



PERCEPÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE URGÊNCIA

PERCEPTION OF FAMILY HEALTH TEAMS REGARDING PRIMARY CARE PROVIDED IN THE URGENCY NETWORK

PERCEPCIÓN DE EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA SOBRE LA ATENCIÓN BÁSICA EN LA RED DE URGENCIA

Patrícia Madalena Vieira Hermida¹, Eliane Regina Pereira do Nascimento², Guilherme Mortari Belaver³, Rutes de Fátima Terres Danczuk⁴, Diego Leonardo Fortuna Alves⁵, Walnice Jung⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção de equipes de Saúde da Família sobre a atenção básica na Rede de Urgência. **Método:** estudo descritivo-exploratório e qualitativo, realizado com entrevista semiestruturada a profissionais de Centros de Saúde de um município de Santa Catarina/SC. Para analisar os dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** emergiram quatro discursos com as Ideias Centrais: a atenção básica como referência à urgência e emergência; fluxo do atendimento; potencialidades; e dificuldades do atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Dentre as potencialidades, aponta-se a dedicação dos profissionais no acolhimento do usuário e a classificação para definição do atendimento; e como dificuldades, a falta de equipamentos, transporte, espaço físico e pouca capacitação das equipes. **Conclusão:** são necessárias melhorias na atenção básica, principalmente estruturais e de recursos humanos para uma assistência segura e de fato pactuada às urgências. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem. **Descriptors:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Services; Emergency Medical Services; Nursing.

ABSTRACT

Objective: to learn the perception that Family Health teams have about the primary health care provided in the Urgency Network. **Method:** qualitative, descriptive and exploratory study carried out through semi-structured interviews of professionals from Health Centers in a municipality of Santa Catarina/SC. We used the Collective Subject Discourse in order to analyze the data. **Results:** four discourses emerged with the Central Ideas: primary care as a reference to urgency and emergency care; flow of care; capabilities; and difficulties of the service offered to situations of urgency and emergency in the primary care. Among the capabilities, the dedication of professionals in assisting users and the classification for defining the service stand out; and as for the difficulties, the lack of equipment, transportation, physical space and little training of teams stand out. **Conclusion:** improvements are needed in primary care, mainly those related to structural aspect and human resources, in order to offer a safe service that meet the urgency demand. **Descriptors:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Health services; Emergency Medical Services; Nursing. **Descriptors:** Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de equipos de Salud de la Familia sobre la atención básica en la Red de Urgencia. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio y cualitativo, realizado con entrevista semi-estructurada a profesionales de Centros de Salud de un municipio de Santa Catarina/SC. Para analizar los datos, se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** surgieron cuatro discursos con las Ideas Centrales: la atención básica como referencia a la urgencia y emergencia; flujo del atendimento; potencialidades; y dificultades del atendimento de urgencia y emergencia en la atención básica. Dentro de las potencialidades, se muestra la dedicación de los profesionales en la acogida del usuario y la clasificación para definición del atendimento; y como dificultades, la falta de equipamientos, transporte, espacio físico y poca capacitación de los equipos. **Conclusión:** son necesarias mejoras en la atención básica, principalmente estructurales y de recursos humanos para una asistencia segura y de hecho pactada a las urgencias. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Servicios de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería.

¹Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Bolsista CAPES. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: patymadale@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: eliane.nascimento@ufsc.br; ³Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência, Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: gmbelaver@gmail.com; ⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: rutes40@yahoo.com.br; ⁵Enfermeiro, Hospital de Caridade. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: dilebass@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Bolsista CAPES. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: walnicejung@gmail.com

INTRODUÇÃO

O tema deste estudo pressupõe uma compreensão sobre Redes de Atenção à Saúde (RASs) e, para isso, uma abordagem sobre o assunto, mesmo que breve, é apresentada. São recentes as propostas de RASs cuja origem está ligada às experiências de sistemas integrados de saúde que surgiram nos Estados Unidos, na primeira metade da década de 90, e que avançaram para os sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento. O Brasil está inserido neste grupo de nações que têm tratado do tema recentemente, mas com evolução crescente. Esse movimento universal cujo foco é a construção de RASs está sustentado por evidências de vários países de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de saúde.¹

As RASs podem ser definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, capazes de oferecer atenção contínua e integral à determinada população, com coordenação da atenção primária à saúde - prestada no tempo e lugar certos, com custo e qualidade certos, de forma humanizada e com equidade - e com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população.¹

Nessa concepção, estes serviços estão estruturados em uma rede de pontos de atenção à saúde com equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma adequada. Alguns fundamentos são a base para organizar as RASs com efetividade, eficiência e qualidade: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. Destaca-se que as RASs têm como lógica a superação da fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificação da gestão do cuidado.¹

A Atenção Básica (AB) é um dos componentes estruturantes da RAS que, entendida como o centro de comunicação, possui papel-chave de ordenar a rede e coordenar o cuidado, de acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010.² Estudo indica que a organização dos sistemas de saúde em RASs, estas coordenadas pela AB, pode apresentar impacto significativo na saúde da comunidade com custos suportáveis, estando engendrada no arcabouço jurídico e político do Sistema Único de Saúde (SUS).

Especificamente, os sistemas de saúde organizados dessa forma podem contribuir para a qualidade clínica, com resultados sanitários de impacto positivo, na satisfação dos usuários devido à melhoria do acesso e resolubilidade e na redução dos gastos dos sistemas locais de saúde. Entretanto, são vários os desafios para garantir a AB como coordenadora das RASs.³

Pesquisa realizada para compreender a organização da RAS na percepção de profissionais de saúde revelou dificuldades e oportunidades da construção de um trabalho em rede e que são necessárias estratégias para minimizar ou superar essas dificuldades de consolidação das RAS e da integralidade em saúde, haja vista a necessidade de continuidade e responsabilização da assistência.⁴

Em 2011, foram estabelecidas, no país, Redes de Atenção à Saúde prioritárias dentro das RASs, dentre as quais está a Rede de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM/MS nº 1600/2011. A AB, como componente dessa rede, objetiva garantir o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado até que seja realizada a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário, com implantação do acolhimento junto com a avaliação de riscos e vulnerabilidades.⁵ Ressalta-se que essa porta de entrada do SUS para os pacientes em situações de urgência e emergência, em algumas realidades brasileiras, pode ser a única acessível ao usuário, o que confere à mesma grande relevância e responsabilidade.

Uma pesquisa que teve como objetivo identificar as atribuições da AB no atendimento às urgências, a partir das políticas nacionais de saúde, indica que a interface entre as políticas de urgência e de AB merece ser valorizada em novos estudos.⁶

Diante do exposto, o desenvolvimento desta pesquisa apresenta como pergunta de investigação: *Como equipes de Saúde da Família (eSF) percebem a atenção básica na rede de urgência?* Assim, este estudo, realizado pelo Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS), teve como objetivo conhecer a percepção de equipes de Saúde da Família sobre a atenção básica na rede de urgência, de um município da região da Grande Florianópolis - SC. Acredita-se que a importância desta pesquisa está em apontar subsídios para melhorar o atendimento das urgências e emergências na AB.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em três Centros de Saúde (CS) do município de Palhoça, em Santa Catarina. No período da investigação, havia no município 19 CS com 25 ESF. Para a coleta de dados, foram selecionados, aleatoriamente, três CS sendo um de cada região (centro, norte e sul), atendendo ao critério de ter ESF implantada.

Do total de 61 profissionais que atuam nos CS selecionados, 22 participaram do estudo, pertencentes às categorias: enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Utilizou-se para determinar o número de participantes o princípio de saturação dos dados. Para a inclusão dos profissionais, considerou-se como critérios: o vínculo profissional com a Secretaria Municipal de Saúde; estar exercendo suas atividades laborais no período da coleta de dados; e ter, no mínimo, seis meses de atuação na eSF, tempo que se considera necessário para o profissional conhecer a AB na rede de urgência.

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2011, em ambiente privativo dos CS, por meio de entrevista semiestruturada que teve duração média de 30 minutos, gravada em formato MP3 e transcrita posteriormente.

Para a análise dos dados, adotou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) por retratar não o pensamento individual dos participantes do estudo, mas o da coletividade, o que faz dele um instrumento para intervenção na realidade. O DSC é constituído por quatro figuras metodológicas: Expressões-Chaves (ECHs); Ideias Centrais (ICs); Ancoragem (AC); e DSC propriamente dito.⁷

As ECHs são trechos que destacam a essência do conteúdo dos discursos sobre uma ideia central. A IC é expressão que descreve sucintamente o sentido do conjunto de ECHs, dando origem ao DSC. A AC é o fundamento

que o sujeito utiliza para elaborar seu discurso e que pode estar baseada em uma ideologia ou crença. O DSC é um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular, estruturado pelas ECH que têm a mesma IC.⁷

Os procedimentos para construção do DSC foram: leitura do discurso de cada participante e a extração das ECHs e ICs dos mesmos; e agrupamento das ECHs dos diferentes discursos individuais com a mesma IC, originando assim os diferentes DSC. Cabe informar que nos discursos individuais não foram encontradas ACs.

O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 2026/12. Aos profissionais foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os aspectos éticos recomendados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram codificadas com a letra E (Enfermeiro); TE (Técnico de enfermagem); M (Médico); D(Dentista); e AC (Agente Comunitário), seguidas de números que correspondem à sequência de realização das entrevistas (E1, E2, TE1, TE2,...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 22 profissionais que participaram do estudo, três eram médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde e um dentista. A faixa etária dos profissionais variou de 22 a 55 anos e o tempo de atuação na unidade ocorreu entre sete meses e nove anos, sendo seis sujeitos com seis a 11 meses de atuação; 10 com um até quatro anos; e seis deles com cinco a nove anos.

Os resultados revelam quatro discursos que emergiram da percepção dos profissionais da eSF referentes à Atenção Básica na rede de urgência. Estes discursos e as respectivas ideias centrais (ICs) são apresentados na Figura 1.

Discurso do Sujeito Coletivo 1	
Ideia Central	
A AB como referência à urgência e emergência	O atendimento na unidade tem demanda espontânea, nunca se sabe o que vai surgir. O local é longe dos prontos atendimentos e hospitais, a população é carente e tem dificuldade de ir a outro serviço de saúde. Mesmo que o nosso atendimento seja de atenção básica, que não seria direcionado à urgência e emergência, nós somos referência para a população, pois é um local que tem equipe de saúde. Eles podem trazer alguém com algum agravio e a gente tem que ter condições e capacidade de atender e estabilizar até que acione o serviço que seria para essa situação. Precisa ter toda uma referência e contrarreferência com relação a isso. A gente é a porta de entrada desse tipo de situação. (E2, E4, M1, TE1)
Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo 2
Fluxo do atendimento de urgência e emergência	Quando é identificado o paciente em situação de urgência ou emergência, ele é avaliado primeiro pela enfermeira, depois pelo médico, e geralmente a enfermeira solicita a ambulância, pois mesmo tendo estabilizado o paciente, ainda há risco de vida e precisa de melhor estrutura de atendimento. Em situação de urgência, a gente tenta o transporte da prefeitura e se faz a contrarreferência com o pronto atendimento do município, enviando na ambulância os profissionais do posto, e em situação de emergência, chamamos o SAMU, e, às vezes, até a polícia para se ter uma viatura. (E1, E2, E3, E4, M1, M2, M3, D1, TE1, TE2, TE3, TE4)
Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo 3
Dificuldades do atendimento de urgência e emergência na AB	A unidade básica não tem estrutura pra receber emergência, falta material, equipamento, espaço e a gente não tem capacitação para atender esse tipo de situação. A pessoa não deveria vir para o posto de saúde com risco de vida porque é risco para o paciente. Vai vir aqui só perder tempo, que poderia utilizar para ir direto ao hospital, e a gente tem uma dificuldade bastante grande com o transporte do paciente. Algumas vezes já fomos até a casa do paciente usando carro particular e até ônibus já pagamos para que eles pudessem ir ao pronto atendimento. (E1, E2, E3, M2, M3, TE2, ACS3, ACS4, ACS5)
Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo 4
Potencialidades do atendimento de urgência e emergência na AB	Primeiramente, todos se empenham em acolher a pessoa no posto, e embora a gente não tenha o material adequado, vemos o que é urgência, emergência e o que pode marcar consulta. A equipe dá o primeiro atendimento, a pessoa é medicada e não fica enchendo as emergências dos hospitais. Isso até ajuda a população que talvez nem tenha condições de chegar a outro atendimento. A gente luta contra o tempo e faz o que está ao nosso alcance. (E3, E4, M1, M2, ACS5, ACS6)

Figura 1. Discursos do Sujeito Coletivo e respectivas Ideias Centrais sobre a Atenção Básica na rede de urgência. Palhoça, SC, Brasil, 2011.

No primeiro discurso, destacam-se três aspectos: a AB como referência da população e porta de entrada para as situações de urgência e emergência; o entendimento de que a AB precisa ter condições para desempenhar o seu papel na estabilização da vítima e no acionamento dos serviços de apoio especializados; e a necessidade da referência e contrarreferência.

Neste discurso, a AB como referência está relacionada à facilidade de acesso, pois a comunidade vive longe da unidade de pronto atendimento e de hospitais e apresenta dificuldades financeiras para se deslocar a outro serviço de saúde. Contudo, observa-se no discurso uma contradição em relação ao que determina a Política Nacional de Atenção às Urgências, que a AB é um componente da rede de urgências do SUS. Na percepção dos profissionais, as situações de emergência não devem ser atendidas nesse nível de cuidado à saúde, embora o atendimento seja realizado, uma vez que a equipe entende como de sua

responsabilidade a assistência ao usuário mesmo em situação crítica.

Fica evidenciado no discurso que os atendimentos são realizados respeitando o nível de complexidade tecnológica da unidade de saúde, tendo em vista que os profissionais solicitam o serviço de apoio quando necessário.

O acesso aos serviços de saúde tem sido alvo de pesquisas realizadas na AB. Estudos que analisaram a percepção dos usuários sobre o acesso à Estratégia Saúde da Família (ESF) revelaram problemas no mesmo, a exemplo da dificuldade para agendar consulta.⁸⁻⁹ A ESF se mostra como uma estreita porta de entrada do SUS, que merece um olhar diferenciado, tomando como ponto de partida as necessidades dos indivíduos.⁸

Na avaliação do desempenho do sistema de saúde, define-se acesso como a capacidade do sistema em prover, no momento certo e lugar adequado, o cuidado e o serviço necessários.¹⁰

Hermida PMV, Nascimento ERP do, Belaver GM et al.

A AB como porta de entrada para as situações agudas também está presente na literatura. Em unidades de SF do interior paulista, 86,8% dos profissionais expressaram ter participado de algum tipo de cuidado de urgência/emergência.¹¹ Em Florianópolis, também foi alto o percentual de profissionais de nível superior das ESF que informaram realizar atendimento de urgência/pronto atendimento, apesar das dificuldades organizacionais identificadas na ESF como porta de entrada preferencial e regular.¹²

Pesquisa com gestores da AB de municípios do Rio de Janeiro revelou a compreensão dos mesmos em relação ao papel da AB no atendimento às urgências. Para a maioria dos gestores, nesse nível de atenção deve ser realizado o atendimento à demanda espontânea, e se esta for uma urgência deve ser atendida de forma imediata, estabilizada e, se necessário, transferida para outro ponto da RAS.⁶

Destaca-se que ainda existem profissionais da AB que não reconhecem sua responsabilidade às urgências, o que mostra que a proposta de inversão da lógica do atendimento, de sistemas fragmentados para o de redes de atenção às urgências integradas verticalmente, até o momento, não alcançou todos aqueles envolvidos no processo.¹³

O Ministério da Saúde reconhece entre os desafios e necessidades da atenção às urgências a estratificação de riscos (produzindo equidade), a garantia do acesso aos serviços conforme a situação e a integração entre unidades assistenciais de diferentes perfis (Unidade de SF, Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, hospitais de emergência e trauma).⁵

Além da acessibilidade, outro atributo da qualidade do sistema de saúde na atenção às urgências é o reconhecimento imediato da gravidade dos casos pelos profissionais.¹⁴ Pesquisa com médicos e enfermeiros da SF identificou que 55,3% deles consideram sua equipe capaz de prestar atendimento inicial de urgência/emergência; a grande maioria (81,6%) afirma ter aptidão para diferenciar os níveis de urgência e emergência; e o mesmo percentual (81,6%) considera adequadas as ações de atendimento dessas situações.¹¹

No que se refere ao aspecto de que a AB precisa ter condições para estabilização das vítimas e acionamento dos serviços de apoio, presente no discurso, o Ministério da Saúde destaca ser relevante a equipe estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte

Percepção de equipes de saúde da família sobre...

básico de vida e acionar o serviço de remoção para a continuidade da assistência.⁵

Em relação à referência e contrarreferência, apontadas pelos participantes do estudo, é recomendado que a população com agravos agudos seja acolhida em qualquer nível do sistema de saúde, o que significa que tanto a AB quanto os serviços especializados devem estar preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os outros níveis de atendimento quando se esgotarem as possibilidades de complexidade de cada serviço.¹⁴

Um sistema de referência e contrarreferência é essencial para que os serviços de saúde funcionem de maneira integrada, em uma perspectiva de rede de serviços. Neste sentido, entende-se este sistema como mecanismo de encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.¹⁵

O segundo DSC está relacionado principalmente a dois elementos: avaliação do usuário na situação de urgência e emergência e transporte do paciente entre a AB e o serviço especializado. O usuário com necessidades de atenção voltadas à urgência/emergência segue um fluxo de avaliação dentro do serviço de AB, que passa da enfermeira ao médico para a sua estabilização e posterior encaminhamento ao nível de atenção especializada. A avaliação do paciente, que permite classificá-lo na situação de urgência ou emergência, define o seu fluxo na rede de atenção à urgência e o tipo de transporte que será providenciado.

Estudo corrobora a AB como parte integrante da rede de urgência, com papel de acolher a demanda espontânea, resolver as urgências de baixa complexidade, bem como manejar e providenciar transporte adequado às urgências mais complexas.⁶

Chama atenção que o DSC 2 não esclarece se a avaliação do usuário na situação de urgência e emergência, realizada pelo enfermeiro e pelo médico, é baseada em um protocolo de classificação de risco, como recomenda o Ministério da Saúde.

A implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) na ESF é imprescindível para garantir segurança à equipe e a equidade no acesso, priorizando os usuários que necessitam de atendimento imediato. O acolhimento pode ser entendido como a identificação dos pacientes da demanda/dia que precisam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, segundo o potencial de risco e agravos à saúde, usando um processo de escuta

Hermida PMV, Nascimento ERP do, Belaver GM et al.

qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo.¹⁶

Na organização da AB, a classificação de risco por meio de cores (vermelho, amarelo, verde e azul) pode significar uma importante estratégia de superação do modelo de distribuição de 'fichas' e 'filas', que permite identificar as necessidades e estabelecer as prioridades de atendimento.¹⁷

Ainda neste discurso, fica evidente que após a estabilização do paciente na AB, o mesmo é encaminhado para o serviço especializado quando ainda há risco de vida e a sua situação demanda melhor estrutura de atendimento, reforçando a compreensão da necessidade do atendimento em rede. Nesse processo de encaminhamento, o enfermeiro geralmente assume o papel de solicitar o transporte cujo tipo será determinado pela definição da condição do usuário como urgente ou emergente, podendo incluir a ambulância do município, o SAMU e até a viatura da polícia. Na situação específica de urgência, a vítima é encaminhada para o nível especializado na ambulância do município com os profissionais da unidade de saúde.

A participação do enfermeiro é retratada em dois momentos do atendimento, tanto na avaliação do usuário quanto no seu encaminhamento para outro serviço, porém não fica clara a autonomia do profissional na decisão desse encaminhamento.

Destaca-se que em todos os níveis de atenção à saúde, a enfermagem desempenha papel fundamental como integrante da equipe no atendimento de urgência, pelo cuidado direto ao paciente, no gerenciamento do local e de toda a equipe.¹⁸

A função desempenhada pelo enfermeiro, revelada no DSC2, está em conformidade com as atribuições do enfermeiro na AB, definidas na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, a qual prevê para este profissional, dentre outras atuações, atividades de atendimento à demanda espontânea e encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços.¹⁹ O resultado do trabalho do enfermeiro dependerá de como está estabelecido o sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção às urgências, considerado fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, pois sua estruturação, dentre outros fatores, facilitará o fluxo de atendimento de usuários aos diversos níveis de atenção, o que exige a integração dos serviços e o estabelecimento de encaminhamentos formais da clientela.²⁰

No terceiro DSC, relacionado à IC dificuldades do atendimento de urgência e

Percepção de equipes de saúde da família sobre...

emergência na AB, destacam-se dois aspectos: a falta de estrutura da unidade e a de capacitação profissional. Na fala dos participantes, a falta de condições (materiais, equipamentos, espaço físico, transporte e capacitação da equipe) para a assistência na AB se configura em atraso para um atendimento efetivo a usuários em risco de vida.

A literatura sobre o tema corrobora as dificuldades para o atendimento das urgências e emergências na AB identificadas neste estudo. Realidade semelhante foi encontrada em Belo Horizonte, onde os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde apontaram como dificuldades: inadequação da estrutura física; falta de materiais e insumos e de tecnologia complexa; e despreparo da equipe de saúde para procedimentos técnicos.¹³

Pesquisa que envolveu gestores de municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro evidenciou dentre os desafios para garantir o atendimento das urgências na AB: equipes incompletas por dificuldades na contratação de médico; problemas estruturais, incluindo ausência de equipamentos; e insumos adequados para o manejo dessas situações.⁶

Para atender efetivamente às demandas de urgência e até de emergência na AB, é necessário considerar uma série de condições, incluindo-se competência técnica dos profissionais, sistema de regulação do transporte, recursos tecnológicos mínimos e área física adequada,²¹ condições estas prejudicadas no cenário deste estudo.

A capacidade das eSF de um município do interior paulista indica que as dificuldades dos profissionais em realizarem atendimentos de urgência e emergência podem estar relacionadas à falta de materiais e à escassez de atividades de educação permanente. As lacunas no sistema de informação local e a falta de organização e de projetos estratégicos também foram atribuídas às dificuldades enfrentadas pelas unidades de SF na atenção às urgências e emergências.¹¹

Embora a própria PNAU aponte como aspectos fundamentais para o atendimento às urgências/emergências no componente pré-hospitalar fixo (AB e ESF) a capacitação dos recursos humanos, estruturação dos recursos físicos e grade de referências, incluindo-se nesta a adoção de mecanismos para a garantia de transporte,²² os estudos mencionados, assim como a presente pesquisa, mostram que as dificuldades ainda são reais na atenção às urgências e emergências na AB.

Hermida PMV, Nascimento ERP do, Belaver GM et al.

Percepção de equipes de saúde da família sobre...

Reforça-se que os serviços de saúde precisam estar habilitados tecnicamente e possuir adequada infraestrutura física, de pessoal, recursos materiais e equipamentos para o primeiro atendimento ou para a estabilização dos quadros de urgência a fim de posterior encaminhamento da vítima às unidades de maior complexidade.¹⁴

Viabilizar um sistema de transporte adequado pode interferir no encaminhamento do usuário entre os serviços e no desfecho do atendimento em situação de urgência e emergência.

Os tipos de transporte utilizados pelos profissionais no atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência na AB, presentes no discurso, estão dentre as várias possibilidades de veículos preconizadas pela Portaria GM nº 2.048.²³ Entretanto, chama atenção que na situação de urgência, não especificada na fala dos participantes, o usuário é encaminhado na ambulância com profissionais da AB, o que pode comprometer o atendimento deste serviço de saúde, a depender da sua demanda de trabalho e do seu quantitativo de recursos humanos.

Quando a necessidade do usuário exige transporte da AB para serviços de maior complexidade, estudo aponta o uso de ambulância como um obstáculo, uma vez que as ambulâncias disponíveis no município para atender a essa demanda não possuem profissionais especializados para realizar atendimentos mais complexos.²⁴

O quarto DSC cuja IC é potencialidades no atendimento retrata empenho dos profissionais para acolher o usuário e classificar o risco necessário para definir o fluxo de atendimento, o que contribui para diminuir as demandas de atendimento dos serviços de emergência e beneficiar a população pela garantia de acesso à assistência. Este discurso mostra que a AB está exercendo, de certa maneira, o seu papel na rede de atenção às urgências, apesar das dificuldades apresentadas nos DSC 1 e 3.

Diferentemente deste estudo, a literatura aponta serviços de AB que não se dedicam ao acolhimento e atendimento dos seus usuários, acarretando prejuízos à população pela dificuldade de acesso e aumento da demanda nas Emergências.²⁵⁻⁶ No interior do Estado do Rio de Janeiro, o trabalho dos profissionais da ESF provoca o encaminhamento dos usuários para fora da unidade de saúde e aumenta a demanda do serviço de emergência.²⁵

No estado de São Paulo, unidades da AB mostram dificuldades de acesso aos usuários, haja vista que os mesmos não encontram os

recursos necessários ao seu atendimento e, ao sentirem-se insatisfeitos, procuram serviços de alta complexidade. Desta forma, atropela-se o fluxo que leva à manutenção da sobrecarga de serviço aos níveis de atendimento de maior complexidade, como as UPAs e as emergências hospitalares.²⁷

No atendimento às demandas de criança menores de cinco anos com problemas respiratórios, as lacunas evidenciadas no acolhimento e na humanização do serviço na AB, em Cascavel, Paraná, indicam que a família consegue agendar consulta dependendo da “vontade” de quem está na recepção.²⁶

Em municípios do Rio de Janeiro, a maioria dos gestores aponta que é difícil absorver as demandas não programadas e que a maior parte das urgências ao chegar à AB é encaminhada para os serviços de maior complexidade tecnológica (Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais). Assim, o papel da AB no atendimento às urgências até permeia o discurso dos gestores, mas não se concretiza na prática.⁶

Diante dessa realidade, sugere-se que no cenário político sejam discutidos os condicionantes da AB para a sua resolutividade e legitimidade perante a população, tal como a necessidade de rever a abrangência populacional adstrita por equipe de Saúde da Família, pois quanto maior o número de pessoas sob responsabilidade de uma equipe, maior a probabilidade de ocorrência de demanda espontânea,⁶ a qual pode incluir situações de urgência e emergência.

A conformação de territórios de atenção à saúde pelas equipes de SF deverá ser capaz de se relacionar com a urgência e emergência pela classificação de risco e resolutividade dos agravos agudos de menor complexidade. Assim, esses territórios se tornam espaços de cuidado, de garantia do primeiro contato e do encaminhamento responsável para a utilização coerente das tecnologias disponíveis nos serviços de referência especializada.²⁸

As unidades de atenção básica como coordenadoras das RASs devem facilitar o acesso, dispor de infraestrutura e recursos humanos capacitados para assumir seu papel na estabilização dos usuários com quadros agudos e, posteriormente, na transferência para unidades de média ou alta complexidade, conforme a necessidade de cada situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos discursos de equipes de Saúde da Família sobre a atenção básica no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência evidenciou quatro ideias centrais: os profissionais atendem às situações de urgência e emergência por compreenderem ser a unidade referência e porta de entrada para a população com demandas de saúde urgentes ou não; após o atendimento inicial, providenciam o encaminhamento do usuário para unidades de maior porte; apontam fragilidades da unidade para o atendimento, relacionadas à estrutura física, aos recursos materiais e à qualificação profissional para a estabilização dos pacientes e, como aspecto potencial, a acessibilidade do usuário ao serviço, o comprometimento da equipe no atendimento e o reconhecimento de que a atenção básica compõe a rede de atenção às urgências, contribuindo para diminuir a demanda nos serviços de emergência hospitalar.

Assim, o estudo indica necessidade de melhorias na atenção básica para que a assistência aos usuários em situações de urgência e emergência seja segura e proporcione o encaminhamento adequado dos usuários. Cabe aos gestores colocarem em prática as Portarias do Ministério da Saúde/MS, aqui em especial, a GM/MS nº 1600/2011, para que os serviços de atenção básica tenham papel efetivo na rede de urgência, o que deve ser aliado ao comprometimento dos profissionais e às reivindicações da população através de fóruns de discussão, como também nos conselhos municipais de saúde.

Nessa perspectiva, este estudo contribui ao mostrar as fragilidades e potencialidades da atenção básica para o atendimento das urgências e emergências, o que possibilita vislumbrar avanços e desafios para a rede de atenção às urgências e emergências e consequente integralidade do cuidado.

A limitação do estudo está relacionada ao seu potencial de generalização, uma vez que este foi realizado em somente um município de Santa Catarina/SC. Neste sentido, sugerem-se outras pesquisas sobre o tema para buscar aprender o fenômeno investigado.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à

saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. p.88.

3. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 10];19(2):343-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>
4. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. Rev gaúch enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 11];34(2):111-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a14.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jul. 2011. p.69-70.
6. Soares SS, Lima LD, Castro ALB. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2014; [cited 2014 Nov 4];5(2):170-7. Available from: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/214/147>
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2nd ed. Brasília: Liber Livro; 2012.
7. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface comun saúde educ [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 11];14(35):797-810. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>
8. Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 12];15(4):2145-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a28v15n4.pdf>
9. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 12];17(4):921-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a14.pdf>
10. Garcia AB, Papa MAF, Carvalho Júnior PM. Estratégia da saúde da família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. Rev Nursing. 2012; 14(167):216-20.

Hermida PMV, Nascimento ERP do, Belaver GM et al.

Percepção de equipes de saúde da família sobre...

11. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de saúde da família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 17];20(4):991-1004. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/16.pdf>
12. Rocha RLP, Velloso ISC, Alves M. Relações entre profissionais de uma unidade básica de saúde e do sistema de atendimento móvel de urgência. *Rev Méd Minas Gerais*. 2009; 19(4):317-24.
13. 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* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 12];18(2):266-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>
14. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 10];15(Supl 3):3579-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>
15. Roncato PAZB, Roxo CO, Benites DF. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 15];56(4):308-13. Available from: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-4/1048.pdf>
16. Borges JDM, Silva LAA. The reception in basic health care: knowledge and practices. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2015 July 3];9(5):7887-94. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6543/pdf_7826
17. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 20];16(1):211-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
19. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. *Rev enferm UFSM* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 10];1(1):31-40. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337/1509>
20. Lumer S, Rodrigues PHA. O papel da saúde da família na atenção às urgências. *Rev APS* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 10];14(3):289-95. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/898/506>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. Política nacional de atenção às

urgências. 3rd ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2002. p.32-54.

24. Santana JS, Santos SR, Medeiros AL, Soares MJG, Chacon SM. Accessibility to health services: opinion of users. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2015 July 13];8(Supl 3):4046-55. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5353/pdf_6608

23. 25. 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 [cited 2015 Jan 10];15(5):2473-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a22.pdf>

24. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev RENE* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 17];13(2):332-42. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981010.pdf>

25. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional primary healthcare units and family healthcare strategy units in the perspective of users. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 17];22(3):780-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>

26. Mendonça CS. Saúde da família, agora mais do que nunca! *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 12];14(Supl 1):1493-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a22v14s1.pdf>

Submissão: 14/07/2015

Aceito: 26/02/2016

Publicado: 01/04/2016

Correspondência

Patrícia Madalena Vieira Hermida
Servidão Romeu Joaquim Antunes, 173
Bairro Campeche
CEP 88065-260 – Florianópolis (SC), Brasil