



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

FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONAL'S PERCEPTION ON THE URGENCY AND EMERGENCY ATTENDANCE

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN URGENTE Y DE EMERGENCIA

Thais Alexandre de Oliveira¹, Gerardo Vasconcelos Mesquita², Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle³, Maria Eliete Batista Moura⁴, Fabricio Ibiapina Tapety⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram 36 médicos e 34 enfermeiros de ESFs da zona sudeste de Teresina/PI, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. Os depoimentos foram processados pelo software IRAMUTEQ®. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 20688713.7.0000.5210. **Resultados:** os resultados evidenciaram baixa efetividade da rede de atenção às urgências e emergências pelo desconhecimento e o despreparo dos profissionais quanto ao atendimento, bem como pela deficiência de recursos físicos e materiais. **Conclusão:** é imperativa a adoção de políticas públicas que visem o cumprimento legal e a otimização do acolhimento dos pacientes em urgência e emergência na atenção básica, a fim de concretizar a participação da ESF nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) na melhoria assistencial da população. **Descritores:** Percepção; Saúde da Família; Urgência; Emergência.

ABSTRACT

Objective: to analyze the Family Health Strategy professionals' perception on the urgent and emergency attendance. **Method:** a descriptive study, with a qualitative approach. The participants were 36 doctors and 34 nurses from the FHSs of southeast Teresina/PI, throughout semi-structured guided interviews. The statements were processed by the IRAMUTEQ® software. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE nº 20688713.7.0000.5210. **Results:** the results showed low effectiveness of the urgency and emergency care network for the professional's lack of knowledge, as well as for the deficit of physical and material resources. **Conclusion:** it is imperative to adopt public policies aimed at legal compliance and improvement of the basic care urgency and emergency patients, in order to effectively include FHS at the Unified Health System (SUS) care networks to better attend the population. **Descriptors:** Perception; Family Health; Urgency; Emergency.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en la atención urgente y de emergencia. **Método:** estudio descriptivo con un enfoque cualitativo. Los participantes fueron 36 médicos y 34 enfermeras de la ESF del sureste de Teresina/PI, a través de entrevistas con guión semiestruturado. Los informes fueron procesados por el software IRAMUTEQ®. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación, CAAE nº 20688713.7.0000.5210. **Resultados:** los resultados mostraron una baja efectividad de la red de salud para la atención de emergencia por la ignorancia y la falta de preparación de los profesionales y de servicios, así como la carencia de recursos físicos y materiales. **Conclusión:** es imprescindible adoptar políticas públicas encaminadas al cumplimiento legal y para optimizar la recepción de los pacientes en la atención primaria urgente e de emergencia, con el fin de lograr la participación del ESF en las redes de atención del Sistema Único de Salud (SUS) en cuidar mejora de la población. **Descritores:** Percepción; Salud; Urgencia; Emergencia.

¹Enfermeira, Tecnóloga em Radiologia, Professora Mestra em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina (PI), Brasil. E-mail: thaisaleoli@yahoo.com.br; ²Médico, Professor Doutor em Cirurgia, Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina (PI), Brasil. E-mail: gvmesquita@uol.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem Fundamental, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: andrearmcvalle@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora Enfermagem (Pós-Doutora), Graduação em Enfermagem / Programa de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI, Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina (PI), Brasil. E-mail: mestradosaudefamilia@uninovafapi.edu.br; ⁵Cirurgião Dentista, Docente, Graduação e Pós-Graduação em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina (PI), Brasil. E-mail: ftapety@uninovafapi.edu.br

INTRODUÇÃO

A Atenção básica está inserida na rede de atenção às urgências como componente de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados até a transferência a outros pontos de atenção, se necessário, após classificação dos riscos.¹ É componente primário de atenção em saúde como porta de entrada a essa rede, segundo o decreto nº 7.508/ 2011, que regulamenta a lei 8.080/90 do Ministério da Saúde (MS),² componente pré-hospitalar fixo, que abrange as unidades básicas de saúde e saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, bem como unidades não hospitalares de atendimento às urgências.³

A ESF deve acolher pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados em seu território, cuja história clínica já é conhecida, possibilitando a readequação terapêutica dentro da disponibilidade do usuário do serviço e a unidade de saúde.⁴ Porém, há uma divergência de percepção e sentimento sobre as urgências e emergências, pois para seus usuários, pode associar-se à ruptura do curso de vida; para profissionais, está relacionada ao tempo, proporcional ao prognóstico do paciente; e para as instituições de saúde, está voltada à perturbação da organização do serviço.⁵

Sob entendimentos diversos, observa-se sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas com queixas compatíveis com a atenção básica.⁶ Isso é justificado pela relação equipe-paciente na insuficiência do acolhimento, vínculo e responsabilização com o usuário, além da não inclusão desse na agenda de atendimento, falta de medicações, incapacidade de realização de exames de urgência e atendimento não prioritário pelo não reconhecimento do caso como urgência pelos profissionais.⁷

Enfatiza-se, então, a importância da avaliação de normas para entendimento efetivo das intercorrências na ESF, assim como melhor definição de seu papel nessa rede de atenção por serem repletas de lacunas e contradições, o que acaba por confundir as equipes quanto suas atitudes.⁸ Assim, despertou-se o interesse na abordagem dos profissionais da ESF quanto às suas convicções e valores no tocante ao atendimento de urgência e emergência em seu território de ação.

Diante do exposto, foi elaborado como objetivo desse estudo: analisar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << *Percepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência* >> apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Teresina/Pi, Brasil. 2014

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

Fizeram parte do estudo 70 profissionais, 36 médicos e 34 enfermeiros efetivos das equipes de ESF da referida região, por estarem à frente das decisões inerentes às ações de atendimento na atenção básica, com visitas de acordo com a disponibilidade e pré- agendamento. A coleta de dados ocorreu no período de 16 de outubro a 25 de novembro de 2013, nos turnos manhã e tarde. Utilizou-se entrevista com roteiro semiestruturado, cujas respostas foram registradas por meio de gravador de áudio particular e digitadas na íntegra.

O processamento dos dados textuais concedidos na entrevista durante a coleta de dados foi realizado através do *software* IRAMUTEQ 2013® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), utilizando a técnica de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de classes semânticas interligadas de palavras em frequência (porcentagem) e qui-quadrado ou nível de significância (χ^2) para a análise dos dados.⁹

Esta pesquisa foi apreciada pela Comissão de Pesquisa da Diretoria de Vigilância em Saúde da Fundação Municipal de Saúde do município de Teresina-Pi e, em seguida, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, CAAE nº 20688713.7.0000.5210. Todos os participantes do estudo assinaram e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres

humanos, garantindo a confidencialidade das respostas, segundo a Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰

RESULTADOS

Dos 70 profissionais participantes da pesquisa, 21 eram do sexo masculino e 49 do feminino; 36 eram médicos e 34 enfermeiros; 24 pertenciam à faixa etária entre 20 e 30 anos; 15 entre 31 e 40 anos; 13 entre 41 e 50 anos; 12 entre 51 e 60 anos e 5 possuíam mais de 60 anos de idade.

Quanto à distribuição sobre o tempo de serviço, 3 participantes estavam a menos de 1 anos na ESF; 15 entre 1 e 3 anos; 8 entre 4 e 6 anos; 9 entre 7 e 9 anos; 20 entre 10 e 12 anos; e 15 trabalhavam há mais de 12 anos.

No que concerne à educação continuada, 14 profissionais não possuíam pós- graduação; 55 eram especialistas, com uma ou mais especializações; 1 possuía mestrado e nenhum tinha doutorado. Quanto ao número de família atendidas, a maior representatividade encontra-se no acompanhamento de 800 a 1000 (mil) por equipe de ESF.

Em relação à análise das entrevistas, a CHD permitiu a distribuição das palavras em 5 classes semanticamente interligadas, perfazendo 73, 91% de material considerado satisfatório para descrição e análise das percepções (Figura1).

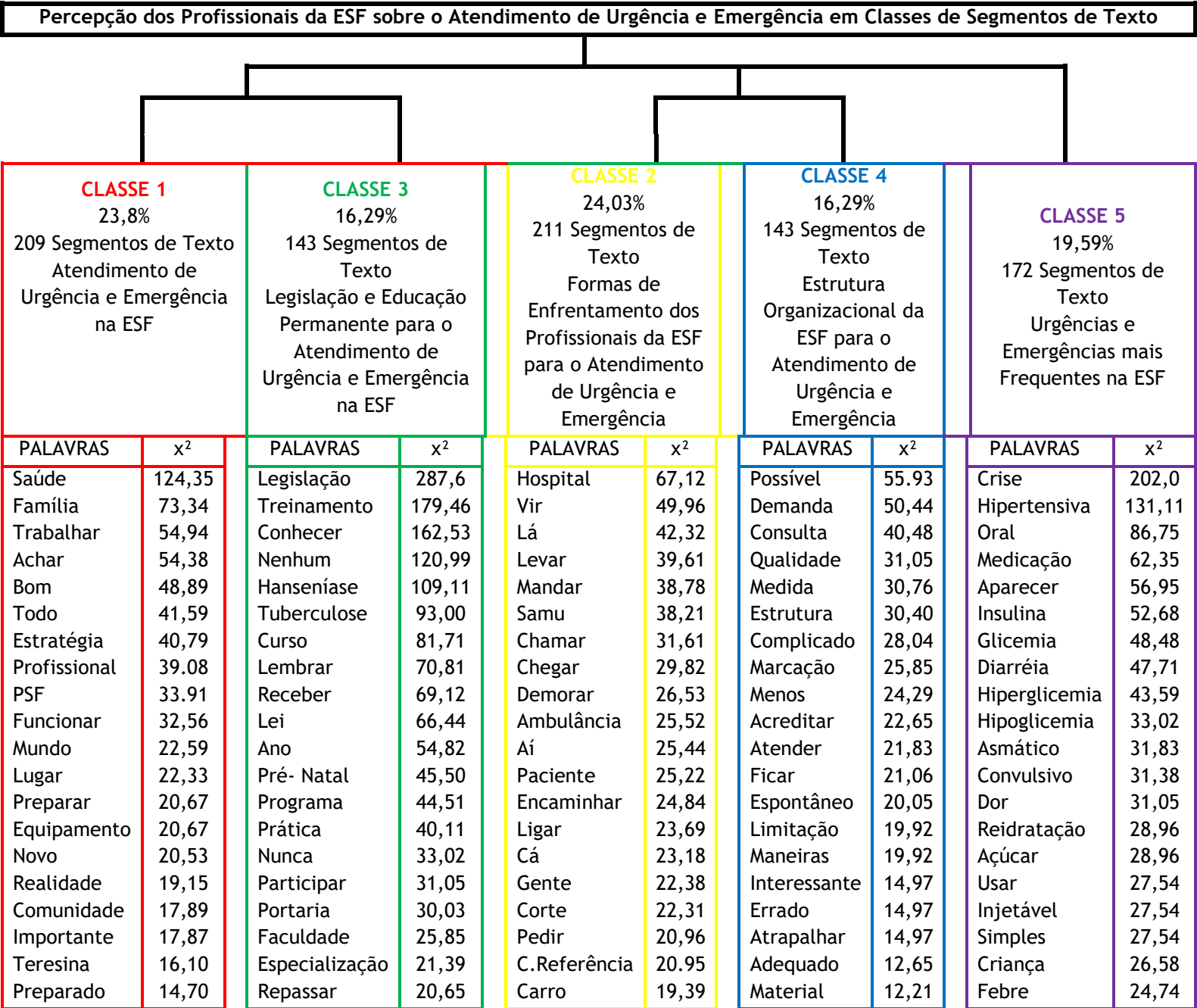


Figura 2. Percepção dos profissionais da ESF sobre o atendimento de urgência e emergência em classes de segmentos de texto, segundo o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Fonte: Relatório IRAMUTEC, 2013.

DISCUSSÃO

♦ **Classe 1 - Atendimento de urgência e emergência na ESF**

Constituída por 209 segmentos de texto, 23,8% das UCEs na categoria, a classe 1 está diretamente relacionada à classe 3 e associada à classe 5. Nessa classe, vocábulos como *bom, funcionar, lugar, equipamento,*

realidade, comunidade, importante e preparo representam o atendimento de urgência e emergência na ESF e mostram que os profissionais o percebem como bom e importante, mas que para ser efetivado com qualidade, necessita desde carga horária adequada, a boa estrutura física da unidade, materiais, equipamentos e preparo da equipe.

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

Críticas à jornada de trabalho e excesso de atribuições na ESF foram uma constante nos depoimentos dos participantes que têm, em sua realidade, atividades correspondentes a 20 horas semanais. Segundo o MS, a carga horária da equipe de ESF consiste em 40 horas semanais, com exceção da classe médica que pode assumir metade do estabelecido.¹¹

Observa-se ainda contradição quanto à estruturação das unidades. Muitas delas, recém-construídas ou em reforma, comportavam, em condições mínimas, metade das equipes para apenas um turno. É um entrave a percepção dos gestores sobre a atenção básica como detentora de ações simples, desviando o foco de que a ESF trabalha com grande complexidade, sob conhecimentos amplos e ações planejadas.¹¹ Isso dificulta a implementação de políticas públicas novas, atendendo a novos paradigmas da saúde.

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

Esse relato mostra a reprodução do antagonismo entre o que é imposto ao trabalhador da saúde e o que ele realmente dispõe. Deve-se refletir quanto à sobrecarga de trabalho e falta de condições estruturais, por exemplo, para ajustar a equipe e a USF aos planos técnicos e assistenciais para qualidade dos serviços oferecidos.¹²

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

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

[...] Se isso for um novo tema, tem que ser reformulado e uniformizado para casar PSF e urgência e emergência, porque não dá certo assim; você tem um mal- súbito tipo uma angina, um infarto; como você, dentro do PSF, vai realizar esse atendimento? Você vai ter que mobilizar um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem 24horas para fazer isso aí, porque a urgência e emergência evoluem de momento a momento. (Suj.10)

A Atenção Primária representa ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, individual e coletiva.¹³ Todavia, busca a resolução das necessidades fundamentais do usuário ou condução dessas aos demais serviços que compõem a rede de atenção e é a atenção básica que ordena e coordena o cuidado à saúde pelo vínculo com a comunidade¹⁴. A ESF, então, vai tentar solucionar os problemas que chegaram a ela e encaminhar aqueles que exigirem maior complexidade.¹⁵

Pode contar com sala de observação, que deve funcionar nos horários de atendimento das UBSs, para atender de forma humanizada a uma primeira necessidade da população, evitando que o usuário vá diretamente para o serviço de emergência e proporcionando, simultaneamente, um ambiente familiar, com pessoas que ele conhece e confia.¹⁶

♦ Classe 3 - Legislação e educação permanente para o atendimento de urgência e emergência na ESF

Formada por 143 segmentos de texto, 16,29% das UCEs na categoria, a classe 3 está diretamente relacionada à classe 1 e também associada à classe 5, representando a percepção do profissional sobre legislação e educação permanente para o atendimento de urgência e emergência na ESF. Nessa classe,

os vocábulos *legislação, treinamento, conhecer, nenhum, curso, lembrar, receber, prática, nunca* e *participar* revelam a não capacitação voltada para a temática e o desconhecimento de leis específicas.

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

A capacidade resolutiva dos serviços de urgências na atenção básica está diretamente ligada à capacitação dos profissionais, ao suporte tecnológico e a capacidade de avaliar e tratar os casos.¹⁷ Porém, na percepção dos sujeitos, os treinamentos ofertados não acrescentaram abordagens e condutas quanto às urgências e emergências, pois estão voltados para a prevenção, proteção e promoção da saúde.

Isso explica a reação alheia dos participantes ao serem abordados para explanarem suas percepções sobre tal atendimento; eles simplesmente não foram orientados, nem capacitados sobre a temática pela instituição contratante. Não obstante, infere-se a procura escassa de novas informações sobre o assistencialismo na ESF pelos próprios profissionais, que passam a tratar o trabalho como algo imutável. A educação permanente deve ser transformadora do cotidiano dos serviços, desde a obtenção e reciclagem dos conhecimentos e práticas até o aprendizado sobre as problemáticas sócio-burocráticas do trabalho.¹¹

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

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

As maiores dificuldades percebidas por esses profissionais são relacionadas à capacitação; a maioria não conhece as propostas da Política Nacional de Atenção às Urgências e, na maioria das UBSs, não há atividade de Educação Permanente que trabalhe esse tema¹⁸. Sugerem-se conceitos e diferenças de urgência e emergência; acolhimento e classificação de risco; sinais e sintomas de risco; formas e locais de referenciamento; e primeiros socorros.¹⁹

♦ Classe 2 - Formas de enfrentamento dos profissionais da ESF para o atendimento de urgência e emergência

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

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

A Política Nacional de Atenção Básica prevê a realização de atividades programadas e imediatas decorrentes de demanda espontânea, porém encaminhá-las em casos de internação, mantendo a responsabilidade pelo acompanhamento do usuário.¹¹ A inviabilidade no atendimento e os encaminhamentos reduzem a resolutividade da atenção básica, ampliando os gastos do sistema de saúde e superlotando os hospitais que, por sua vez, também acabam não conseguindo prestar assistência qualificada.¹⁸

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

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

[...] na nossa situação, urgência e emergência são poucos os casos que a gente

se depara é mais assim uma hipoglicemia... aí a gente tenta resolver dentro da atenção básica, dando água com açúcar ou um lanche [...]. (Suj.20)

Embora com as representações condenatórias de ambiguidade no descumprimento de leis, o “jeitinho” brasileiro pode ser justificado para resolução de direitos legítimos dos usuários. Nesse caso, aumenta-se e perpetua-se a reciprocidade do benefício ao outro, fortalecendo os laços de confiança e vínculo entre as partes.²⁰ Entretanto, não justifica o poder público deixar de investir no serviço pelo fato de acreditar que os níveis de atenção vão sempre dar um “jeitinho” para contornar os problemas da população.

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

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

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

A redução das internações por situações inerentes à atenção básica tem sido expressiva com a expansão da cobertura e qualificação da ESF.¹³ Entretanto, há uma dificuldade em educar a população sobre o que considerar uma urgência ou emergência, visto o caráter imediatista de suas necessidades. É o usuário que define o que e onde procurar, segundo seu contexto social, suas experiências, condições de vida e oferta dos serviços,²¹ e ele busca mais o serviço hospitalar pela percepção de que a ESF serve apenas para o controle de sadios e não oferece exames “na hora”, pela baixa infraestrutura das UBSs; limitação de horário e demora do atendimento; não compreensão do papel do enfermeiro; e falta de confiança no médico generalista.²²

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

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

Toda rede de atenção às urgências e emergências deve estar voltada às rápidas intervenções e à responsabilidade de um acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, análise das necessidades de saúde e vulnerabilidades para resolutividade dos casos em sua completude.²³

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

♦ Classe 4 - Estrutura organizacional da ESF para o atendimento de urgência e emergência

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

[...]Jaqui, como você vê, as limitações são muitas, tanto da própria estrutura e também da medicação e para fazer um atendimento de urgência assim, tem que dar continuidade; tem até a técnica da enfermagem, mas ela fica só na parte de

marcação de consulta. Então tinha que mudar muita coisa para fazer dar certo o atendimento de urgência aqui. (Suj.1)

Para o MS, é inadmissível que o usuário deixe de ser acolhido na UBS, principalmente em caso de intercorrências, independentemente se ele faz parte do território ou não, ou tenha que recorrer a outro serviço sem referenciamento pela ESF. Mas deve-se considerar a capacidade técnica dos profissionais e a disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos para o mais adequado atendimento.²⁴

O Manual de Estrutura Física das UBSs²⁵ preconiza quantitativos de equipamentos, instrumentais e mobiliários básicos, desde materiais ambulatoriais a oxigênio, nebulizadores e instrumentais cirúrgicos. Institui-se ainda que as UBSs devem dispor de sala de acolhimento à demanda espontânea, bem como salas para os procedimentos nas intercorrências.¹¹

Em análise observacional das unidades de estudo, constata-se clara incoerência com a estrutura padrão preconizada pelo MS. Muitas unidades consistem em casas improvisadas, pequenas, sem acessibilidade e ao menos o mínimo necessário para seu funcionamento. Algumas equipes estavam em galpões improvisados pela população, visto a unidade sede estar em reforma; e outras trabalhavam em meio à reforma, sem qualquer condição para atender à demanda eletiva, muito menos à espontânea. Além disso, os profissionais percebem a qualidade do serviço prejudicada quando precisam conciliar as ações ambulatoriais, eletivas e as inesperadas e imediatas, devido ao grande número de famílias atendidas.

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

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

♦ Classe 5 - Urgências e emergências mais frequentes na ESF

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

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

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

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

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

O MS preconiza como realização de procedimentos médicos e de enfermagem na UBS outras ações como a imunização, curativos, drenagens de abscessos, suturas, administração de medicamentos orais e injetáveis, terapia de reidratação oral, atendimentos em urgências básicas e encaminhamento dos casos de emergências e urgências de maior complexidade.²⁵ Além disso, o manual de procedimentos na atenção básica acrescentou a exérese de cistos, lipomas e nevus; lavagens auricular e gástrica, remoção de corpos estranhos e de molusco contagioso, além de tratamentos de feridas superficiais e de unha encravada.²⁴

As medicações somente são descritas no Caderno de Atenção Básica de Acolhimento à Demanda Espontânea, juntamente com análise clínica e condutas em situações como: anafilaxia; cefaleia; crise epilética; descompensações glicêmicas e pressóricas; vômito; diarreia; dispneia; disúria; doenças de pele; dores; intoxicações; mordeduras de animais; queimaduras; síndromes gripais; sangramento genital anormal; tonturas ou vertigens; urgências odontológicas; urgências oftalmológicas tipo “olho vermelho”; parada cardiorrespiratória; violência e maus tratos e atenção em saúde mental.²⁶

Evidencia-se a indisponibilidade de tecnologias e gestão que auxiliem os profissionais na efetivação da rede de atenção e de suas ações, gerando um caos no sistema de saúde. Implantação de sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas não são satisfatórios quando não há interação entre os diversos serviços e seus gestores, trabalhadores e usuários.²⁷ Logo, é clara a necessidade de inclusão de ideias e trabalho conjunto não somente das equipes de ESF, mas desses trabalhadores e gestores de saúde do município, para o fortalecimento das ações que beneficiem e efetivem a rede de atenção às urgências e emergências dentro da realidade de cada território.

CONCLUSÃO

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
2. Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. Medicina [Internet]. 2011 [cited 2015 May 05];44(4):347-54. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47446>
3. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 Aug [cited 2015 Oct 05];15(5):2473-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500022>.
4. Brasil. Decreto nº 7.508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.html
5. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:

análise da política brasileira. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011 June [cited 2015 Oct 05];45(3):519-528. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en.

6. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº. 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2009; 14 may. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009_comp.html

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2048 de novembro de 2002. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf

8. Gonçalves LC, Nogueira LT, Silva GRF, Luz MHBA. Transcultural theory on the embracement with risk classification: a reflexive look about possibilities. J Nurs UFPE on line [Internet] 2012 [cited 2015 Oct 05];6(7):1714-20. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2255>

9. Lumer S, Rodrigues PHA. O papel da saúde da família na atenção às urgências. Rev APS [Internet] 2011[cited 2015 Oct 05];14(3):289-95. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/898/506>

10. Sousa AFL, Queiroz AAFLN, Oliveira LB, Valle ARMC, Moura MEB. Representações sociais da infecção comunitária por profissionais da Atenção Primária. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015. 28(5). In press.

11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

12. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

13. Petterson S, Peterson L, Phillips RL, Moore M, Finnegan S, Coffman M, et al. One in fifteen family physicians principally provide emergency or urgent care. J Am Board Fam Med [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct

05];27(4):447-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001998>

14. Uchôa AC. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 June [cited 2015 Oct 05]; 13(29): 299-311. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000200005>.

15. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Oct 05];46(2):359-366. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en. Epub Feb 14, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000011>.

16. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 June [cited 2015 Oct 05];18(6):1677-1682. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001400019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001400019>.

17. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>

18. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. CMAJ [Internet]. 2007 June [cited 2015 Oct 05];177(11):1362-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072991/pdf/20071120s00017p1362.pdf>

19. Novás JD, Zayas NG. Las Urgencias en la atención primaria: utilización del servicio. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2007 [cited 2015 Oct 05];23(4):[about 5 p.]. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi02407.html

20. Garcia AB, Papa MAF, Carvalho Júnior PM. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e

emergência. Rev Nursing [Impresso]2012;14 (167):216- 20.

21. D' Agostini RL, Ceretta LB, Schwalm MT, Hoepers NJ, Soratto MT. O entendimento da equipe de enfermagem da estratégia de saúde da família sobre urgência e emergência. O mundo da saúde [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 05];36(3):461-7. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/8.pdf

22. Wiebbelling ED, Santos MF. Enfermagem em urgência e emergência no município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 05];3(2):440-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/149/pdf_890

23. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. 2th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf

24. Pinto AMS, Najar AL. Cultura e instituições de saúde; estudando a participação de traços culturais da sociedade brasileira no processo de trabalho de serviços da atenção básica. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 Nov [cited 2015 Jan 04];16(11):4375-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200010>

25. 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 [Internet]. 2012 Jun [cited 2015 Jan 10];33(2):146-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/21.pdf>

26. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 Dec [cited 2015 Feb 10];18(12):3663-3672. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200022>

27. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). 1th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [Internet; cited 2015 Feb 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf

28. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf

29. Ministério da Saúde. Procedimentos. 1th Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad30.pdf

30. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado; um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 10];27(2):295-304. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>.

Submissão: 17/09/2015

Aceito: 04/03/2016

Publicado: 15/04/2016

Correspondência

Thais Alexandre de Oliveira
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
Coordenação do Mestrado Profissional em
Saúde da Família
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro Uruguai
CEP 64073-505 – Teresina (Pi), Brasil