qual incorpore o grau de urgência à gravidade do caso, ao tempo para iniciar o tratamento, aos recursos necessários ao tratamento e ao valor social que envolve cada caso⁵⁹.

No entanto, segundo Le Coutour, o conceito ampliado de urgência difere em função de quem a percebe ou sente: para os usuários ou familiares pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionado ao que é imprevisto e ao que não se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, ou seja, aquilo que não pode ser previsto⁶⁰.

Neste sentido, as manifestações dos sujeitos permitiram identificar várias ideias centrais relacionadas ao entendimento que os usuários possuem acerca do significado de "urgência e emergência", dando origem aos discursos coletivos.

As falas dos usuários indicam diferentes percepções sobre as situações de urgência, que variam de acordo com os problemas de saúde do usuário. As situações de urgência podem estar relacionadas à necessidade de atendimento imediato e com rapidez, bem como o aparecimento sinais e sintomas de forma súbita são definidos como urgentes, sugerindo a necessidade de avaliação imediata por profissionais de saúde, visto que para o solicitante são sinais preocupantes.

Eu entendo que urgência é você tá sentindo uma dor, aí chega ao posto e você é atendido de imediato (...) Eu entendo que uma urgência é ser atendido rapidamente. Porque a situação é grave, precisava de um atendimento mais rápido (...) Eu entendo que é quando a pessoa chega ao posto de saúde e ser imediatamente atendida (...) Atendimento de urgência é aquele que você chega e de imediato é atendido e bem acolhido no posto de saúde, no hospital.

Alguns usuários, acreditam que urgência é conseguir uma “vaga” para consultar com o médico e que este tenha preparo para conduzir as situações de urgência adequadamente na USF:

É você chegar, sentar, sua consulta está marcada e você ser atendida, rapidamente, com certeza (...) É assim que chegar, conseguir atendimento do médico, e que ele esteja apto a atender toda população (...) É quando a gente chega para se consultar no posto e ter a vaga (...).

Já para outros, o significado de urgência pode se relacionar a tudo que não está bom, nesse sentido, qualquer situação pode ser uma urgência que demanda atendimento, podendo ser uma consulta de rotina ou mesmo atendimento preferencial.

É um atendimento necessário quando alguém precisa. (...) De acordo com a sua necessidade. Passou mal, quer saber o que está acontecendo. Enfim, diante da situação, vai ao posto e procura esse tipo de atendimento (...) É quando você chega e tem um atendimento preferencial, ou seja, uma das primeiras atendidas (...).

A percepção de urgência é formulada pelo solicitante. Para usuários está articulada ao contexto geral no qual o sintoma ou o problema de saúde se manifesta e para profissionais é definida com base na gravidade dos casos e no saber biomédico. Por vezes, a concepção da urgência é distinta na visão de usuários e de profissionais de saúde. As demandas de situações de urgência estão vinculadas a critérios individuais ou específicos de grupos sociais que, por meio da percepção da urgência, definem o que será buscado para o atendimento do usuário⁶¹.

Esses aspectos indicam que a percepção de urgência está alicerçada em situações, nem sempre condizente às manifestações biológicas de maior gravidade, mas que estão interligadas a critérios e necessidades de quem solicita atendimento⁴⁴.

A percepção de sintomas como perda de saúde gera ansiedade, em especial quando o usuário desconhece o que possa estar ocorrendo, sendo assim, a interlocução com um profissional da saúde auxilia na tomada de decisão e lhe dá segurança⁶².

Em relação à emergência as falas dos usuários são diversas e encontram-se vinculadas aos problemas e às necessidades de saúde que compreendem desde o risco à vida até situações de menor complexidade e gravidade, confundindo com urgência.

Emergência é isso, é chegar grave e ser atendida logo (...) Eu creio que a emergência, é quando a pessoa procura atendimento e ela quer ser atendida com rapidez (...) É a pessoa que está mesmo mal. No caso de um acidente, a pessoa chega todo quebrado, então tem que ter urgência no atendimento. Essa é a emergência (...) Emergência é o atendimento que precisa do cuidado mais rápido possível (...)

Os conceitos de urgência e emergência são frequentemente confundidos não só pelo público leigos, mas também pelos profissionais envolvidos com o setor de saúde. Por isso é fundamental sua definição para uma adequada tomada de decisão na organização deste tipo de cuidado⁶².

A abrangência dessas interpretações e a percepção do conceito de urgência/emergência da pessoa que solicita o socorro (paciente ou familiar) devem ser consideradas pelos profissionais que atuam na área, pois, experiências pessoais exitosas e senso crítico acurado, não são condições que sozinhas consigam solucionar estes casos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar e apreender a práxis do atendimento de urgência e emergência realizado na SF, por meio da análise da percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família em relação à sistemática de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. Pôde-se analisar a partir dos relatos dos sujeitos desta pesquisa a satisfação do usuário com o atendimento de urgência/emergência na SF, as condições da estrutura da USF para o acolhimento deste atendimento as situações de saúde que o levam a buscar esse tipo de atendimento e o significado de urgência e emergência para o usuário da SF.

Em relação à satisfação do usuário com o atendimento de urgência/emergência na SF, constatou-se a satisfação com o cuidado produzido, atendendo suas necessidades. No entanto, evidenciou-se que os aspectos organizativos das ESF contribuem para a insatisfação dos usuários, podendo ocasionar um distanciamento entre a equipe e os usuários, atendimento descontinuado e migração dos usuários para outros níveis de assistência. Esses fatores fragilizam a efetividade e a capacidade resolutiva da SF no município.

Ao se caracterizar as condições da estrutura da USF para o acolhimento de urgência e emergência, com base na narrativa dos usuários, percebe-se realidades da assistência divergentes. Enquanto umas USF têm boa estrutura física (apesar de não estar adequada para o atendimento segundo a estratificação da necessidade do usuário, mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) instrumentos e equipamentos adequados, materiais e insumos em quantidade suficiente para atender a demanda e as situações de urgência e emergência, outras USF vivenciam com a precarização do espaço físico, escassez de recursos humanos (médico) e falta de insumos, materiais e equipamentos para realização de suas atividades em

urgência e emergência. Assim, esses entraves limitam a assistência ao usuário de forma segura e continua, além de não estar em consonância com as diretrizes da PNAB e da Portaria GM/MS nº 2048.

Além disso, foi mencionado o descontentamento com o preparo técnico dos profissionais de saúde e aos critérios utilizados por estes na prestação do atendimento, que deve ser aprimorado. Acredita-se que é preciso qualificação dos profissionais que prestam atendimento na rede básica para que estes estejam abertos ao diálogo e estejam atentos à escuta das necessidades de saúde dos usuários que procuram o serviço. No sentido de que mesmo quando o profissional médico não está disponível para prestar atendimento, os outros profissionais da equipe sejam aptos a realizar assistência de acordo com seu nível de competência, garantindo que todos os usuários que procuram a USF sejam acolhidos.

No que tange as situações de saúde que levaram o usuário a buscar o atendimento de urgência e emergência nas USF, foram de forma variadas, podendo ser classificadas por situações que envolvem dor, trauma/ lesão, hipertensão arterial e diabetes descompensados e urgências pediátricas, como febre, diarreias e insuficiência respiratória. Conclui-se que os usuários preocupam-se com os seus sintomas que às vezes persistem por um período além do esperado, procurando esse atendimento de urgência e emergência na USF por estar mais próximo de sua residência e com a finalidade de solucionar suas necessidades, mesmo que não seja garantido o atendimento a essas necessidades, devido às fragilidades das USF.

A concepção dos usuários sobre o significado de urgência e emergência possuem diferentes percepções sobre as situações de urgência, que variam de acordo com os problemas de saúde do usuário. Assim, as situações de urgência podem estar relacionadas à necessidade de atendimento imediato e com rapidez, assim como o aparecimento de sinais e sintomas de forma súbita são definidos como urgentes, sugerindo a necessidade de avaliação imediata por profissionais de saúde, visto que para o solicitante são sinais preocupantes.

Por meio deste estudo espera-se contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde, pois ainda há muito a ser trabalhado em termos de acolhimento em urgência e emergência na USF, sejam com educação permanente, supervisão e apoio institucional, com vistas à efetivamente qualificar o atendimento, alcançar a integralidade e a resolubilidade da assistência, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, idealizado pelas diretrizes do SUS, centrando todas as ações nas necessidades do usuário. Assim, se entende que essa pesquisa não esgota a temática do acolhimento nos serviços de emergência na percepção do usuário, e possibilita instigar outros pesquisadores a darem continuidade ao assunto em futuras investigações.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080. In: Cartilha n. 3 bases legais do SUS. Conselho Estadual de Saúde. 3ª ed. Brasília; 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Sistemas Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Ministério da Saúde: Brasília; 1998.
3. Alves M, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Contexto Enferm* 2005;14(3): 323-31.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n o 2048, de 05 de Novembro de 2002. A- prova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde: Brasília; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2048 de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Ministério da Saúde: Brasília; 2002.
7. Santos FP, Merhy EE. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* 2006;10(19): 25-41.
8. Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>>. Acesso em: 17 jan 2012.
9. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Praxis en salud: un desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Barroso LMM, Victor JF. Qualidade dos serviços ao cliente e dos serviços de apoio em unidade básica de saúde da família. *Rev. RENE* 2003;4(1):24-9.
12. Santos NCM. Urgência e Emergência para Enfermagem - do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) à Sala de Emergência. 5a ed. São Paulo: Editora Iátrica; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048 de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília; 2002.
14. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* 2009;25(7):1124-9.

15. Bernardes A, Ramos BM, Betela Júnior J, Paiva PN. Supervisão do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde* 2009;8(1):79-85.
16. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais e pacientes. *Rev Gaúcha Enferm* 2007;28(2):242-9.
17. Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina* 2011;44(4):347-54.
18. Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Lima LL. Regulação do acesso: percepção dos usuários. *Rev enferm UERJ* 2011;19(4):604-9.
19. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Ciência e Saúde Coletiva* 2009;5(14):1929-38.
20. Câmara JT, Fontenele AMM, Alves SMA. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias - MA. *Revi Cad Pesquisa* 2012;19(1):81-7.
21. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CL. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública* 2008;24(3): 663-74.
22. Abdalla AM, Saeed AA, Magzoub M, Reerink E. Consumer satisfaction with primary health care services in Hail City, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2005; 26(1):1030-2
23. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114(1):1115-8.
24. Zucchi P, Nero CD, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade* 2000;9(1):127-50.
25. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto enferm* 2009;18(2):266-72.
26. Moscovici, F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1996.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Atendimento Pré-hospitalar Fixo. In: Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção às Urgências. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
28. Souza JTF, Grassia RCF. Avaliação de desempenho dos provedores de saúde no curso de suporte básico de vida. *Einstein* 2007; 5(4):307-14.
29. Romanzini EM, Bock LF. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(2):105-12.
30. Torres AAP, Santana BP. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Rev enferm saúde* 2011;1(1):107-12.
31. Stefanelli MC. Conceitos teóricos sobre comunicação. Manole: Rio de Janeiro; 2004.

32. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Rev Ciênc Saúde Colet 1999; 2(1): 221-42.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde: Brasília 2008.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n o 2048, de 05 de Novembro de 2002. A- prova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
36. Barroso LMM, Victor JF. Qualidade dos serviços ao cliente e dos serviços de apoio em unidade básica de saúde da família. Rev. RENE 2003; 4(1): 24-29.
37. Moura, BL.; Fonseca, VJ.; Ferreira, MER.; Gimenez, GMT. Avaliação da qualidade na atenção básica. Enfermería Global. n. 12. Febrero. 2008.
38. Câmara JT. A expansão da estratégia da saúde da família em Caxias - MA na percepção da equipe de saúde. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Piauí. Teresina; 2009.
39. Medeiros FA, Araújo SGCD, Albuquerque BA, Clara CIC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Revista de Salud Pública 2010;12(3):112-9.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Ministério da Saúde: Brasília; 2006.
41. Silva LG, Matsuda LM, Waidman MAP. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. Texto contexto enferm 2012;21(2):
42. Araújo MFS, Veras KFO. Processo e Precarização do Trabalho no Programa de Saúde da Família. Revista Eletrônica de Ciências Sociais 2009;2(19):19-25.
43. D'agostin RL. O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. O Mundo da Saúde 2012;36(3):461-7.
44. Jacquemot AC. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
45. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. Cad Saúde Pública 2003;19(1):27-34.
46. Fontinele JK. Programa de Saúde da Família (PSF) comentado. Goiânia: AB; 2003.
47. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(4):820-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>. Acesso em: 12 jun 2012.

48. Camargo KRJ. Vivências e reflexões de avaliação na atenção básica: a experiência dos ELBs/Proesf em Minas Gerais e Espírito Santo. In: Hartz, ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro. Fiocruz; 2008.
49. Araújo MBS, Villas-Bôas LMFM, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Revista Ciências e Saúde Coletiva* 2008;11(4):919-26.
50. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
51. Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1994.
52. Sousa FAEF. Dor: quinto sinal vital. *Rev Latino-Am Enferm* 2002;10(3):446-7.
53. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto contexto enferm* 2006;15(2):270-6.
54. Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Práticas educativas em Atenção Básica em saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
55. World Health Organization. Technical report: Definition and diagnosis of diabetes mellitus and impaired glycaemic regulation. Genebra: OMS; 2006.
56. Rati RMS. Criança não pode esperar: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência Saúde Coletiva* 2012;17(10):223-31.
57. Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM n. 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto socorros. Brasília: Diário Oficial da União; 1995.
58. Romani HM, Sperandio JA, Sperandio JL, Diniz MN, Inácio MAM. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética* 2009;17(1):41-53.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
60. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizadores. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana Saúde; 1997.
61. 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* 2012;33(2):146-52.
62. Pasarín MI, Sanmamed MJF, Calafell C, Rodríguez D, Campasol S, Torné E. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit* 2006;20(2):91-100.

4.2 Manuscrito 2

Moura MEB, Monteiro CFS, Araújo RRM et al. ISSN 2175-5361
Training of nurses...

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PPgenf Programa de Pós-graduação em Enfermagem UNIRIO

Revista de Pesquisa: CUIDADO É FUNDAMENTAL Online ISSN 2175-5361

Ministério da Educação

SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

TRAINING OF NURSES FOR FAMILY HEALTH STRATEGY

FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LA FORMACIÓN DE ENFERMERO PARA LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Maria Eliete Batista Moura¹, Claudete Ferreira de Souza Monteiro², Rossandra Ribeiro Marreiros de Araújo³,
Magda Rógéria Pereira Viana⁴, Márcia Sousa Santos⁵, Leônidas Reis Pinheiro Moura⁶

ABSTRACT

Objective: To reflect on the training of nurses for the Family Health Strategy. **Method:** This study is a reflection on the training of nurses. **Results:** Nurse education should contribute to the process of health promotion, in order to raise awareness and provide knowledge and skills essential to the professional to become the provider and health educator. One experiences a process of scientific and technological modernization has changed the construction of knowledge and relationships with the world of work, leading to discussions about the need for changes in training for these professionals. These discussions have flagged for training with a new profile of nurses capable of meeting the health needs in the current context. **Conclusion:** There is need for education to professional nurses to understand the public policy and a new awareness of comprehensive care in Family Health Strategy. **Descriptors:** Education, Nurse, Family health.

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre a formação dos Enfermeiros para a Estratégia Saúde da Família. **Método:** Trata-se de um estudo de reflexão sobre a formação profissional do Enfermeiro. **Resultados:** A educação do Enfermeiro deve contribuir para o processo de promoção da saúde, com o propósito de aumentar a consciência e oferecer conhecimentos e habilidades imprescindíveis ao profissional para que se torne provedor e educador de saúde. Vivencia-se um processo de modernização científica e tecnológica que tem alterado a construção do conhecimento e as relações com o mundo do trabalho, levando a discussões sobre a necessidade de mudanças na formação desses profissionais. Essas discussões têm sinalizado para uma formação com um novo perfil de Enfermeiros, capaz de atender as necessidades de saúde no contexto atual. **Conclusão:** Há necessidade da educação aos profissionais Enfermeiros para a compreensão das políticas públicas e de uma nova conscientização da atenção integral na Estratégia Saúde da Família. **Descritores:** Educação, Enfermagem, Saúde da família.

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar sobre la formación de enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** Este estudio es una reflexión sobre la formación de las enfermeras. **Resultados:** La educación enfermera debe contribuir al proceso de promoción de la salud, con el fin de crear conciencia y proporcionar conocimientos y habilidades esenciales para el profesional para convertirse en el proveedor y el educador de la salud. Se experimenta un proceso de modernización científica y tecnológica ha cambiado la construcción del conocimiento y las relaciones con el mundo del trabajo, dando lugar a debates sobre la necesidad de cambios en la formación de estos profesionales. Estas discusiones han notificado a la formación de un nuevo perfil del personal de enfermería capaces de responder a las necesidades de salud en el contexto actual. **Conclusión:** Hay necesidad de una educación de profesionales de enfermería para entender la política pública y una nueva conciencia de la atención integral de la Estrategia de Salud de la Familia. **Descriptor:** La educación, La enfermera, La salud familiar.

¹ Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa - Portugal. Doutora em Enfermagem/UFRJ. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação/UFPI. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família/NOVAFAP. E-mail: mestradosaudefamilia@novafapi.com.br. ² Doutora em Enfermagem/UFRJ. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem/UFPI. Professora do Programa de Mestrado Profissional/NOVAFAP. E-mail: cmonteiro@novafapi.com.br. ³ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional/NOVAFAP. E-mail: rossandra@hotmail.com. ⁴ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional/NOVAFAP. E-mail: magdarogeria@hotmail.com. ⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional/NOVAFAP. E-mail: mssenfermeira@gmail.com. ⁶ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família e Formação Pedagógica na área da Saúde. Mestrando do Programa de Mestrado Profissional/NOVAFAP. E-mail: leoreimo@hotmail.com.

INTRODUÇÃO**Contextualizando a Formação do Enfermeiro**

A formação do enfermeiro tem sido discutida considerando aspectos que permeiam o ensino da enfermagem, a competência profissional, o perfil desejado, a demanda do mercado de trabalho, a qualificação docente, os projetos políticos pedagógicos dos cursos, as reformas curriculares, dentre outros.

O processo de formação também é permeado por uma trajetória de lutas na construção de um saber que oriente a prática. Esta formação perpassa por vários caminhos, desde a fase acadêmica até estudos de pós-graduação, que demandam novas formas de construção do conhecimento, exigindo mudanças para um melhor atendimento à população¹.

Essas mudanças são necessárias e pertinentes, em função de adaptações e resoluções dos novos problemas de saúde que vêm a exigir do enfermeiro uma postura técnica, teórica e ética, adquirida em sua formação e que seja capaz de intervir na realidade social, pois, o mundo globalizado, com suas novas configurações e o acelerado processo de modernização tecnológica e científica, demanda novas formas de construir o conhecimento, voltados para a transdisciplinaridade, requerendo mudanças no processo de formação de profissionais com competência para lidar com o atendimento à saúde da população¹.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) ficou estabelecida a integralidade da atenção à saúde como princípio norteador da formulação das políticas de saúde. Com isso, houve a reorientação da política de recursos humanos e reformulação R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):129-134

dos currículos das instituições de ensino superior (IES) através das Diretrizes Curriculares².

Nesse sentido, o processo de formação na educação superior é fundamentado por meio do desenvolvimento de competências e habilidades, numa perspectiva de formação de profissionais críticos, reflexivos inseridos no contexto histórico-social e embasados em princípios éticos.

É, pois, o Projeto Político Pedagógico o documento que detalha objetivos, diretrizes e ações do processo educativo, expressando a síntese das exigências sociais e legais do sistema de ensino e os propósitos e expectativas da comunidade escolar.

Entretanto, havendo mudança na concepção dos currículos de enfermagem, baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF-2001), em algumas realidades ainda permanece maior ênfase na competência técnica profissional, o que vem a atrapalhar o desenvolvimento de ações para intervir no enfrentamento dos problemas apresentados pela população assistida pelos profissionais³.

Assim, a adoção de estratégias que tenham fundamento nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), reflete no trabalho multidisciplinar e na integração entre ensino e prática, resultando na melhoria na atenção integral à saúde da população. Desse modo, aumenta-se a capacidade de aprender a aprender, que inclui o aprender a conhecer, a fazer e a ser, garantindo a formação de profissionais com discernimento e autonomia que assegurem a integralidade do cuidado com qualidade e resolutividade⁴.

O cuidado sempre esteve ligado às atividades de enfermagem, muito embora, apesar dele estar ligado à prática de enfermagem, essa

prática não revela interesse no atendimento das dimensões existenciais do ser humano, resultando na necessidade de mudança do discente para desenvolver habilidades em resolver problemas existentes, bem como, no docente para que possibilite uma melhor aproximação daquele com a realidade na qual está inserido ⁵.

Essa compreensão reforça a necessidade de repensar o cuidado na formação do enfermeiro em todas as suas dimensões. Assim, o método para abordar o cuidado integral deverá ser um processo que proporcione o pensamento crítico e considere a complexidade e especificidade do trabalho em saúde ⁶.

É importante, pois, viabilizar o desenvolvimento de estratégias educativas, como a reflexão crítica e a atitude problematizadora, por promover a valorização do saber do discente, dando instrumentos para a transformação da realidade na qual está inserido ⁷.

Para Freire⁸, à concepção problematizadora se refere a um processo que se realiza no contato do homem com o mundo em que vive, que é dinâmico e em contínua transformação, por isso o conhecimento advindo desse processo é crítico, e obtido de forma reflexiva, o que implica em ação, reflexão e cuidado da realidade em no qual está inserido.

Desse modo, este contexto é um desafio para as instituições formadoras, por requerer uma análise aprofundada das concepções pedagógicas em estreita relação com as práticas, nos vários cenários de aprendizagem que envolve os serviços de saúde e estas instituições ⁹.

A enfermagem brasileira vem repensando o modelo de formação dos profissionais pela proposta de uma educação transformadora, pela reelaboração de conhecimentos e habilidades adquiridas, como também a produção de novos

conhecimentos.

Com a criação do Sistema Único de Saúde e a implantação da Estratégia Saúde da Família, expandiu-se o campo de atuação do enfermeiro, de tal forma que atualmente o quantitativo de enfermeiros inseridos na ESF atinge mais de 80%. Esse fenômeno merece refletir como deve ser o processo de formação desse profissional, que se tornou imprescindível na consolidação dessa política de atenção a saúde.

Formação do Enfermeiro para a Estratégia Saúde da Família

Segundo o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família veio para romper com o modelo assistencial clínico, centrado na consulta médica, na supervalorização da rede hospitalar, na cultura da medicalização, na pré consulta e na pós-consulta e, sobretudo no descompromisso e na falta de humanização nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos em determinadas áreas de abrangência¹⁰.

A concepção filosófica da Estratégia Saúde da Família busca a reorganização de práticas assistências em novas bases e critérios, tendo como objetivo a atenção ao indivíduo no seu contexto familiar¹⁰. A nova política exige profissionais comprometidos, capazes de superar o paradigma dominante no campo da saúde. Assim, a formação dos enfermeiros vem merecendo um repensar, já que o modelo implantado inclui a quebra de paradigmas e a formação de novos conceitos.

Nesse contexto da atenção básica, o enfermeiro tem sido um profissional extremamente importante na construção do novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os

profissionais da enfermagem bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis dos centros de saúde, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, dentre outras atividades administrativas ¹¹. Embora as atividades da enfermagem realizadas na ESF sejam de demanda programada, isto é, agendadas previamente, como pré-natal de baixo risco, preventivo, visita domiciliar, acolhimento, grupos educativos, além das atividades burocráticas e administrativas, como o preenchimento de formulários e a supervisão, todo esse processo mereceu das instituições de ensino superior modificações teóricas e prática capaz de habilitar o enfermeiro para o desenvolvimento de atividades em um cenário aberto, rico de normas e saberes científicos, permeados pela comunicação e pela cultura local que interagem com os saberes e práticas dos usuários, produzindo novos saberes e novas práticas. Nesse processo, o usuário é o protagonista do seu próprio cuidado, ele deve ser trabalhado para assumir a prevenção, promoção e reabilitação de sua saúde ^{12,13}.

A atuação do enfermeiro na atenção básica sugere, pois, a aproximação da formação acadêmica com as mudanças na prática da saúde pública brasileira, permitindo que esse profissional desenvolva uma visão ampla das questões de saúde, discuta seus determinantes e condicionantes, elenque prioridades e planeje ações em equipe. O seu trabalho está focado na capacidade de agir com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente.

Entretanto, muitas dificuldades também são encontradas pelos enfermeiros no desenvolvimento das múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e no processo de educação/formação, que se sobrecarregam

fazendo com que a prestação de serviço seja algo estressante ¹⁴. Cabe também as instituições de ensino orientar esse profissional, durante sua formação acadêmica para saber lidar com essas condições e com outras, advindas de uma prática aberta em comunidade, permeada, muitas vezes pela violência urbana, pela pobreza extrema, pela falta de infraestrutura social, pelo estresse, e pela própria interdisciplinaridade, incertezas, falta de clareza de suas posições nesse espaço social de atenção a saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

A formação acadêmica do enfermeiro deve contribuir para o processo de promoção da saúde, com o propósito de aumentar a consciência e oferecer conhecimentos e habilidades imprescindíveis ao profissional para que se torne, também provedor e educador de sua própria saúde e assim contribuir, efetivamente, com a nova ordem social no âmbito da saúde, organizada nos princípios do sistema único de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de formação do enfermeiro para a Estratégia Saúde da Família, requer das instituições de ensino o redimensionamento de suas ações visando à reorientação dessa formação voltada para o desenvolvimento de competências e habilidades, que efetivamente possibilitem ao enfermeiro o desenvolvimento de atividades que venham atender demandas da sociedade e aos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde.

Para atender a essa formação, que desafia mudança de paradigma e de conceitos, as instituições de ensino superior lançam estratégias para fundamentar de forma clara, científica o novo modelo posto pelo Ministério da Saúde. Assim, é estimulada a capacitação dos docentes,

haja vista que esses também tiveram em sua formação uma visão diferente daquela imposta hoje pela nova política de atenção básica; realização de oficinas pedagógicas sobre competências e habilidades; formação de comissões permanentes de avaliação; incentivo e inserção dos alunos em núcleos de pesquisa, além de novas metodologias que integrem a teoria com a prática do modelo de atenção a saúde no país.

REFERÊNCIAS

1. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. *Texto contexto - enferm.* 2010 mar 19(1):176-84.
2. Costa RKS, Miranda FAN. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.* 2009 abr 62(2):300-4.
3. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.4 [citado 2012-04-19], pp. 570-575. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400017&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400017>
4. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD *et al*. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev. bras. enferm.* 2007 Dez 60(6): 627-34.
5. Silva LF, Damasceno MMC. Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica: reflexão para a prática. *Texto contexto - enferm.* 2005 Jun 14(2):258-65.
6. Silva KLS, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev. bras. enferm.* 2006; 59(4):488-91.
7. Aarestrup C, Tavares CMM. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Rev. Eletrônica de Enferm.* 2008;10(1):228-234. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>
8. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Porto: Afrontamento; 1975.
9. Prado ML, Riebnitz KS, Gelbecke FL. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade com elemento plasmático para a formação da profissional crítico-reflexivo em enfermagem. *Texto contexto enferm.* 2006 abr./jun 15(2):296-302
10. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Alencar, RCO. A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF). Dissertação [Enfermagem]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
12. Friedrich DBC, Pieranton CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológico e econômica em Juiz de Fora. *Physis* 2006;16(1):83-97.
13. Moreira JB. Comunicação: tecnologia leve para interação dos saberes e práticas do cuidado - enfermeiro e usuários. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):129-134

Moura MEB, Monteiro CFS, Araújo RRM *et al.*

ISSN 2175-5361
Training of nurses...

14. Villas Bôas LMFM, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(4):1355-60.

Recebido em: / /20

Aprovado em: / /20

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):129-134

4.3 Cartilha Educativa

CARTILHA EDUCATIVA SOBRE AS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ATENDIDAS NA ESF



Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população.



A estratégia Saúde da Família deve ser a porta de entrada prioritária do cidadão no sistema de saúde do município.

Está inserida em uma rede de atenção à saúde e tem por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas quando procuram o serviço de saúde.

É mesmo uma emergência?

Emergência é quando há uma situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco até mesmo de morte.



Você deve procurar o posto de saúde quando:

- Sentir dor no peito forte (INFARTO);
- Sinais de Derrame;
- Hipoglicemia no diabéticos;
- Asma.

E como reconhecê-las?????

Infarto agudo do miocárdio (ataque do coração)

Como reconhecer o infarto?

- Dor ou forte pressão no peito.
- Dor no peito refletindo nos ombros, no braço esquerdo ou nos dois braços, no pescoço e maxilar.
- Suor excessivo.
- Palidez.
- Sensação de morte iminente. O paciente manifesta uma ansiedade muito grande e tem a sensação de medo e morte.
- Síncope ou desmaio.
- Falta de ar.
- Enjôo e até vômito.



ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) - DERRAME CEREBRAL

Como reconhecer o paciente com derrame?



- Amortecimento com fraqueza da metade direita ou esquerda do corpo, inclusive metade do rosto.
- Alteração na fala, que se torna enrolada, até a incapacidade de falar. As alterações da fala são mais comuns quando a paralisia ou as alterações do movimento ocorrem na metade direita do corpo.
- Dor de cabeça repentina e forte, sem uma causa aparente.
- Alteração de visão, podendo chegar até mesmo à cegueira.
- Dificuldade de andar, com tontura e, muitas vezes, queda ao solo.
- Boca entortada para um dos lados e baba.
- Perda do controle sobre atividade da bexiga e do intestino.

Urgências do diabético: hipoglicemia.

Como reconhecer a queda de glicose no diabético?

- Alteração da respiração, que se torna mais rápida, com sensação de cansaço.
- Pulso rápido. Há aceleração do coração.
- Sensação de fraqueza.
- Mudança na aparência, com tremor fino e ansiedade.
- Alteração do nível de consciência.



ASMA



Situações de emergência das crises de asma:

- Lábios e rosto de cor azulada
- Nível diminuído de agilidade, como sonolência grave ou confusão, durante um ataque de asma
- Extrema dificuldade de respirar
- Pulsação rápida
- Ansiedade grave devido à deficiência respiratória
- Sudorese

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar e apreender a práxis do atendimento de urgência e emergência realizado na SF, por meio da análise da percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família em relação à sistemática de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. Pôde-se analisar a partir dos relatos dos sujeitos desta pesquisa a satisfação do usuário com o atendimento de urgência/emergência na SF, as condições da estrutura da USF para o acolhimento deste atendimento as situações de saúde que o levam a buscar esse tipo de atendimento e o significado de urgência e emergência para o usuário da SF.

Em relação à satisfação do usuário com o atendimento de urgência/emergência na SF, constatou-se a satisfação com o cuidado produzido, atendendo suas necessidades. No entanto, evidenciou-se que os aspectos organizativos das ESF contribuem para a insatisfação dos usuários, podendo ocasionar um distanciamento entre a equipe e os usuários, atendimento descontinuado e migração dos usuários para outros níveis de assistência. Esses fatores fragilizam a efetividade e a capacidade resolutiva da SF no município.

Ao se caracterizar as condições da estrutura da USF para o acolhimento de urgência e emergência, com base na narrativa dos usuários, percebe-se realidades da assistência divergentes. Enquanto umas USF tem boa estrutura física (apesar de não estar adequada para o atendimento segundo a estratificação da necessidade do usuário, mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) instrumentos e equipamentos adequados, materiais e insumos em quantidade suficiente para atender a demanda e as situações de urgência e emergência, outras USF vivenciam com a precarização do espaço físico, escassez de recursos humanos (médico) e falta de insumos, materiais e equipamentos para realização de suas atividades em urgência e emergência. Assim, esses entraves limitam a assistência ao usuário de forma segura e contínua, além de não estar em consonância com as diretrizes da PNAB e da Portaria GM/MS nº 2048.

Além disso, foi mencionado o descontentamento com o preparo técnico dos profissionais de saúde e aos critérios utilizados por estes na prestação do atendimento, que deve ser aprimorado. Acredita-se que é preciso qualificação dos profissionais que prestam atendimento na rede básica para que estes estejam abertos ao diálogo e estejam atentos à escuta das necessidades de saúde dos usuários que procuram o serviço. No sentido de que mesmo quando o profissional médico não está disponível para prestar atendimento, os outros profissionais da equipe sejam aptos a realizar assistência de acordo com seu nível de competência, garantindo que todos os usuários que procuram a USF sejam acolhidos.

No que tange as situações de saúde que levaram o usuário a buscar o atendimento de urgência e emergência nas USF, foram de forma variadas, podendo ser classificadas por situações que envolvem dor, trauma/ lesão, hipertensão arterial e diabetes descompensados e urgências pediátricas, como febre, diarreias e insuficiência respiratória. Conclui-se que os usuários preocupam-se com os seus sintomas que às vezes persistem por um período além do esperado, procurando esse atendimento urgência e emergência na USF por está mais próximo de sua residência e com a finalidade de solucionar suas necessidades, mesmo que não seja garantido o atendimento a essas necessidades, devido a as fragilidades das USF.

A concepção dos usuários sobre o significado de urgência e emergência possuem diferentes percepções sobre as situações de urgência, que variam de acordo com os problemas de saúde do usuário. Assim, as situações de urgência podem estar relacionadas à necessidade de atendimento imediato e com rapidez, assim como o aparecimento sinais e sintomas de forma súbita são definidos como urgentes, sugerindo a necessidade de avaliação imediata por profissionais de saúde, visto que para o solicitante são sinais preocupantes.

Por meio deste estudo espera-se contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde, pois ainda há muito a ser trabalhado em termos de acolhimento em urgência e emergência na SF de, sejam com educação permanente, supervisão e apoio institucional, com vistas à efetivamente qualificar o atendimento, alcançar a integralidade e a resolubilidade da assistência, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, idealizado pelas diretrizes do SUS, centrando todas as ações nas necessidades do usuário. Assim, se entende que essa pesquisa não esgota a temática do acolhimento nos serviços de emergência na percepção do usuário, e possibilita instigar outros pesquisadores a darem continuidade ao assunto em futuras investigações.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA AM, SAEED AA, MAGZOUN M, REERINK E. Consumer satisfaction with primary health care services in Hail City, Saudi Arabia. **Saudi Med J**. v. 26, p. 1030-2, 2005.
- 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.**, Porto Alegre, 2012 jun;33(2):146-152.
- ACOSTA, A.M; PELEGRINI, A.H.W; LIMA, A.L.D.S. Percepção dos profissionais de saúde sobre os usuários frequentes dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n.2, p:141-144, 2011.
- ALBA, M. El Método ALCESTE y su aplicación al estudio de las Representaciones Sociales del Espacio Urbano: El caso de la Ciudad de México. **Papers on Social Representations**, v. 13, n.1, p.01-20, 2004.
- ALMEIDA MCP, MISHIMA SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ** 9; 2001.
- ARAÚJO, M. B. S.; VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 04, p. 919--926.
- ARAÚJO, M. F. S.; VERAS, K. F. O. Processo e Precarização do Trabalho no Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. N. 14. Set. 2009.
- BARROS, Delba Machado; SA, Marilene de Castilho. 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**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500022&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500022>.
- BARROSO LMM, VICTOR JF. Qualidade dos serviços ao cliente e dos serviços de apoio em unidade básica de saúde da família. **Rev. RENE** 2003; 4(1): 24-29.
- BERNARDES *et al.*. Supervisão do Enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, São Paulo, v. 8,n.1, Jan/Mar. 2009.

BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde . Atendimento Pré-hospitalar Fixo. In: Ministério da Saúde **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. v 4, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n o 2048, de 05 de Novembro de 2002. A- prova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde . 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS - NOAS 01/2002**. Portaria GM/ MS nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília: MS; 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.828, de 2 de setembro de 2004**. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.072, de 30 de outubro de 2003**. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.420, de 9 de novembro de 2004**. Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.** Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192. Brasília, DF, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 2048 de 05 de novembro de 2002:** Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **QualiSUS** – Relatório de visita ao Hospital Getúlio Vargas Recife-PE. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências / Série A. Normas e Manuais Técnicos** – Editora MS – Brasília: DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família Ministério da Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF); 2008

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência / Série B. Textos Básicos de Saúde** – Brasília: DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS** – Série B. Textos Básicos de Saúde – 2ª edição – Editora MS – Brasília: DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **UPA 24h - Mais agilidade e eficiência na Saúde.** Brasília, DF: banco de dados, 2010.

BRASIL. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES**. Ministério da Saúde, 2012.

CACCIA-BAVA *et al.*. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.44, n.4, p: 347-54, 2011.

CÂMARA, J. T. **A expansão da estratégia da saúde da família em Caxias - MA na percepção da equipe de saúde**. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina – PI. 2009.

CÂMARA, J. T.; FONTENELE, A. M. DE M.; ALVES, S. M. A. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias - MA. **Revista Cadernos de Pesquisa**. v. 19. n. 1. jan./abr. 2012

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira; J. C. Jesuino & B. V. Camargo (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. Ed UFPB: João Pessoa. 2005.

CLARES JWB, SILVA LMS, DOURADO HHM, LIMA LL. Regulação do acesso: percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):604-9.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n o 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto socorros. Brasília: Diário Oficial da União; 1995

D'AGOSTIN, R. L. *et al.*,. O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2012;36(3):461-467

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación**. México DF: La Prensa Mexicana; 1984.

_____. **The seven pillars of quality**. *Arch Pathol Lab Med*; 1990, 114: 1115- 1118.

ESPERIDIÃO, M. A; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p:1267-1276, jun, 2006.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana Saúde, 1997. p. 114-120.

FONTINELE JÚNIOR, K. Programa de Saúde da Família (PSF) comentado. Goiânia: AB, 2003, 144p.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*, Set, v. 7, n.3,p:279-89, 2004.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto - SP**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GARLET, Estela Regina *et al.* . Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200009>

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JACQUEMOT, A. C. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2005.

KLOCK, P. *et al.*. Reflexões sobre a Política Nacional de Humanização e suas interfaces no trabalho da enfermagem em instituição hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, set/dez. 2006.

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. C. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviço de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, Porto Alegre, v. 81, n. 3, maio/jun. 2005.

LUMER, S; RODRIGUES, P. H. A. O Papel da Saúde da Família na Atenção às Urgências. **Rev APS**, v.14, n.3, p: 289-295, jul/set, 2011.

MARQUES GQ, LIMA MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde . **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007 janeiro-fevereiro; 15(1) www.eerp.usp.br/rlae

MARQUES, G. Q.; LEAL, S. M. C.; LIMA, M. A. D. S. L.; BONILHA, A. L. L.; LOPES,

M. J. M. As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 2, ago. 2007.

MEDEIROS, F. A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Pública**. v. 12, n. 3, 2010.

MENDES, E. V. (Org.) *et al.* **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MOSCOVICI, F. *et al.* **Equipes dão certo**: A multiplicação do talento humano. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1996.

MOURA BARROSO, L.; FONSECA VÍCTOR, J.; FERREIRA MOURA, E. R.; GIMENIZ GALVÃO, M.T. Avaliação da qualidade na atenção básica. **Enfermería Global**. n. 12. Febrero. 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

OGATA MN, MACHADO MLT, CATOIA EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(4):820-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.

OLIVEIRA, A. F. *et al.* Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo v. 5, n.14, p. 1929-1938, 2009 .

OLIVEIRA, M. TRINDADE. M. F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus** - Volume 4, número 2 - Out-Dez, 2010

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232009000500035&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500035>.

PALVA, F. C. *et al.* Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p:377-385, fev, 2006.

PASARÍN, M. I. *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. **Gac Sanit.**, v. 20, n. 2, p. 91-100, 2006.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 2, abr./jun. 2006.

QUEIROZ, M. Z. *et al.* Reestruturação da assistência em urgência e emergência com o protocolo de classificação de risco: uma revisão sistemática. **Ciência e Praxis**, v. 5, n. 9, 2012.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 27-34, fev. 2003.

RATI, R. 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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, 2012.

REINERT M. ALCESTE: Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, n. 28, p. 24-54, 1990.

RIBEIRO A. S. M. **Análise quantitativa de dados textuais- manual**. Brasília: Instituto de Psicologia-UNB; 2004.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROMANI, H. M.; SPERANDIO, J. A.; SPERANDIO, J. L.; DINIZ, M. N.; INÁCIO, M. A. M. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

ROMANZINI E.M; BOCK L.F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.22, n. 3, p. 112-9, 2010.

RONCATO, P. A. Z. B. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 4, p. 308-13, 2012.

SANTANA M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revis- ta Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Florianópolis, 2011 Abr-Jun;6(19):133-41.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e Emergência para Enfermagem – do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) à Sala de Emergência**. 5a ed. São Paulo: Editora Iátrica; 2008.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 05 May 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200009>.

SISSON, M. C. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa docente-Assistencial de Florianópolis** [Tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: São Paulo; 2002.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, maio/jun. 2002.

SOUZA, E. M. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24,supl.1,p.100-110, 2008.

SOUZA, J. T. F.; GRASSIA, R. C. F. Avaliação de desempenho dos provedores de saúde no curso de suporte básico de vida. **Einstein**, v. 5, n. 4, p. 307-14, 2007.

SOUZA, M. F.; FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C. Análise da utilização do serviço de pronto socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p.13-20, jan./mar. 2010.

SOUZA, R. B; SILVA, M. J. P; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, 2007.

STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri - SP: Manole, 2005.

TANAKA, O. Y.; RESENBURG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, fev. 1990.

TESSER, C. D. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.301-307, 2007.

TORRES AAP, SANTANA BP. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):107-112.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L. CESAR, C. L. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):663-674, mar, 2008

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas educativas em Atenção Básica em saúde**: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon UFMG. Editora UFMG, 2009, p.12;37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical report**: Definition and diagnosis of diabetes mellitus and impaired glycaemic regulation. Genebra: OMS, 2006.

ZUCCHI, P. *et al.*, Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 127-50, 2000.

APENDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita

Pesquisador Participante: Leonidas Reis Pinheiro Moura

Vimos, por meio deste, convidá-lo (a) para participar voluntariamente do estudo “ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: a percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família”. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo. Este estudo tem como pesquisadores: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita (pesquisadora responsável) e Leonidas Reis Pinheiro Moura (pesquisadora participante).

JUSTIFICATIVA

No Brasil, adota-se um sistema de saúde público, único, normatizado e que, legalmente, assegura a todo cidadão brasileiro uma assistência à saúde de qualidade, oportuna e resolutive. Para tanto, o Ministério da Saúde instituiu políticas de saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE), dentre outras. Todavia, mesmo contando com esses avanços, o sistema de saúde brasileiro ainda não logrou suprir de modo satisfatório as necessidades do cidadão comum e isto se torna mais evidente quando nos referimos à assistência de urgência e emergência. Inegavelmente, uma urgência ou emergência com risco de morte é um momento dramático para qualquer ser humano, assim como é legítimo o seu direito a uma assistência de qualidade e oportuna, condição esta prevista, nas diretrizes do SUS. O estudo se justifica também pela escassez de pesquisas publicadas na literatura sobre o tema. Além disso, as equipes da ESF são parte da rede de atendimento pré-hospitalar fixo. Assim, a qualidade deste serviço é essencial para estabilização do quadro dos pacientes para evitar possíveis sequelas e até mesmo a morte. O atendimento imediato, em menor tempo, realizado por profissionais de saúde capacitados com os conhecimentos para utilização de técnicas adequadas em uma estrutura física com os materiais necessários disponíveis, torna-se indispensável para um atendimento de qualidade.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Caracterizar os sujeitos do estudo quanto a: idade; gênero; procedência; escolaridade; tipo de acidente sofrido; analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica, relacionada à sistemática de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, a estrutura do serviço e recursos materiais utilizados e elaborar uma cartilha sobre atendimento em urgência e emergência para usuários da saúde na Atenção Básica.

PROCEDIMENTOS

Os sujeitos do estudo serão 30 usuários da Estratégia Saúde da Família das Unidades de Saúde Caxias- MA. Será adotado como critério de inclusão, os usuários que tenham recebido atendimento de urgência/ emergência nas UBS's que abrigam as ESF investigadas. Serão excluídos usuários menores de 18 anos de idade. Será garantido o acesso a pesquisa em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da NOVAFAPI, Rua Vitorino Orthigues Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, Teresina – PI, tel.: (86)2106-0700. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão

mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

BENEFÍCIOS

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir por meio de programas que melhorem a qualidade da assistência aos usuários da Estratégia Saúde da Família em situações de urgência e emergências.

RISCOS

A pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconforto, lesões que podem ser provocados pelo estudo. Os procedimentos não implicarão em risco à saúde dos sujeitos, os dados serão produzidos por meio de entrevistas, em que o sujeito fica à vontade para responder ou não e a identificação não será revelada, pois não constarão no roteiro de entrevista itens no qual isso possa ocorrer.

DESPESAS DO VOLUNTÁRIO

Todos os sujeitos participantes deste estudo estão isentos de qualquer custo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação nesse estudo é voluntária e isenta de qualquer custo. Você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento para você.

SIGILO

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Sua identificação será mantida sob segredo.

DÚVIDAS

Após todas estas informações, você poderá fazer as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo e no caso de qualquer dúvida ou reclamação em relação ao estudo, procurar a pesquisadora responsável Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita Tel: (86) 998811297 ou a pesquisadora participante Leonidas Reis Pinheiro Moura Tel: (99) 8820-0100. No caso de qualquer problema ou reclamação em relação à conduta dos pesquisadores poderei procurar o Comitê de Ética da NOVAFAPI, na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai; CEP: 64073-505; Teresina – Piauí; Tel: (86) 2106-0738; cep@novafapi.com.br.

Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita

Leonidas Reis Pinheiro Moura

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Caracterização dos sujeitos

Idade_____

Sexo_____

Procedência_____

Escolaridade_____

2. Tipo de acidente sofrido_____

3. Fale sobre a situação que você sofreu que a levou a procurar o posto de saúde.

4. Como você foi acolhido (recebido) no serviço para o atendimento de urgência/emergência?

5. Como você avalia a estrutura do posto de saúde, o material utilizado para o atendimento?

6. Qual a sua percepção sobre o atendimento de urgência/emergência que você recebeu?

7. O que você entende por URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

ANEXOS

CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PROJETO DE PESQUISA

Título: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: a percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05585312.2.0000.5210

Pesquisador: GERARDO VASCONCELOS MESQUITA

Instituição: ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA (NOVAFAPI)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 110.904

Data da Relatoria: 19/09/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo tem como objeto, a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O cenário desta investigação são Unidades Básicas de Saúde do Município de Caxias-MA. Os sujeitos do estudo serão usuários da Estratégia Saúde da Família das referidas Unidades de Saúde. Será adotado como critério de inclusão, os usuários que tenham recebido atendimento de urgência/emergência nas UBSs que abrigam as ESF investigadas. Serão excluídos usuários menores de 18 anos de idade. Será utilizado como técnica de obtenção de dados a entrevista (roteiro de entrevista) para analisar a percepção dos usuários da Atenção Básica em relação ao atendimento de Urgência e Emergência nas Unidades Básicas de saúde de Caxias. Após a coleta, os dados serão submetidos à Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica, relacionada à sistemática de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, a estrutura do serviço e recursos materiais utilizados; caracterizar os sujeitos do estudo quanto a: idade; gênero; procedência; escolaridade; tipo de acidente sofrido; elaborar uma cartilha sobre atendimento em urgência e emergência para usuários da saúde na Atenção Básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não oferece riscos aos sujeitos, por se tratar de uma pesquisa qualitativa com manejo de informações. Os benefícios do estudo serão no sentido de após análise da percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica, relacionada à sistemática de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, a estrutura do serviço e recursos materiais utilizados, contribuir para melhoria do serviço no atendimento aos usuários da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, elaborada metodologicamente de forma adequada e será benéfica ao elaborar uma cartilha sobre atendimento de urgência e emergência para os usuários na Atenção Básica.

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@novafapi.com.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram postados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos pela aprovação porque o protocolo de pesquisa está elaborado de acordo com a Resolução CNS 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou o protocolo de pesquisa APROVADO porque o mesmo está elaborado de acordo com a Resolução CNS 196/96.

TERESINA, 28 de Setembro de 2012

Assinado 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@novafapi.com.br