



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: estamos preparados para  
acolher essa demanda?**

**SOBRAL – CEARÁ  
2020**

**DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: estamos preparados para  
acolher essa demanda?**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Orientador: Prof. Dr. Israel Rocha Brandão.

**SOBRAL – CEARÁ**

**2020**

**DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: estamos preparados para  
acolher essa demanda?**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONCEITO: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Israel Rocha Brandão  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

**Orientador**

Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

1º Examinador

Prof. Dr. Geison Lira Vasconcelos  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

2º Examinador

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Queiroz, Daniela Sandra Rego

Urgência e Emergência na Atenção Básica: estamos preparados para acolher esta demanda? [recurso eletrônico] / Daniela Sandra Rego Queiroz. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: 4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 110 folhas.

Orientação: Prof. Dr. Israel Rocha Brandão.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Atendimento de Urgência . 2. Atendimento de Emergência. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Acolhimento. I. Título.

A minha mãe, apenas posso agradecer por tudo que você me ensinou, jamais consegui compensar devidamente a dedicação que sempre manifestou. Você foi uma bênção sem comparação e só espero que um dia minha filha possa sentir orgulho igual por mim.

A minha filha, a qual me sinto cheia de orgulho pela pessoa que estou criando. A melhor coisa que tenho é ela: a minha menina. E farei qualquer coisa para vê-la feliz e sorrindo em todas as etapas da sua vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiro a Deus pelas oportunidades de evolução, sustento e auxílio em todos os momentos da minha vida. Obrigada Senhor pelo vosso amor incondicional que não consigo descrever, mas somente sentir ao longo da minha vida.

Ao Prof. Dr. Israel Rocha Brandão, meu orientador, obrigada pela compreensão e disponibilidade para orientação deste trabalho. Agradeço também pelo privilégio de receber suas brilhantíssimas orientações e dedicação durante este árduo período.

Ao prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto e ao Prof. Dr. Geison Lira pelas valiosas contribuições e apoio ao meu trabalho.

Às Profa. Maria Socorro de Araújo Dias e Maristela Inês Osawa Vasconcelos pelo exemplo de profissionais, pelas reflexões e aprendizado ao longo dessa jornada.

Aos meus queridos amigos de pós-graduação que me acompanharam durante esses anos.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela construção do saber nesse período de formação, bem como à secretária do MPSF, pela disponibilidade, zelo e carinho.

Muito obrigada!!!!

*Nem tudo é verdadeiro, mas em todo lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade, talvez, adormecida, mas que, no entanto, está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós, cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar.*

*Foucault (1979)*

## RESUMO

Atenção Primária à saúde tem a responsabilidade de acolher e atender adequadamente a demanda que lhe ocorre e se responsabilizar pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários para o atendimento. Sendo assim, é condição *sine qua non* que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima. É interessante afirmar que dentro do cenário de atendimento ao usuário, enquadra-se a Política Nacional de Atenção às Urgências que tem como diretrizes a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção. Isto contempla a classificação de risco, intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção e qualificação da assistência, utilizando como meio a educação permanente das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. Este estudo objetivou elaborar um fluxograma de atendimento de urgência e emergência resolutivo e humanizado na Atenção Primária à Saúde. Para o desenvolvimento desta investigação optou-se por uma pesquisa do tipo intervenção pedagógica, sob abordagem qualitativa, orientada pela teoria Histórico-Cultural de Vygotsky. Foi realizada em nas Unidades básicas de saúde de Santana do Acaraú, Ceará com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentista. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, aprovada sob parecer Nº 3.517.620. Para exploração do material e processamento dos dados textuais concedidos por meio do questionário foi utilizado o *software* IRAMUTEQ. Foi percebido com o estudo que a atenção primária não tem material/equipamento para atender esta demanda como também não se sente preparada. Pode-se então concluir que o atual modelo de atendimento à demanda espontânea é ineficaz, os casos de urgência e emergência são encaminhados ao hospital municipal em sua grande maioria sem nenhum tipo de atendimento inicial. Boa parte dos profissionais não estão preparados para os casos agudos. Esta representação da atenção às urgências e emergências resulta da convergência de diversos entraves sofridos pelo Sistema Único de saúde (SUS) vigente no Brasil. A busca pela integralidade do cuidado, categoricamente não acontecerá sem a efetivação de uma política transversal capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Por mais que isso possa ser complexo, não pode mais ser visto como inviável.

**PALAVRAS CHAVES:** atendimento de urgência; atendimento de emergência; atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Primary Health Care has the responsibility to adequately receive and meet the demand that flows to it and to be responsible for the referral of this clientele when the unit does not have the necessary resources for care. Thus, it is a sine qua non condition that the demand presented by the user is accepted, listened to, problematized and recognized as legitimate. It is interesting to affirm that within the scenario of user care, the National Policy of Emergency Care is framed, which has as guidelines the expansion of access and reception to acute cases demanded to health services in all points of care. This includes the classification of risk, adequate and necessary intervention to the different injuries, articulation and integration of the various health services and equipment, constituting health networks with connectivity between the different points of care and qualification of care, using as a means the permanent education of the Health Teams of the SUS in emergency care, in accordance with the principles of integrality and humanization. This study aimed to elaborate a flowchart of urgent and emergency care and humanized emergency in Primary Health Care. For the development of this research, we opted for a research of the type pedagogical intervention, under a qualitative approach, guided by Vygotsky's Historical-Cultural theory. It was performed in the basic health units of Santana do Acaraú, Ceará with medical professionals, nurses, nursing technicians and dentists. The research was submitted to the Research Ethics Committee of the Vale do Acaraú State University - UVA, approved under opinion No. 3,517,620. For the exploration of the material and processing of textual data granted through the questionnaire, the IRAMUTEQ software was used. It was perceived with the study that primary care does not have material/equipment to meet this demand, but also does not feel prepared. It can then be concluded that the current model of spontaneous demand care is ineffective, urgent and emergency cases are referred to the municipal hospital in the vast majority without any type of initial care. Most professionals are not prepared for acute cases. This representation of emergency care results from the convergence of several obstacles suffered by the Unified Health System (SUS) in force in Brazil. The search for comprehensive care will categorically not happen without the implementation of a transversal policy capable of improving access, reception and quality of services provided in the SUS. As complex as this may be, it can no longer be seen as unfeasible.

**KEY WORDS:** emergency care; urgency care; primary health care

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Linha do tempo das Políticas de Urgência e Emergência	25
FIGURA 2 – Componente da RUE e suas interfaces	
FIGURA 3 – Eixos da RUE	29
FIGURA 4– Representação Gráfica do Fluxograma de Merhy	42
FIGURA 5– Localização do Município de Santana do Acaraú	47
FIGURA 6– Descrição do <i>Corpus</i> do texto	52
FIGURA 7– Análise Estatística do estudo	52
FIGURA 8– Dendograma de CHD	53
FIGURA 9– Plano Cartesiano de AFC	63
FIGURA 10 – Análise de similitude	64
FIGURA 11 – Nuvem de Palavras	65
FIGURA 12– Fluxograma de atendimento as urgências e emergências pela Unidade Básica de Saúde	68
FIGURA 13 Fluxograma de atendimento a demanda espontânea APS	70

## LISTA DE ABREVIACOES

APS	Atenção Primária  Saúde
AVIS	rea de Vigilância Integral  saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca virtual em saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
ESF	Estratégia saúde da família
GM	Gabinete do Ministério
IAM	Infarto agudo do miocárdio
INAMPS	Instituto nacional de assistência medica e previdência social
Km	Quilmetros
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção Às Urgências
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de atenção à saúde
RAU	Rede de atenção às urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
ZPD	Zona de Desenvolvimento Proximal
%	Porcentagem

## SUMÁRIO

1 CAPÍTULO I - À GUISA DE UMA INTRODUÇÃO .....	12
2 CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA .....	18
2.1 A Atenção Primária à Saúde perspectivas do atendimento integral à saúde e coordenação do cuidado .....	18
2.3 Acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco.....	31
2.4 Vygotsky na construção do conhecimento .....	37
2.5. Fluxograma Analisador de Merhy como ferramenta de análise dos processos de trabalho .....	40
3 CAPÍTULO III - METODOLOGIA.....	43
3.1 Tipo de estudo.....	43
3.2 Cenário da Intervenção .....	45
3.3 Participantes.....	47
3.4 Procedimentos .....	47
4 CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	53
CAPÍTULO V – INTERVENÇÃO .....	73
6 CAPÍTULO VI - ANÁLISE DA INTERVENÇÃO .....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	83
APÊNDICE A - TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	97
APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA .....	100
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO .....	101
APÊNDICE D - CAPA DO PORTFÓLIO.....	102
APÊNDICE E – PARTE INTERNA DO PORTFÓLIO .....	103
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....	104

## 1 CAPÍTULO I - À GUIA DE UMA INTRODUÇÃO

Para adentrarmos a temática da urgência e emergência precisamos contextualizar seu papel dentro do sistema de saúde. A partir da constituição de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) no País. Com as Leis Nº 8.080/1990 e 8.142/1990, foram criados os princípios do novo modelo de atenção à saúde, que fomentaram reflexões sobre a saúde como direito e a necessidade da participação social no processo. Um exemplo dessas reflexões é o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) como uma ferramenta de reorganização do cuidado em saúde norteado por ações de promoção, proteção e prevenção. Essa estratégia tinha como alvo as práticas de saúde, em comutação ao tradicional modelo de assistência que era orientado para a cura de doenças. O PSF presumia que a atenção à saúde poderia estar centrada na família, a qual deveria ser percebida em seu espaço físico e social. Assim, a adoção desses pressupostos possibilitaria aos profissionais de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além de práticas curativas. Essa estratégia iniciou-se com objetivo de:

“Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p.10).

Ao longo dos anos muito se tem discutido sobre os Sistemas de Atenção à Saúde, estes são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o conjunto de atividades com pressupostos primários de promover, restaurar e manter uma saúde digna de uma população. Esses sistemas são respostas sociais deliberadas às demandas de saúde da população, que se mostram nos indicadores de saúde, para isso é necessário que haja uma harmonia entre a estrutura do sistema e os indicadores de saúde da população (MENDES, 2011). Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação da ESF, é axiomático que a atenção se

responsabilize pelo acolhimento à demanda espontânea, por conseguinte pelos 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 (BRASIL, 2003). A Atenção Primária à Saúde (APS) tem a responsabilidade de acolher e atender adequadamente a demanda que lhe acorre e se responsabilizar pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários para o atendimento (BRASIL, 2011).

Sendo assim, é condição *sine qua non* que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima, uma vez que esse acolhimento ineficiente gera ruídos que culminam em queixas, reclamações, retornos repetidos e busca por outros serviços. “O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores da saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”. (BRASIL, 2013a, p. 19-20).

Deste modo, pode-se afirmar que a APS para ser resolutiva deve ter uma capacidade ampliada de escuta qualificada para lidar com a heterogeneidade de sofrimentos, adoecimentos, reivindicações e necessidades da população, analogicamente, vê-se a necessidade de discutir a melhor forma de acolher. Os vários tipos de demanda podem, na sua grande maioria, ser acolhidos e resolvidos pela APS

Apesar da necessidade de agendar o acompanhamento das pessoas com os profissionais, também é fundamental que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços, o que torna mais acessível ao usuário, caso este tipo de atendimento seja realizado na APS, de modo que se mantenha o foco nas necessidades do usuário e, ao mesmo tempo, contemple a realidade de cada UBS.

A compreensão da forma como se constituiu e vem se constituindo a atenção à saúde no Brasil implica em um conjunto de considerações teóricas para delinear o cenário em que se insere essa questão do estudo. A escolha pelo recorte acolhimento à demanda espontânea com ênfase nos pacientes com agravos agudos ou crônicos agudizados, ou seja, a urgência e emergência, demanda introdução a

alguns aspectos pertinentes ao raciocínio futuramente desenvolvido, propõe-se uma discussão sobre o cuidado integral em saúde e os processos de trabalho para sua efetivação. Neste contexto, fica claro que entre as atribuições da APS destaca-se a necessidade de ficar alerta para complicações clínicas, as quais ações de caráter emergencial ou de urgência devem ser identificadas, afinal, a ESF deve ser a primeira escolha para resolução de instabilidades clínicas e a equipe de saúde deve estar preparada para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las, se necessário (NOBREGA; BEZERRA; SOUSA, 2015).

É interessante afirmar que dentro do cenário de atendimento ao usuário enquadra-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que tem como diretriz a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco, intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção e qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências, em acordo com os princípios da integralidade e do acesso (BRASIL 2011). Sendo assim a APS está inserida na rede de atenção às urgências como porta de entrada.

Um fato que gera inquietude foi mostrado no estudo realizado por Oliveira e Coriolano-Marinus (2016), em que os profissionais expõem uma percepção de ESF baseada em ações de promoção à saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças e proteção da saúde incluindo ações educativas, visitas ao lar e consultas ambulatoriais voltadas ao bom desempenho de metas previamente programadas de atenção à saúde e desconsideram a ESF como parte da rede de atenção às urgências e emergências, apontando o desconhecimento das leis que regem o primeiro atendimento. Esse fato mostra ser imprescindível a apresentação de questionamentos aos profissionais envolvidos, tendo na educação permanente em saúde uma estratégia de reorganizar a rede de atendimento bem como qualificar os profissionais envolvidos, objetivando engajar todos em prol do acolhimento adequado às necessidades de saúde da população.

A proximidade com o mundo da pesquisa me foi oferecida no início do mestrado fazendo-me vislumbrar algo que já me inquietava, por outros prismas. O embaraço que eu tinha diante de uma nova visão de pesquisa fez-me maturar a

ideia de pesquisar o meu cotidiano, reconhecendo que não seria fácil, ainda mais para quem havia saído dos bancos da academia há muito tempo, senti acima de tudo, que seria possível me envolver no processo. Pois, enquanto Enfermeira da assistência secundária de um hospital de pequeno porte, em uma cidade do interior do Ceará, deparava-me diariamente com sujeitos com quadros agudos de baixa complexidade ou com nenhuma característica de urgência, sendo encaminhados pela APS ao serviço secundário. Estudos de Konder (2013) mostram que estas pessoas recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos à integralidade do cuidado, paralelamente sobrecarregam os serviços de urgência e emergência, cujas demandas se misturam, interferindo na qualidade do cuidado prestado a quem realmente necessita de atendimento prioritário.

Vale destacar que a não resolubilidade de determinadas situação na APS, tem levado a sobrecarga dos serviços de atendimento às urgências, em algumas vezes com pacientes que poderiam ser acolhidos pela APS. Na tentativa de amenizar este quadro em julho de 2011, o MS reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS, passando a articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar, de forma ágil e oportuna, o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência aos serviços de saúde.

Dessa forma o acolhimento e a classificação de risco passam a ser à base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a RAU, além das linhas de cuidado para infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trauma (BRASIL, 2011). Neste trabalho nos detemos a analisar apenas o acolhimento com classificação de risco.

Diante disso, vale considerar que a APS tem participação importante nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) pela possibilidade de criar vínculo com os usuários, pela sua responsabilidade e atuação na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, oferecendo serviços com maior grau de descentralização e capilaridade, que, por vezes, perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2013a).

Em vista disso, como facilitador da Especialização de Urgência e Emergência pude perceber que os profissionais da APS, que eram maioria no curso, não se sentiam preparados para acolher as pessoas no primeiro atendimento às urgências.

Portanto, diante do exposto foi buscado responder à seguinte problemática: como desenvolver um atendimento de urgência e emergência resolutivo e humanizado em uma UBS? As mudanças nas práticas de atendimento das UBS passam pela construção de competências que visam às transformações na forma de compreensão do processo de trabalho dos mesmos, essas passam também pela transformação dos cenários de práticas existentes das unidades. Fazendo-se necessário desconstruir o entendimento nas relações entre as redes, objetivando a construção de vínculos. Há evidências notáveis dos benefícios da APS como ordenadora do cuidado.

Estudos internacionais mostram que países com sistemas de saúde fortemente orientados, a APS, têm maior probabilidade de apresentar resultados melhores na saúde do usuário, são mais eficientes, têm menores custos na atenção à saúde e alcançam melhor satisfação do usuário do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação à APS. Acredita-se que esses sistemas sejam capazes de melhorar o acesso e a equidade, pois a abordagem da APS é menos onerosa para indivíduos e mais efetiva para a sociedade em comparação com a atenção orientada a especialidades (OPAS, 2008).

Por outro lado, na minha experiência como Enfermeira da APS, revivia diariamente o desafio de fornecer acesso integral e continuidade do cuidado, deparando-me com pessoas em situações de emergência ou quadros crônicos agudizados, porém as UBS não dispunham de equipamentos e/ou materiais necessários para o atendimento e/ou estabilização destes casos, levando a equipe a encaminhá-los sem a devida realização do cuidado. Coabitando por esses serviços puder perceber que a APS ainda tem seu atendimento voltado para uma agenda fixa, e não se enxerga como ordenadora do cuidado, dificultando a consolidação dos atributos essenciais ao acesso do usuário ao serviço.

As UBS precisam estar preparadas para todos os tipos de atendimento, caso haja uma situação de emergência é necessário haver um fluxo a ser seguido, ações e procedimentos deverão ser tomados imediatamente, só podendo realizar a transferência do doente para uma unidade especializada após o primeiro atendimento e estabilização do caso. Para isso, é necessário que a equipe seja habilitada para intervir nessas situações. É importante que a equipe seja capaz de analisar as vulnerabilidades, identificar riscos e conhecer a oferta dos serviços para casos de encaminhamentos. Um protocolo validado, nessa situação, é crucial, para

efetivação do atendimento. Os protocolos e/ou fluxogramas minimizam as diferenças, normatizando procedimentos e diminuindo os riscos a vida do usuário, além de dar maior segurança a quem realiza a classificação (BRASIL, 2013a).

A partir de tais reflexões, surge a necessidade de discutir a melhor forma de estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo nas UBS, de modo que se mantenha o foco nas necessidades do usuário e, ao mesmo tempo, contemple a realidade das UBS, assim nos propomos a visualizar o processo de trabalho por meio do fluxograma, mediante a verificação dos conteúdos analíticos por ele elaborados. Ao visualizar o processo explanado pelo fluxograma, verificamos que os profissionais não conseguem se identificar com aquele processo desenhado, e a partir disso analisamos as potencialidades e fragilidades do atendimento, culminando com elaboração de propostas para potencializar as fragilidades, abrindo uma reflexão sobre os processos de trabalho na APS.

Vivências, motivações e indagações, teoria e prática, encorajamento e frustrações, o processo saúde-doença-cuidado, o controle social, tudo isso é resultado de um processo em construção permanente que o SUS trouxe para minha vida, cujos atores envolvidos propõem uma desconstrução do paradigma de atenção à saúde voltada para o descumprimento aos princípios deste, visto que, faz-se necessário compreender que a expansão do SUS resulta da formulação e implementação de políticas resolutivas e equânimes, acreditando na utopia de que seja possível um sistema de saúde universal, equânime e integral.

É urgente aperfeiçoar e inovar na gestão dos serviços de saúde e alinhar a assistência sob o ponto de vista da qualidade e eficiência. Em vista disto, objetivamos nesta pesquisa elaborar um fluxograma de atendimento às urgências e emergências para APS, com base na classificação de risco proposta pelo Ministério da Saúde.

## 2 CAPÍTULO II - REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A Atenção Primária à Saúde perspectivas do atendimento integral à saúde e coordenação do cuidado

Até a década de 1980 o direito ao atendimento à saúde era garantido somente aos trabalhadores registrados com carteira assinada, que contribuíssem com a Previdência Social, pois a saúde era conduzida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Grande parte dos atendimentos eram realizados pela iniciativa privada por meio de convênios que remuneravam por procedimento. Com a criação do SUS em 1988 pela Constituição Federal, todos os brasileiros passaram a ter seu direito à saúde garantido.

No entanto, a discussão sobre a organização do sistema de saúde tem sido abundante, tanto no âmbito das políticas quanto aos bancos das academias. De um lado, o entendimento conceitual da expressão “modelo assistencial” e das diversas terminologias utilizadas. De outro, as características do que poderia ser um modelo norteado pelos princípios e diretrizes do SUS. Assim, vários obstáculos são apresentados nas propostas e políticas estruturantes em implantação no Brasil, após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde que instituíram o SUS e o controle social (FERTONANI *et al*, 2015). O SUS é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), constituída por duas Leis Nº 8.080 e Nº 8.142, estas conduzem a organização e a gestão compartilhada do SUS. Por meio destas, são atribuídas as competências de cada esfera do governo e da participação complementar do setor privado, orientando a política de recursos humanos e financeiros, o planejamento, orçamento e o controle social.

Os serviços de saúde devem exercer sua função atendendo o usuário como um ser integral submetido às mais diferentes conjunturas de vida e trabalho. As ações de promoção, proteção e de recuperação formam um conjunto de ações essenciais que não podem acontecer de forma fragmentada. As unidades de saúde com seus diversos graus de complexidade formam, também, um todo indivisível, concebendo um sistema de redes capaz de prestar assistência integral e resolutiva.

O interesse pela atenção à saúde remete a década de 1920, que iniciativas de ampliação do acesso, redução da fragmentação entre serviços de assistência à saúde e o cuidado podem ser identificados no relatório Dawson, publicado na

Inglaterra, cujo um dos objetivos era proporcionar os serviços de saúde baseados nas necessidades da população e agregar as ações curativas e preventivas (DAWSON, 1920). A este fato agregam-se as afirmações de Starfield (2002) que relatou que todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é fortalecer a saúde da população por meio do conhecimento avançado do sistema sobre a causa das enfermidades, condução das doenças e maximização da saúde. A segunda, igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Em todo esse processo, um marco para a APS foi a Assembleia Mundial de Saúde, em sua trigésima reunião anual, em que se estabeleceu que a principal meta social dos governos integrantes deveria ser a obtenção, por parte de toda a população mundial, de um nível de saúde no ano 2000 que lhes possibilitasse levar vida social e economicamente produtiva, esta declaração suscitou uma série de atividades que tiveram um elevado impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e abordaram o tópico da APS (STARFIELD, 2002). O acordo lá alcançado foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979. A APS foi definida como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manterem cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.[...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 01).

Como bem afirma Starfield (2002), são quatro os atributos da atenção primária: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Além de dois atributos indiretos: cuidado centrado na família e orientado para comunidade. Abordaremos apenas dois destes atributos, integralidade e coordenação do cuidado que serão utilizados no decorrer do estudo.

Visto que a integralidade do cuidado requer que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e disponibilize recursos para solucioná-las, devendo realizar este cuidado sem desvios, agindo como um agente prestador de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção (BRASIL, 2017).

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (BRASIL, 2015, p.28)

Da mesma forma a coordenação do cuidado é expressa pela capacidade de assegurar a continuidade do cuidado por meio da equipe de saúde, reconhecendo os problemas, necessidades de seguimento constante e a articulação com os outros pontos de apoio, assumindo a função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL 2015).

Conseqüentemente, o fortalecimento de sistemas de saúde universais tem exigido a consolidação de redes de saúde capazes de dar resolutividade ao seu funcionamento. Em quase todos os países, vemos as profissões da área de saúde tornarem-se fragmentadas, com um incremento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades. O Brasil estabeleceu que a organização da assistência à saúde entre os sistemas seria operada pelas redes, objetivando a construção de atendimento integral de saúde conhecido em diferentes países e pelas diferentes organizações internacionais como, redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados e cuidado integrado (VIANA *et al*, 2018).

Em detrimento a isto, as condições de saúde modificaram-se, indo de um predomínio claro das doenças infecciosas e parasitárias na metade do século passado para o predomínio hegemônico e crescente das doenças crônicas a partir da segunda metade do referido século. No Brasil, a transição epidemiológica ocorreu de modo acelerado. Em relação à mortalidade proporcional em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% dos óbitos e decresceram para um valor abaixo de 5%, em 2000, ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% dos óbitos, em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos (MENDES, 2015).

Segundo Mendes (2018, p. 482) 85% da carga de doenças em nosso país são de condições crônicas. “Pesquisas realizadas no SUS mostraram que a atenção primária à saúde bem qualificada resolve de 90% até 95% dos problemas que chegam a este nível de atenção”. Cabendo à atenção primária à saúde o importante papel de ordenar, ao longo das redes, o fluxo de pessoas, apontando quem deve ir à atenção especializada e à atenção hospitalar, com exceção dos eventos agudos.

Visando um melhor planejamento e execução das ações e serviços do sistema de saúde no país, o cuidado à saúde foi ordenado em níveis de atenção, que são: a assistência básica, média e de alta complexidade, sendo as UBS a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Quando as ações acontecem priorizando o cuidado integral, a população consegue solucionar a maioria de seus problemas de saúde reduzindo as demandas nos níveis de média e alta complexidade. Os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvido nas UBS deixando os ambulatorios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis. As UBS constituem um sistema de redes capaz de prestar assistência integral e resolutiva (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

Diante dessa ótica, ganha particular relevância, em 1994, o surgimento dentro do cenário brasileiro do PSF, uma proposta de reestruturar o sistema de saúde, que teve grande significado na saúde pública brasileira. Pela primeira vez agregava-se ao serviço de saúde o fazer com qualidade, diferente dos modelos hegemônicos predominantes ao sistema. Assim, o PSF proporcionou avanços importantíssimos nas condições de vida e saúde da população brasileira. Estudos demonstram impacto positivo do PSF sobre a mortalidade infantil e materna, redução de internações por condições sensíveis à APS, melhora na qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, redução de mortalidade por doenças suscetíveis a cuidados de saúde e ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável (OPAS, 2018). A APS tem por objetivo dentro da rede de atenção à saúde, a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, a implantação do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Corroborando com essa afirmativa Fertoni *et al* (2015) identificaram avanços positivos na solidificação da ESF, principalmente com relação à ampliação

do acesso, dos cuidados domiciliares, da atenção à saúde da mulher e da criança, pré-natal de baixo risco, puericultura e no cuidado especial com idosos e com as doenças crônicas. Não obstante, identifica-se a influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que, apesar de haverem alternativas e políticas públicas que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua realização são consideráveis. As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial no Brasil, são desafiadoras e necessitam ser assimilados ao cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários, suas instituições de controle social e pelos gestores da saúde. Uma das alternativas com grandes possibilidades de acerto para mudar este quadro é a educação permanente em saúde.

É preciso ressaltar os diversos investimentos na tentativa de capacitar profissionais, essas atividades de educação permanente e os esforços para programá-las precisam ser acentuados a fim de que tais estratégias apresentem benefícios em larga proporção para a solidificação da ESF e de um sistema de saúde orientado na APS. Na maioria das vezes, tal questão tem sido assumida pela gestão municipal com inúmeras dificuldades, no entanto, deve ser encarada como uma necessidade para não interferir no papel da ESF na construção de uma APS que valorize a prestação contínua do cuidado. A publicação de documentos normativos pelas esferas federal ou estadual, com estabelecimento de parâmetros e prazos pode ser uma estratégia que faça a diferença, como indutora de mudanças na gestão local associada, é claro, a um adequado monitoramento pelas esferas superiores de gestão.

Os desafios para o aperfeiçoamento da ESF estão condicionados a razões diversas e que requerem um maior esforço político-institucional, como as questões ligadas ao financiamento, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Ações mais efetivas precisam ser implementadas para fortalecer a ESF como porta de entrada, coordenadora do cuidado e melhorar a organização do acesso a todos os níveis de atenção. Requerem-se ações de planejamento com participação social nas questões organizativas de modo a atender às reais necessidades da população, visando superar processos de trabalho ainda fundamentados no modelo biomédico (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

## 2. 2 Urgência e Emergência no Brasil

Desde 1995, o Ministério da Saúde tem investido esforços para organizar os serviços de atendimentos às urgências, apesar de inúmeras políticas públicas o serviço ainda apresenta muitos desafios: a superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, por conseguinte, desrespeito aos direitos desses usuários e pouca articulação com a rede de atendimentos. Fica evidente, que precisamos repensar e delinear ações que tornem a atenção à saúde resolutiva, humanizada e acolhedora.

Para uma melhor compreensão sobre a definição de urgência e emergência, o MS por meio da Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, esclarece que emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato e urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (BRASIL, 2014). Uma vez que são conceitos bem analógicos o MS sempre relaciona os serviços com o termo urgência e emergência.

Estes esforços iniciaram-se com a publicação da portaria nº 1692 em 14 de setembro de 1995 em que foi instituído o índice de valorização hospitalar de emergência, um incentivo para os serviços hospitalares, visando à melhoria do atendimento. Dentro da perspectiva de mudança em 1999 a portaria nº 479, de 15 de abril cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e Atendimento de Urgências e Emergências, que estabeleceu os critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, no mesmo ano foi promulgada a portaria nº 824, em 24 de junho que aprovou o texto de normatização de atendimento Pré-Hospitalar.

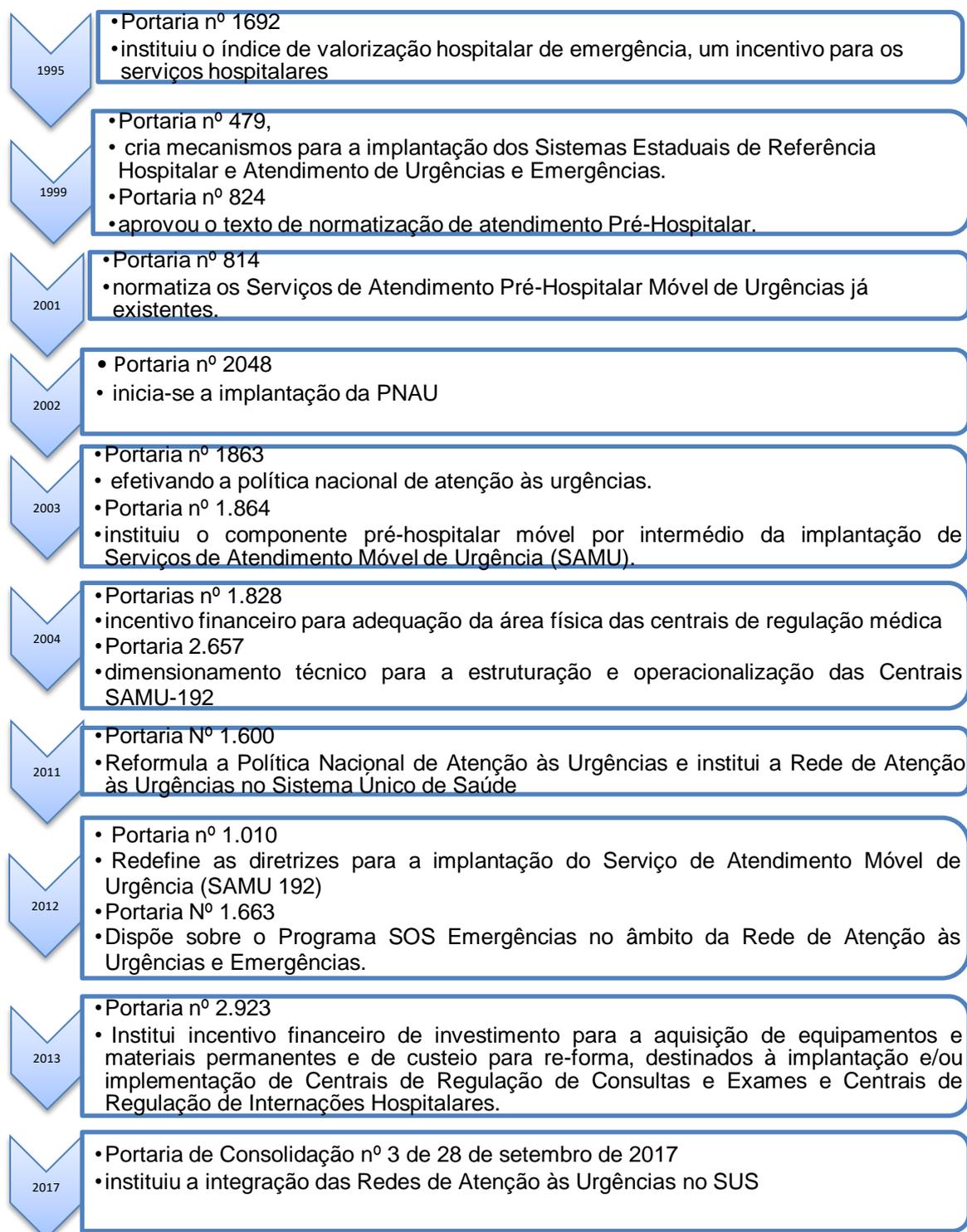
Em 2001 por meio da Portaria nº 814 o governo estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências, normatiza os Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que venham a ser criados no País, e estabelece o prazo máximo de 03 (três) anos para plena implantação das determinações constantes desta portaria, por parte dos gestores do SUS e de outras autoridades implicadas na operação do que nela está disposto. Esta revoga a portaria anterior e estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e normatiza o atendimento pré-

hospitalar móvel de urgência. Este serviço deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo constituído de uma central reguladora, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de uma região. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

O MS considera como nível pré-hospitalar aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao SUS, todas as ações voltadas ao atendimento de urgência e emergência no âmbito hospitalar (BRASIL, 1999). Pode-se dizer que a partir da portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002 inicia-se a implantação da PNAU, retirando parcialmente o foco da atenção hospitalar. O regulamento aprovado estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolveu temas como a elaboração dos planos Estaduais de atendimento às urgências e emergências, regulação médica, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de núcleos de educação em urgências que propõe a grade curricular para capacitação de recursos humanos da área. Sendo este o ponta pé inicial da política de atendimento as urgências. Uma vez que a superlotação dos serviços de atendimento hospitalares era nó crítico ao qual o governo pretendia realizar profundas mudanças.

A regulação dos pacientes foi outra questão enfatizada para o adequado funcionamento de uma rede de atenção às urgências. A criação dos núcleos de educação em urgências para a capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, acentuou o processo de formação e qualificação do trabalho para o desenvolvimento dos serviços e para a geração de mudanças de impacto na saúde.

**Figura 1-** Linha do tempo das Políticas de Urgência e Emergência



Fonte: próprio autor (2020)

Esta política foi estruturada em torno de cinco pontos fundamentais: adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, instalação e operação das centrais de regulação médica das urgências, capacitação e educação continuada das equipes de saúde, e orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Na busca de qualificar os serviços de urgências em meio às contribuições sugeridas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), por conseguinte, aprovadas em Plenárias da Comissão Intergestores Tripartite, foi instituída em 2003 a portaria nº 1863 de 29 de setembro efetivando a política nacional de atenção às urgências. Estabelecendo que esta política fosse composta pelos sistemas de atenção às urgências e emergências estaduais, regionais e municipais e ainda, instituiu os componentes fundamentais do regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Também foram apresentadas as diretrizes da rede de atenção às urgências no tocante ao acesso, integralidade, longitudinalidade, regionalização, humanização, modelo de atenção de caráter multiprofissional, articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, regulação, qualificação da assistência, dentre outros. Esta se propôs a organizar um sistema desenvolvido a partir de um plano estadual, externando uma retomada da regionalização na organização do SUS.

Diferentes modalidades de atendimento foram previstas, como pré-hospitalar móvel e fixo além do já tradicional atendimento hospitalar, vislumbrou-se a possibilidade de melhor distribuição das unidades e da complexidade do atendimento. O referido documento representou uma inversão na tendência fragmentadora e hospitalocêntrica predominante no sistema de saúde (KONDER, 2013).

Dentro dessa perspectiva, em 2003 foi promulgada a portaria nº 1.864 em 29 de setembro que instituiu o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas centrais de regulação e seus núcleos de educação em urgência. Este serviço tem como objetivo chegar o mais precocemente possível à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.

Em 2004 as portarias nº 1.828 e 2.657 instituíram respectivamente o incentivo financeiro para adequação da área física das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional, e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

A raiz dessa problemática da urgência e emergência é facilmente evidenciada pelo crescente aumento da morbimortalidade por acidentes de trânsito, violência e doenças do aparelho circulatório, bem como a insuficiente estruturação da rede assistencial, em detrimento a uma necessidade de garantir atendimento de urgência e emergência qualificado e oportuno a todos os usuários do sistema. Assim o MS reformulou e elegeu como um dos compromissos prioritários a RAU, instituindo a Portaria Nº 1.600/GM em 7 de julho de 2011.

Esta portaria além de instituir a RAU, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, revogando a Portaria Nº 1.863/GM de setembro de 2003. As ações aconteceram em diferentes níveis de atenção. A organização da RAU teve a finalidade de articular e integrar o conjunto de tudo aquilo que serve para prover os serviços de saúde na tentativa de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A Política foi dividida em componentes como promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica, SAMU com centrais de regulação médica, sala de estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços 24 horas, Hospitalar e Atenção Domiciliar como mostra a figura abaixo.

Dentre os componentes da RUE, a “Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde têm por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente [...]”, (BRASIL, 2011, p. 4). A Atenção Básica é responsável pela ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e responsabilização pelo primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado e tempo oportuno.

**Figura 2** Componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e suas interfaces.



Fonte: Brasil (2013)

Por outro lado, o SAMU e suas Centrais de Regulação se responsabilizam em chegar o mais rápido possível até a vítima para garantir o transporte adequado para o serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. O Componente da Sala de Estabilização é um ambiente para estabilizar os pacientes críticos e/ou graves e garantir assistência 24 horas ou até estabilização do quadro. A Força Nacional de Saúde deve garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergência para populações que apresentem vulnerabilidades. A UPA é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária responsabilizando-se pelo atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados e quando necessário encaminhar a serviços hospitalares de maior complexidade. A atenção hospitalar é constituída pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e laboratório, além das linhas de cuidado prioritárias. Para complementar a rede surgiu a Internação Domiciliar que compreende um conjunto de ações integradas e articuladas de promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio (BRASIL, 2011).

A estruturação das políticas públicas deixa claro que esses diferentes níveis de atenção deveriam relacionar-se de forma complementar com mecanismos organizados e regulados pelo sistema de referência e contra referência, tendo a

atenção básica no principal ponto de atenção. Por essas razões, é de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede de atenção, acolhendo e atendendo adequadamente a demanda que lhe é apresentada e se responsabilize pelo encaminhamento quando não dispuser de recursos necessários a tal atendimento. Assim, a articulação de estado, municípios e regiões de saúde deve permitir uma resposta equânime às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011), por conseguinte, à RAU recomenda que o atendimento a todos os usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, e este sistema deve está organizado em redes regionais de atenção à saúde, enquanto elos de uma rede de preservação da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

Reveste-se de particular importância duas portarias de 2012, que se agregaram a PNAU, a nº 1.010 de 21 de maio que redefiniu as diretrizes para a implantação do SAMU e sua Central de Regulação das Urgências, e a portaria nº 1.663 de 6 de agosto que dispôs sobre o programa SOS emergências no âmbito da RAU, uma estratégia prioritária para a implementação do componente hospitalar da rede, realizada concomitante a Estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação da gestão e do atendimento aos usuários do SUS (SPROVIERI, *et al*, 2014). Estas ações buscaram efetivamente resolver o problema da porta de entrada dos grandes hospitais.

Na contínua busca de uma melhoria das Redes de Urgência e emergência o MS instituiu por meio da portaria Nº 2.923 de 28 de novembro de 2013, o incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares.

Como verificamos a RAU é uma rede complexa, composta por diferentes pontos de atenção. Esta complexidade exige diversas ações fundamentais ao atendimento das situações de urgência e emergência, devendo ampliar e qualificar o acesso de forma humanizada e integral a todos os usuários em situação de urgência e emergência. Todos os componentes têm a atenção primária como base, ou seja, a coordenadora da atenção perpassando por interfaces de acolhimento, qualificação, formação e regulação. Para a efetivação dos serviços, protocolos devem ser instituídos, não deixando de levar em conta a realidade local.

Assim a rede assistencial de urgência e emergência é composta por três eixos (Figura 3) o componente pré-hospitalar onde inclui UBS, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia unidades não hospitalares; o componente pré-hospitalar móvel, resgates e ambulâncias; e o componente da rede hospitalar de alta complexidade (BRASIL, 2002). As diretrizes da RAU são a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

**Figura 3-** Eixos da Rede de Urgência e Emergência,



Fonte: UNA/SUS (2018)

Com resultados ainda insipientes na efetivação da rede, em 2017 o ministério da Saúde por meio da Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, instituiu a integração das Redes de Atenção às Urgências no SUS, que teve o objetivo de integrar todos os serviços de saúde, ampliando e qualificando o acesso de forma humanizada, integral, eficiente e oportuna. Apesar das Redes de Atenção à Saúde, e em particular a Rede de Atenção às Urgências, estejam sendo estruturadas, observamos que sua implantação ainda é amena. Na literatura internacional apresentam-se poucos trabalhos sobre essa rede. Em alguns países como a Itália a rede é estruturada por meio da atenção às vítimas de trauma. Por

sua vez, a França baseia-se nas necessidades identificadas pelas centrais de regulação do SAMU.

Estudo publicado por Antunes, Crozeta e Paganini (2018) identifica que serviços de urgência de média complexidade, atualmente atendem condições de saúde que habitualmente deveriam ser atendidos na UBS, uma vez que os atendimentos são classificados como pouco urgentes. O estudo mostra ainda que grande parte dos agravos atendidos trata de sintomatologias não relacionadas diretamente com patologias graves, assim passíveis de intervenção na UBS. Diante de todos os esforços das políticas públicas de saúde reorientando o modelo assistencial atual e da definição da APS como porta de entrada do sistema de saúde, entende-se que o usuário prefere o hospital para atendimento inicial, ocasionando a superlotação dos serviços de média e alta complexidade, obstaculizando a operacionalização da rede, com inferências para a prática dos serviços. Assim, torna-se urgente intensificar a importância da UBS como um componente essencial da Rede e como porta de entrada do usuário na busca da organizar o fluxo de atendimento, oferecendo assistência nos agravos mais comuns de saúde e o encaminhamento do usuário quando a UBS não possuir tecnologia para a continuidade e/ou resolubilidade do cuidado.

Podemos destacar ainda, que as normas sobre as quais as políticas públicas vêm sendo elaboradas não têm se mostrado eficientes na diminuição da distância entre a elaboração e a efetivação dos serviços. As regras são ignoradas no planejamento inicial ou na execução. Questões políticas e interesses individuais tendem a influenciar negativamente o atendimento na rede de urgência [...] “O direito a saúde tem sido representado como um sistema com entraves, em sua grande maioria quase que insuperáveis para os cidadãos comuns”. (FARIAS; NASCIMENTO; NUNES, 2017, p. 736). O grande obstáculo do serviço hoje é garantir os direitos básicos a toda população por meio de políticas eficazes.

### **2.3 Acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco**

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências perpassa por estratégias e ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas

ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

Um dos maiores exemplos de política pública no Brasil é o SUS. Um sistema, resultante de debates e lutas democráticas da sociedade civil, sobretudo do movimento da reforma sanitária. O SUS vem enfrentando inúmeros desafios, dos quais destacam-se aqueles relativos ao financiamento, ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas e à capacidade de gestão/coordenação do cuidado. Sobressaindo-se o poder de amenizar esses desafios que a APS possui, por seu caráter estruturante e estratégico, pois as UBS apresentam um serviço de saúde com maior grau de descentralização e habilidade.

As equipes da atenção básica têm a possibilidade de criar vínculos, responsabilizar-se pela demanda dos usuários e atuar na realização de ações individuais e coletivas de promoção e prevenção na área adscrita, no cuidado individual e familiar, assim como na cogestão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários, que, por vezes, requerem estratégias que transcorrem por outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2013a). A APS lida diariamente com situações complexas e problemas de saúde de grande variabilidade, que exigem diversos tipos de atuação das equipes. Além disso, as equipes da atenção básica estão expostas ao cotidiano da vida das pessoas nos territórios. Assim, a capacidade de acolhida e escuta das equipes em relação às demandas e as manifestações dos usuários necessitam ser efetivada.

O acolhimento, entretanto, é um modo de sistematizar os processos de trabalho em saúde buscando atender a todos que procuram os serviços de saúde, tomando uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas o mais oportuna possível aos usuários. É uma ferramenta que acarreta em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004). Já no dicionário de português acolhimento é entendido como: “Ato ou efeito de acolher; acolhida, acolho, guarida, abrigo pelo qual não se pede pagamento; agasalho, hospitalidade, pousada; lugar onde se encontra amparo, proteção; refúgio”. (MICHAELIS, 2015). Assim “acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre

trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2013, p. 19).

O usuário ao chegar às unidades de saúde por vezes, define com formas e graus mais diversos, o que é necessidade de saúde para ele, mesmo esta não estando classificada como urgente. É importante que a demanda apresentada seja acolhida, escutada e reconhecida como legítima. Por algumas vezes, pode haver coincidência da demanda e do olhar técnico do profissional, entretanto quando isso não ocorre, há uma necessidade ainda maior por parte do profissional para diálogo e compreensão, objetivando a não produção de ruídos que se concretizam em queixas, reclamações, retornos repetidos ou busca por outros serviços. Em virtude desses fatos, é essencial que a APS esteja aberta e preparada para acolher as eventualidades e os imprevistos. Lembrando que os usuários que são acompanhados rotineiramente por ações programáticas podem apresentar agravamentos em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não estão agendados. Quando não ocorre o acolhimento a estas demandas cria-se uma imagem para o usuário de que UBS só lhe é útil quando não precisar de atendimento imediato, levando-o a procurar os serviços mais complexos de urgência para atender suas queixas imediatas. (BRASIL, 2013a).

Pode-se dizer, entretanto, que acolhimento não se resume ao local (sala de acolhimento), mas sim a uma postura ética, também não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, e sim acarreta compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Dessa forma é o modo como acontece que o diferencia do processo de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde. Conduzir a ação de acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica mudanças de condutas e processos (BRASIL, 2004).

Neste contexto fica evidente que o acolhimento nas UBS ainda não está totalmente sistematizado, acontecendo de forma pontual e desarticulada, resumindo-se a um simples processo de triagem. O acolhimento é um método destinado a apoiar a qualificação dos sistemas de saúde possibilitando ao usuário um atendimento integral, por meio da multiprofissionalidade e da intersetorialidade. É uma ferramenta que possibilita que o SUS efetive seus princípios constitucionais. Na prática do acolhimento não existe uma homogeneidade. Mesmo levando-se em

consideração que cada unidade de saúde tem suas particularidades, necessita-se organizar o serviço, que deverá ser baseado em normatizações. A UBS necessita se organizar para oferecer o acolhimento de forma adequada e oportuna. Observa-se que existem mais obstáculos para a realização dessa atividade do que pontos positivos e estimuladores por parte dos profissionais. É notório que a ambiência desfavorável, e tantas outras adversidades mostram-se como pontos dificultadores do processo, porém o ato de humanização perpassa atividades diárias, devendo ser encarado como algo intrínseco à prática do profissional (COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

Tem-se observado ao longo dos anos, ações positivas em detrimento as dificuldades do acolhimento, um estudo realizado por Fermino et al (2016), em Santa Catarina revelou que as unidades de saúde produziam atividades variadas no acolhimento, estas nem sempre vão ao encontro com as orientações do Ministério da Saúde. Em sua grande maioria são acolhimentos com limitações. A variedade do número de equipes da unidade, o número reduzido de profissionais que realizam o acolhimento, cada população adscrita também apresenta peculiaridades, a estrutura física e ambiência, entre outros são pontos a serem avaliados.

O acolhimento se não ocorrer de forma organizada pode se tornar um serviço de pronto atendimento. O planejamento das ações, apoio da gestão, assim como um número adequado de profissionais são consideradas ações essenciais para o desenvolvimento efetivo do processo de acolhimento, onde se busca a satisfação do usuário e obtenção, quando possível, a resolubilidade e o cuidado integral. Outra prática encontrada foi realizada pelos profissionais da Rede de Atenção Básica de um Município do Sul de Santa Catarina. Identificaram-se uma escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde das unidades investigadas. De forma que é o auxiliar administrativo, peça fundamental nesse processo, que desempenha a função de escuta qualificada de maneira relevante, tanto quanto todos os funcionários da unidade básica de saúde. Em geral, não há uma estratégia ou forma de filtrar a demanda que chega ao serviço, porém cabe destacar o esforço por todos na unidade, buscando a resolução ou direcionamento da demanda do usuário.

Como bem define Franco et al(1999, p. 347) o acolhimento tem como proposta inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al. 1999, p. 247)

Por conseguinte, o acolhimento como processo de trabalho permite reflexões para mudanças na assistência, questionando as relações do trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário em sua rede social deve também ser considerado neste processo.

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica em estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto ao psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento, levando-se em conta o maior grau de risco e vulnerabilidade. Indicando que é urgente uma reversão e reinvenção dos modos de operar os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, esta inversão objetiva a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada, como também a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, assim provocando a mudança de objeto da doença para o doente (BRASIL, 2004).

É evidente que existem múltiplos formatos de acolhimento frente às possíveis demandas espontâneas. Desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar, de acordo com as características locais, o que nos leva sempre a chamar a atenção para a necessidade de não encarar as orientações do MS como prescritivas, e sim como ofertas para reflexão e experimentação. Outro aspecto a ser considerado, entretanto, que o debate sobre o acolhimento deve abranger todo o universo de serviços que constituem o cuidado integral, e não apenas os que se estruturaram de dentro da UBS.

É preciso, porém, que as UBS estejam inseridas e produzam relações concretas com a Rede de Atenção às Urgências no seu município. Dentre os desafios e necessidades da atenção ao acolhimento à demanda espontânea,

destacam-se a estratificação ou classificação de riscos de todos que adentram as unidades de saúde, para assim produzir a garantia de acesso aos serviços de acordo com a situação, bem como a integração entre unidades assistenciais de diferentes perfis, como as unidades de Saúde da Família, as unidades de pronto-atendimento, o SAMU e os hospitais.

Em virtude dessas colocações vislumbramos que o acolhimento só é possível se existir gestão participativa, permeada por princípios democráticos e de interação entre a equipe. Mudanças estruturais no processo de trabalho pressupõem a adesão dos trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, com a construção do processo, só é possível quando os profissionais discutem, articulam e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços na Unidade de Saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

A Classificação de Risco é um processo proativo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, baseado no potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Assim, a avaliação com classificação de risco infere na determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos pré-estabelecidos, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções categóricas no processo de reorganização das UBS e realização da promoção da saúde em rede, pois a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, se constitui o sujeito do seu processo de trabalho. Modificando substancialmente o processo de trabalho impactando na reorganização do trabalho na unidade.

Podemos destacar no processo de qualificação da assistência que o acolhimento com classificação de risco tem se configurado como uma das principais diretrizes operacionais para concretizar os princípios do SUS, em particular os da universalização do acesso, integralidade da assistência e equidade. É importante ressaltar que a proposta do acolhimento está cuidadosamente articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho visando à humanização desses serviços. Da mesma forma, é preciso compreender o sentido e a prática do acolhimento, estas abordagens perpassam os mais variados âmbitos e processos de

produção de saúde implicando, ainda, na formação de subjetividades na organização desta assistência.

## **2.4 Vygotsky na construção do conhecimento**

Lev Semenovich Vygotsky nasceu em uma família de origem judaica, em Orsha uma província da Bielo-Rússia no dia 17 de novembro de 1896, seu pai, pessoa culta, trabalhava num banco e numa companhia de seguros, sua mãe era professora formada, apesar de ter desvelado grande parte de sua vida à criação dos filhos. Vygotsky cresceu e viveu por um longo período em Gomel, também na Bielo-Rússia, na companhia de seus pais e de seus sete irmãos. Casou-se aos 28 anos, com Roza Smekhova, com quem teve duas filhas. Faleceu em Moscou, em 11 de junho de 1934, vítima de tuberculose, doença com que conviveu durante quatorze anos. Sua educação, até os 15 anos, ocorreu em casa, por meio de tutores particulares. Concluiu seus estudos em Direito e Filologia na Universidade de Moscou. Desde o início mostrou ser um estudante diligente por informações, apreciava a Literatura e assuntos relacionados às artes em geral. Frequentava a biblioteca que tinha em sua residência e a biblioteca pública, estudava sozinho e com seus amigos, aprendeu diferentes línguas o que proporcionou que entrasse em contato com materiais de diversas procedências. Posteriormente estudou Medicina, lecionou literatura e psicologia em Gomei, de 1917 a 1924, quando se mudou para Moscou. Sua produção intelectual foi assustadoramente volumosa e relevante, chegou a produzir cerca de 200 estudos científicos sobre diferentes temas da psicologia contemporânea e das ciências humanas de um modo geral (REGO, 2012; VIGOTSKII, 2010).

Ao adentrarmos na vida de Vygotsky, podemos compreender as trilhas que seus trabalhos percorreram. “Suas primeiras produções surgiram a partir da Revolução Russa de 1917 [...], e remetem a vontade de refazer a psicologia, apoiando-se na teoria materialista de Karl Marx” além de sua obra na teoria da educação voltada para o contexto da nova sociedade resultante da revolução, por conseguinte, Vygotsky ficou conhecido como o criador da escola soviética de psicologia histórico-cultural. A doutrina de Vygotsky nomeada Sócio Interacionista ou Histórico-cultural apresenta a comunicação das relações com o outro e com o meio, como desafiadora do desenvolvimento, ele procura entender a fusão dialética entre

sujeito e sua história, cultura e meio social, como forma de elucidar o princípio das funções mentais das pessoas, assimila o homem como um ser histórico-social, fruto da cultura que ele mesmo concebe definido a partir das trocas vividas no meio social, onde o cognitivo mental resulta do conhecimento social e da apropriação da cultura, sendo a linguagem que fomenta o desenvolvimento, sendo ela de fundamental importância na transformação de nossas atividades. Assim sendo, o homem é um ser histórico e resultado das suas relações sociais (MUNIZ JÚNIOR; SANTOS p. 59-60).

Dentre os trabalhos de maior importância de Vygotsky podemos citar os de aprendizagem assistida e os de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). Segundo Freitas (2010, p. 15), Vygotsky acreditava “que a ação humana interfere no objeto de estudo, em seu contexto e em seus participantes, neles provocando alterações e/ou transformações. De acordo com a estimulação dupla, um sujeito, quando diante de uma situação problemática, recorre aos meios externos de apoio, a fim de ser capaz de agir.

Para Vygotsky, o ser humano se caracteriza por uma sociabilidade primária. Da mesma forma Muniz Júnior e Santos (2018) descreve que a ZPD é responsável por determinar a direção que liga o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial. O real é passivo de mudanças, podendo aumentar de acordo com metodologia do processo de aprendizagem, analogicamente o conhecimento é uma ocorrência demasiadamente social, sendo a interação, crucial para a ascensão do desenvolvimento do indivíduo.

Para Molon (2016) as teses Vygotskianas confrontam-se com a avidez atual das ciências humanas de superar as concepções retalhadoras entre objetividade e subjetividade em sua relação com a sociedade. Lacerando concepções biologicistas, solopsistas ou deterministas de desenvolvimento humano, de processos de aprendizagem e de desenvolvimento da consciência. Para Vygotsky esses processos não dependem somente do indivíduo, mas da sua relação com o meio social. “A atividade humana e suas funções psicológicas superiores, como a consciência e a personalidade, são produtos sociais que se desenvolvem como resultado de processos sociais” (BARBOSA; MILLER; MELO, 2016, p.26). Assim, as funções mentais superiores do indivíduo social são fundamentadas na conjuntura cultural, histórica e social.

O processo de educação em saúde apresenta aspectos diferenciados daquele efetuado em salas de aula, não pode ser simplesmente conduzir conhecimentos, mas incentivar conhecimento entre sujeitos numa relação coerente, ou seja, mediada por palavras e relações sociais. Tratando-se de conhecer o cotidiano do trabalho em saúde, essas relações envolvem mediações ainda mais complexas, uma vez que incluem usuários, equipes e o próprio serviço. A aproximação ao cotidiano pode permitir uma educação significativa, pela vivência de situações, objetiva-se harmonizar o processo indutivo de conhecimento. Pretende-se a educação, como mediação da prática, servindo de ponto de partida e de chegada do processo didático-pedagógico.

Vygotsky (1984) explica este processo por meio da noção de ZPD referindo-se às funções emergentes no sujeito que amadurecem de modo compartilhado, transformando-se em avanço alicerçado, abrindo novas possibilidades de funções emergentes, potenciais. Para Barbosa e Batista (2018) o processo de aprendizagem depende do desenvolvimento mental do sujeito, de forma particular, da capacidade de formar conceitos, do modo consciente e determinado, o processo acontece, por meio de uma passagem de um nível de assimilação para outro, o que permite criar novas oportunidades de significação e/ou representação.

Baseado nas colocações de Freitas (2010) toda a pesquisa baseada no referencial de Vygotsky, concebem a ideia de uma intervenção, apesar do autor não utilizar este termo em seus trabalhos. Sob a visão de Vygotsky (1987) o aprendizado afeta o desenvolvimento, assim como o desenvolvimento interfere na aprendizagem, dessa forma, perdura uma mutualidade entre esses dois conceitos.

Em sala de aula, Vygotsky destaca as premissas psicológicas para a aprendizagem de diferentes matérias, que na maioria das vezes é o mesmo, o aprendizado de um assunto interfere no desenvolvimento das atribuições superiores para além das fronteiras de aprendizagem dessa matéria, as relevantes atribuições psíquicas envolvidas no estudo de várias matérias são interdependentes. Estas verificações põem fim na ideia de que os conhecimentos apresentados no banco da escola, apesar das raízes teóricas, experimentais, filosóficas e históricas distintas, são propagados ao aluno por meio de metodologias comuns.

Desse modo, professores e alunos podem confrontar às palavras significados e sentidos diferentes. Os sujeitos mais experientes, ao interagirem com outros, estimulam-nos não só na apropriação da linguagem, protocolos e práticas, como

também na mudança de valores, possibilitando, assim, a elaboração de sentidos particularizados, que dependem da vivência pessoal, permitindo pensar um ser humano em constante transformação e construção que, mediante as interações sociais, avança e confere novos significados e olhares para a vida em sociedade conseqüentemente, nos processos de trabalho.

## **2.5. Fluxograma Analisador de Merhy como ferramenta de análise dos processos de trabalho**

Os processos de trabalho em saúde no Brasil, são analisados a partir de diversas abordagens, desde as mais tradicionais, passando por processos mecânicos, que incorporam ferramentas de análise oriundas de outros países, até propostas que buscam rearticular saberes e práticas com base nos princípios da integralidade e humanização. Dentre as diversas vertentes de análise sobre o trabalho de saúde, mantêm-se as que se baseiam numa concepção dialética de sociedade, sustentando sua discussão a partir de categorias da concepção marxista de sociedade, tais como produção social, trabalho vivo, e contradição capital-trabalho. Dentre estas tem grande destaca a trabalhada por Mehry e Franco que propõem uma ferramenta de análise: o fluxograma analisador, a fim de ampliar a compreensão das equipes pelo cuidado, sobre como se desenvolve seu processo de trabalho no cotidiano, tendo como foco central o usuário (REIS; DAVID, 2010).

O fluxograma analisador é uma ferramenta que permite aos profissionais compreender situações e acontecimentos do fazer saúde, permeando uma reflexão do processo de trabalho não há trabalhador de saúde que consiga sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar do mundo das necessidades de saúde. O fluxograma analisador proporciona uma representação gráfica do caminho percorrido pelo usuário desde o momento da sua entrada no serviço, perpassando pela conduta adotada pela equipe até o desfecho do caso, permitindo a detecção de problemas (MERHY, 1997).

Os princípios da ESF têm revelado em sua concepção que somente ocorrerá mudanças efetivas a partir da reorganização do processo de trabalho. Na busca em reorientar a dinâmica centrada na medicina curativa que predomina na área da saúde, é preciso que se reorganize o trabalho das equipes, atuando nos seus

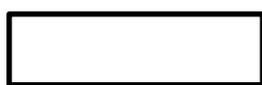
processos resolutivos o no acontecer da produção de saúde. Sendo assim, o fluxograma tem o objetivo de impulsionar um processo de coletivização da gestão do trabalho cotidiano traduzindo a um formato que seja perceptível e compartilhável por todos, para que assim, possam ser direcionadas algumas intervenções que se evidenciem necessárias. Por meio do fluxograma, se constrói uma imagem representativa do processo de trabalho que efetivamente é percebido apenas do ponto de vista individual, que passa a se tornar comum a todos, do qual podemos tomar distanciamento e lançar um olhar crítico e reflexivo (REIS; DAVID, 2010). De acordo com Malta e Mehry (2004), o fluxograma permite instrumentalizar o trabalhador na gestão do seu próprio processo de trabalho.

O fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde é um instrumento formado por um diagrama muito utilizado por diferentes campos do conhecimento, com a perspectiva de desenhar o modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam dentro das redes de atenção à saúde. Alguns símbolos universais são utilizados para a construção do diagrama: a elipse, o começo e o fim da cadeia produtiva, uma representação da entrada e da saída do processo global de produção, em análise; o retângulo, etapas importantes da cadeia produtiva, nas quais se evidencia o consumo de recursos e a produção de produtos bem definidos; e o losango – momentos de decisão a serem seguidos durante a cadeia produtiva, aparecem geralmente após cada etapa, e que são sempre momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes e distintas. Esta ferramenta analisadora, além de explorar por meio de diagrama a representação do que acontece com qualquer serviço de saúde, particularmente os ligados a um trabalho de assistência, busca fazer intervenções, tanto individual como coletiva. (MERHY, 1997).

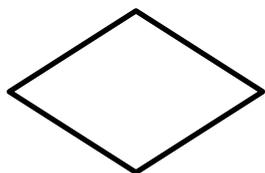
**Figura 4-** representação gráfica do fluxograma de Merhy



Representa o começo e o fim da cadeia produtiva, uma representação da entrada e da saída do processo global de produção.



Representa etapas importantes da cadeia produtiva, nas quais se evidencia o consumo de recursos e a produção de produtos bem definidos.



Representa momentos de decisão a serem seguidos durante cadeia produtiva.

Fonte: adaptado Merhy(1997)

O fluxograma analisador retrata as concepções sobre cuidado produzido por meio das ações em saúde realizadas e possibilita sinalizar desafios e avanços na assistência ao usuário, sua singularidade e dinamicidade no processo (RODRIGUES et al. 2016). Esta ferramenta procura representar o que acontece com o usuário no serviço de saúde, sob uma óptica reflexiva, permitindo a ampliação e a compreensão das equipes gerenciais diretamente responsáveis pelo cuidado sobre como se desenvolve o trabalho cotidiano, revelando o processo de trabalho, identificando os nós críticos do processo, contribuindo para o planejamento e reorganização do processo de trabalho, analisando o modelo assistencial praticado pela equipe de saúde, dispersando uma autoanálise e servindo como banco de dados, já que é a memória dos trabalhadores (REIS; DAVID, 2010).

O processo de trabalho tem se evidenciado profundamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, seu potencial transformador. Observa-se que no modelo predominante médico hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é determinada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. No entanto, verifica-se que há um potencial de trabalho em todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados imediatos e diretos ao usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços em especial da APS. “Isso se faz, sobretudo, reformulando os processos de trabalho e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’, como fonte de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde” (MERHY, 1997, p. 5). O trabalho em saúde deve sempre ser executado por um trabalhador de dimensão coletiva. Não há nenhum perfil de trabalhador que consiga sozinho no mundo solucionar as necessidades de saúde, alcançar o objeto real do trabalho em saúde.

### **3 CAPÍTULO III - METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Para o desenvolvimento desta investigação, tendo em vista o tema, optou-se por uma pesquisa do tipo intervenção pedagógica, sob abordagem qualitativa, descritiva orientada pela teoria Histórico-Cultural de Vygotsky, cujo processo passa pela análise e intervenção intencionando-se promover avanços e melhorias na realidade estudada, levando à um aprofundamento do tema. O estudo foi realizado com os médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos de enfermagem das UBS de um município no interior do Ceará. Partiu-se do pressuposto de que as intervenções relacionadas ao processo de trabalho apresentam grande potencial para propor novas práticas ou aperfeiçoar as já existentes, produzindo conhecimento teórico nelas baseadas.

A pesquisa-intervenção consiste em uma tendência nas pesquisas participativas que buscam investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa (ROCHA; AGUIAR, 2003). Neste tipo de pesquisa é o pesquisador quem reconhece o revés e indica como fará para saná-lo. Entretanto, apresenta-se acessível à apreciação e considerações dos pesquisados no intuito de melhorar a intervenção. Pela intenção de provocar mudança no serviço, foi optado por este tipo de pesquisa, pois, ser profissional requer formação acadêmica, mas a motivação e o comprometimento perpassam pela sensibilização das problemáticas do cotidiano. Assim, para que ocorra mudança no processo de trabalho é imprescindível que se encoraje os profissionais a buscarem respostas às problemáticas recorrentes nos serviços de saúde. Fica claro que os preceitos do pesquisador e sua visão de mundo farão parte do processo investigativo, sendo impossível desvincular-se dela.

Como bem nos assegura Damiani et al. (2013, p. 58-60) as intervenções pedagógicas “são investigações que envolvem o planejamento de interferências destinadas a produzir melhorias, nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam – e a posterior avaliação dos efeitos dessas interferências”. A autora propõe ainda que esse tipo de pesquisa necessita de uma divisão quanto à sua sistematização metodológica: o método da intervenção e o método da avaliação da intervenção. Sendo essencial ao pesquisador elaborar o projeto de pesquisa, implementar a proposta de trabalho, descrever detalhadamente essa proposta e

posteriormente avaliar conforme os preceitos científicos, para que o relatório de uma pesquisa do tipo intervenção pedagógica faça jus ao trabalho realizado, entendemos que deve contemplar seus dois componentes metodológicos: o método da intervenção e o método da avaliação da intervenção. O componente interventivo deve ter seu lugar assegurado no relatório, devendo ser apresentado com detalhes. A intervenção pedagógica consiste em uma ação educativa realizada por um profissional conhecedor do assunto com um objetivo específico baseado em uma fundamentação teórica, em que esta ação não deve ocorrer de qualquer maneira, devendo acontecer por meio de metodologias participativas.

Na pesquisa intervenção não vislumbramos grandes mudanças imediatas após as ações geradas, pois estas raramente ocorrem por um único fator, mas sim por inúmeras relações externas e internas que a ação gera no pesquisado e, em razão de que cada indivíduo ter necessidades e regras diferentes para incorporação da relação entre as ações, os objetos e os sujeitos. Estas objetivam promover avanços, melhorias, nas práticas do cotidiano de trabalho. Objetivando mudanças nas práticas de atuação, foram aplicadas metodologias que favoreceram espaços de discussões coletivas de conhecimentos e práticas na perspectiva de ampliação, coordenação e efetivação do cuidado integral.

“Como prática transformadora, as estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 72).

A pesquisa-intervenção amplia as condições de um trabalho compartilhado. Para o desenvolvimento de uma pesquisa de intervenção pedagógica é imprescindível uma alteração na postura do pesquisador e dos pesquisados, visto que todos são coautores do processo de identificação da situação-problema e da construção das possíveis soluções. O essencial neste tipo de pesquisa é que o conhecimento provocado esteja ao acesso de todos e possa servir de alicerce para melhorar a qualidade de vida do público estudado (ROCHA; AGUIAR, 2003).

O estudo de natureza qualitativa foi proposto pelo fato de permitir ao pesquisador conhecer dados relativos à prática dos indivíduos diante de situações emergentes. Para Creswell (2010) este tipo de pesquisa visa percorrer a

problemática do indivíduo ou coletivo para entender seu significado. Perpassando por questões que surgem do levantamento de dados no ambiente do pesquisado, explica ainda que durante muito tempo foi questionada a legitimidade da pesquisa qualitativa, hoje essas discussões são menos frequentes, já existe um consenso sobre este tipo de pesquisa. O processo de pesquisa abraça as questões e procedimentos que emanam do cotidiano do pesquisador.

Corroborando com essa afirmação, Gil (2017) aponta que as pesquisas qualitativas só passaram a ser reconhecidas como adequadas à pesquisa social a partir da década de 1970. Não, porém, como alternativas à pesquisa quantitativa, mas como procedimentos adequados para produzir resultados que não são alcançados mediante procedimentos quantitativos, assim, passou-se a reconhecer as pesquisas qualitativas como distintas das quantitativas em decorrência, principalmente, da adoção do enfoque interpretativista, diferenciando-se do positivismo, tradicionalmente adotado nas pesquisas quantitativas, que deveriam ser elaboradas mediante a adoção dos mesmos procedimentos adotados nas ciências naturais. Segundo o enfoque interpretativista, o mundo e a sociedade devem ser entendidos segundo a perspectiva daqueles que o vivenciam, o que implica considerar que o objeto de pesquisa é compreendido como sendo construído socialmente. Dessa forma, a pesquisa qualitativa passou a ser reconhecida como importante para o estudo da experiência vivida, dos longos e complexos processos de interação social.

### **3.2 Cenário da Intervenção**

Os locais onde o estudo foi realizado foram as UBS do Município de Santana do Acaraú - Ceará, Brasil (Figura 3). O município se estende por 969,3 km<sup>2</sup>, e conta com uma população de 29.977 habitantes (IBGE, 2010). A densidade demográfica é de 30,9 habitantes por km<sup>2</sup>. Vizinho dos municípios de Massapê, Morrinhos e Miraíma, situado a 43 metros de altitude.

Santana do Acaraú foi um dos Municípios precursores na implantação do PSF no Ceará em 1995, possui grande capacidade instalada compreendendo nove UBS contando com uma grande quantidade de profissionais concursados. Salientamos que temos o compromisso de divulgar os resultados do desenvolvimento do projeto

e intervenção junto à instituição envolvida, pois esperamos contribuir para a organização e planejamento da atenção à saúde do município.

**Figura 5-** Localização do Município de Santana do Acaraú, Ceará



Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Santana\\_do\\_Acara%C3%BA](https://pt.wikipedia.org/wiki/Santana_do_Acara%C3%BA).

Creswell (2014) diz que na pesquisa qualitativa envolve a autorização do local da pesquisa para coletar os dados e pessoas disponíveis para se envolver na pesquisa. Baseado nesta afirmação e trabalhando neste município há muito tempo, onde exerci a grande maioria da minha prática profissional, existe um vínculo com as equipes, usuários e gestão, sendo mais propensa a realização do estudo, concomitantemente a pesquisa pretende melhorar a qualidade da assistência. O sistema público de saúde se distribui em 13 territórios de saúde denominados Área de Vigilância Integral a Saúde (AVIS), com nove UBS, um hospital de pequeno porte, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro Especializado de Odontologia (CEO). A cobertura populacional da ESF é de 100%, apresentando

desigualdades econômicas e sociais, convive-se com desemprego, aumento da violência e deficiência no saneamento básico.

### **3.3 Participantes**

Optou-se pelos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e dentistas das UBS do município, estes foram escolhidos por estarem preferencialmente à frente das decisões inerentes às ações de atendimento na UBS, no momento da execução do projeto o Município compreendia um total de 46 profissionais, sendo nove médicos, 15 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e nove dentistas. Participaram da coleta inicial dos dados 28 profissionais sendo oito técnicos de enfermagem, 13 enfermeiros, quatro dentistas e três médicos, o número reduzido de médicos na pesquisa se deu pela mudança ocorrida pelo programa mais médicos do Brasil, em que houve mudanças de profissionais, no momento da coleta dos dados estes eram recém chegados ao município, não podendo ser incluídos na pesquisa.

Alguns profissionais não se sentiram à vontade em responder à pesquisa. Como critério de inclusão para os profissionais pesquisados optou-se por eleger os profissionais maiores de 18 anos, que estivessem atuando há pelo menos seis meses nas UBS, sendo o período considerado como razoáveis para adaptação às normas e rotinas das unidades, que estejam dispostos a participar da pesquisa e se propuserem a assinar o TCLE. Critérios de exclusão, os trabalhadores com menos de seis meses no serviço, idade inferior a 18 anos e os que não se dispusessem a responder a pesquisa. Os dados foram coletados de julho a agosto de 2019.

### **3.4 Procedimentos**

A pesquisa encontra-se aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi inserido na Plataforma Brasil, que encaminhou para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade, Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), aprovada pelo parecer de número 3.517.620 (apêndice B) sendo a

pesquisa realizada em etapas, para Minayo (2016, p. 25) o processo da pesquisa qualitativa pode ser dividido em três fases: fase exploratória; trabalho de campo e análise e tratamento do material. A fase exploratória consistiu na produção do projeto e todos os procedimentos preparatórios para a pesquisa de campo, assim inicialmente ocorreu um levantamento bibliográfico sob análise das bases de dados e periódicos da BIREME, Scielo, BVS, periódicos da CAPES, foram utilizados para busca dos trabalhos os descritores: atendimento de emergência, atendimento de urgência, APS, acolhimento, sendo excluído na busca o termo hospital.

A segunda etapa denominada por Minayo de trabalho de campo, cuja ação ocorre através da conversa com a realidade do estudo. Neste momento foi realizada uma pesquisa diagnóstica com os profissionais, por meio de questionário (APÊNDICE C) com perguntas abertas e fechadas, para Gil (2017) o questionário é um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado. Destinase a levantar informações por parte dos sujeitos pesquisados, com vistas a analisar o conhecimento destes sobre os assuntos abordados. As questões devem ser pertinentes ao estudo e formuladas de forma clara e concisa, de modo a serem compreendidas pelos sujeitos. As questões também devem ser objetivas, de modo a suscitar respostas objetivas, evitando provocar dúvidas ou ambivalência das respostas. Podem ser formuladas questões fechadas ou questões abertas. As questões fechadas serão escolhidas dentre as opções disponibilizadas pelo pesquisador, e as abertas serão elaboradas pelo pesquisado, a partir da construção do pesquisador (SEVERIANO, 2017).

Optou-se pelo questionário, por ser um instrumento prático, não necessitando de treinamento para aplicá-lo, tendo a garantia do anonimato, já que o universo a ser pesquisado é constituído por grande número de pessoas (GIL, 2017), sendo este instrumento o que melhor se adequa a pesquisa.

Os profissionais foram submetidos à apresentação do projeto para sensibilização do tema, foi entregue o TCLE e então foram convidados à responder um questionário. Esta ação coletou dados sobre o tema, conheceu a necessidade dos profissionais acerca dos processos de trabalho no atendimento de urgência e emergência.

A *posteriori* adentramos à etapa de análise e tratamento do material, para Minayo (2016, p. 26) "... diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos..." Complementando a autora Lakatos

(2017, p. 14) diz que analisar significa “estudar, decompor, dissecar, dividir, interpretar”. A análise do material, buscou categorizá-lo em temas que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2015). Nesta etapa foi necessária a avaliação do nível de conhecimento, das ações dos profissionais, de que forma são realizadas e qual a necessidade de cada profissional para que possamos intervir positivamente na direção de alcançar os objetivos propostos.

Para Lakatos (2017) a análise temática proporciona um entendimento da temática aflorando as ideias central e secundárias, correlacionando-as. Para Severiano (2017, p. [43-48]) “a análise temática procura ouvir o autor, apreender, sem intervir nele [...]”. Na análise temática o conceito central é o tema, podendo ser representada graficamente através de palavras, frases ou resumo. Dentro dos procedimentos metodológicos iniciamos uma leitura compreensiva do material selecionado objetivando um aprofundamento sobre a temática.

Seguidamente partimos para exploração do material para o processamento dos dados textuais concedidos por meio do questionário, utilizando o *software* IRAMUTEQ (Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O procedimento utilizado para análise de dados qualitativos através de *software* é o mesmo utilizado na codificação manual. O pesquisador identifica o segmento temático, atribui um código, identifica na base de dados os segmentos que têm o mesmo código e desenvolve uma cópia desses segmentos temáticos repetidos para um único código, permitindo mapeamento de conceitos e possibilitando visualizar a relação entre os códigos (CRESWELL, 2014). Este programa informático é de código aberto e ancorado no *software* R, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros.

O *software* IRAMUTEQ permite vários tipos de análises: as textuais clássicas, de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a de similitude e a nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013). O uso do programa de computador conta com o benefício da codificação, organização e separação das informações, o que permite localizar de forma rápida todo o segmento de texto utilizado na escrita qualitativa (SOUZA, *et al.*, 2018).

Este foi desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009. Trata-se de um programa gratuito, que se ancora no *software* R e propicia diversos tipos de análises

estatísticas sobre corpus textuais. Desenvolvido inicialmente em língua francesa, este programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Permite diferentes formas de análises estatísticas de textos produzidas a partir de entrevistas, documentos, entre outras (SOUZA, *et al.*, 2018). Usar o *software* proporcionou a vantagem da codificação, organização e separação das informações, permitindo localizar de forma ágil de todo o segmento de texto utilizado na escrita qualitativa. Para análise o *software* transforma os textos em segmentos de texto (ST), identifica a frequência das palavras por meio da lematização.

Inicialmente, para a realização da análise dos dados construiu-se um banco de dados, transcrevendo os questionários respondidos, a serem processado pelo *software*. Portanto, os 28 questionários originaram 28 textos organizados em um único arquivo. Cada questionário foi separado por uma linha de comando, compreendendo somente uma variável (TE – técnico de enfermagem, E – enfermeiro, D – dentista e M - médico), escolhida conforme o número dado a cada participante (\*\*\*\*\*TE\_1, \*\*\*\* TE\_2 ... \*\*\*\*E\_1, \*\*\*\*E\_2...) até a totalização dos dados. Após a transcrição realizada no bloco de notas, o arquivo foi salvo como documento de texto que usa codificação de caracteres no padrão UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*). As perguntas foram suprimidas, mantendo-se somente as respostas de forma completa.

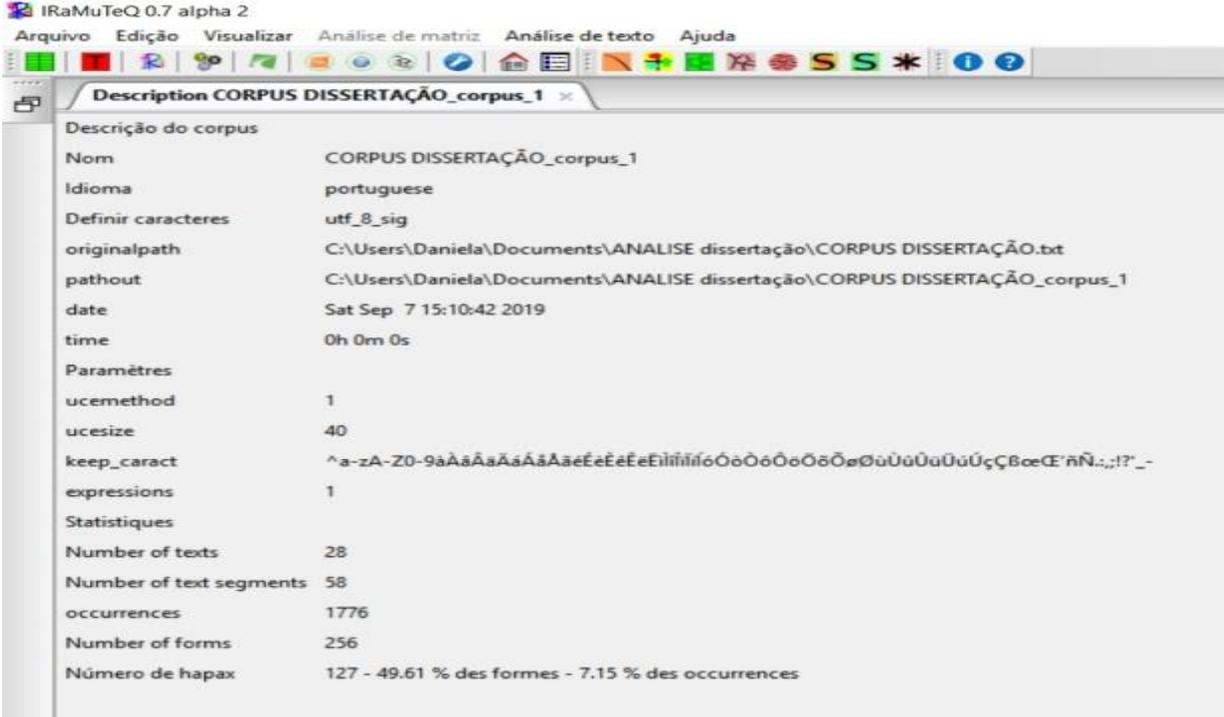
A seguir, foi executada a inspeção detalhada de todo o documento, corrigindo erros de digitação e pontuação. Realizou-se o agrupamento de palavras compostas como os termos “urgência\_emergência”, “estratégia\_saúde\_da\_família”, pois, caso sejam incluídos separadamente sem os caracteres *underline*, em substituição aos espaços, o sistema analisa como se fossem três palavras distintas. Essa correção precisa ser executada de forma detalhada pelo pesquisador, para que o processamento dos dados seja feito com o maior aproveitamento das palavras compostas no corpus. Este é formado por um conjunto de textos que se pretende analisar, sendo construído pelo pesquisador (SOUZA *et al.*, 2018).

O passo seguinte foi importar o arquivo (corpus) para o IRAMUTEQ. A partir desse processo iniciamos as análises. O *software* disponibiliza cinco tipos de análises textuais: Estatísticas textuais que reorganiza e diferencia as unidades de texto, convertendo os textos em ST (segmentos de texto), aponta a quantidade de palavras, frequência média e hápax; Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), aqui, são evidenciados, em um plano cartesiano, os

conglomerados de palavras que compõem as classes propostas na CHD (classificação hierárquica descendente), mostrando a expressividade de cada palavra dentro das classes; por meio do CHD ou método de Reinert obtêm-se as classes de ST que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. Organizando os dados em um dendrograma que ilustra as relações entre as classes; Análise de Similitude auxilia o pesquisador na assimilação do corpus, distinguindo as partes comuns e as especificidades, permitindo verificar em função das variáveis descritivas existentes; Nuvem de Palavras trata-se de uma análise lexical simples, no entanto, é graficamente proveitoso, pois fornece uma visão geral do conteúdo do material textual da análise (CAMARGO; JUSTO, 2018). Quanto mais a palavra aparece, mais importância ela apresenta no estudo.

Após inserção do documento no *software* o *corpus* geral foi constituído por 28 textos, este número mostra que todos os questionários inseridos do programa foram analisados, separados em 58 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 74,14%. Emergiram 1776 ocorrências, com 256 palavras distintas e 127 (49,61%) hápax (identifica palavras que aparecem uma única vez no texto), podemos verificar na Figura 6.

**Figura 6-** Descrição do *corpus*.



Descrição do corpus	
Nom	CORPUS DISSERTAÇÃO_corpus_1
Idioma	portuguese
Definir caracteres	utf_8_sig
originalpath	C:\Users\Daniela\Documents\ANALISE dissertação\CORPUS DISSERTAÇÃO.txt
pathout	C:\Users\Daniela\Documents\ANALISE dissertação\CORPUS DISSERTAÇÃO_corpus_1
date	Sat Sep 7 15:10:42 2019
time	0h 0m 0s
Paramètres	
ucemethod	1
ucesize	40
keep_caract	^_a-zA-Z0-9ÀàÁáÂâÃãÄäÅåÆæÈèÉéÊêËëÏïÍíÎîÏóÔôÕõÖöØøÙùÚúÛúÜüÇçBœE'ñÑ.,!?'_-
expressions	1
Statistiques	
Number of texts	28
Number of text segments	58
occurrences	1776
Number of forms	256
Número de hapax	127 - 49.61 % des formes - 7.15 % des occurrences

Fonte: IRAMUTEQ (2019).

A etapa seguinte foi a realização da intervenção pedagógica sob a perspectiva de Lev Vygotsky, que teoriza sobre a ideia de Zona de Desenvolvimento Proximal. Para Vygotsky (1988) o processo de aprendizagem não transforma apenas hábitos, mas trabalha na formação intelectual permitindo o repasse dos princípios estruturais da tarefa executada. Foi realizada a apresentação de fluxograma do processo de trabalho de atendimento a demanda espontânea de urgência e emergência e explicação do que significa cada figura presente no fluxograma. O “fluxograma analisador”, utilizado para a discussão, foi construído a partir das informações coletadas no questionário.

A ação de acolhimento à demanda espontânea foi escolhida porque é uma atividade onde ocorrem os atendimentos de urgência e emergência que todos os trabalhadores da APS precisam realizar. Após essa etapa partimos para análise e discussão do fluxograma, aqui os profissionais foram estimulados a emitirem suas considerações sobre o processo de trabalho desenhado no fluxograma exposto. Os depoimentos foram gravados, o processo registrado em vídeo e diário de campo para análise posterior. Para finalizar esta etapa foi construído coletivamente um fluxograma de atendimento às urgências e emergências baseado no acolhimento com classificação do risco adotado pelo MS. As oficinas ocorreram por meio de metodologias ativas, e foram trabalhadas as temáticas: acolhimento à demanda espontânea, acolhimento com classificação de risco e suporte básico de vida.

A sequência didática foi composta por atividades coletivas, individuais e diversificadas, discussões posteriores e registro; apresentações de vídeos de animações que se referiam indiretamente a problemas acolhimento à demanda espontânea para reflexão.

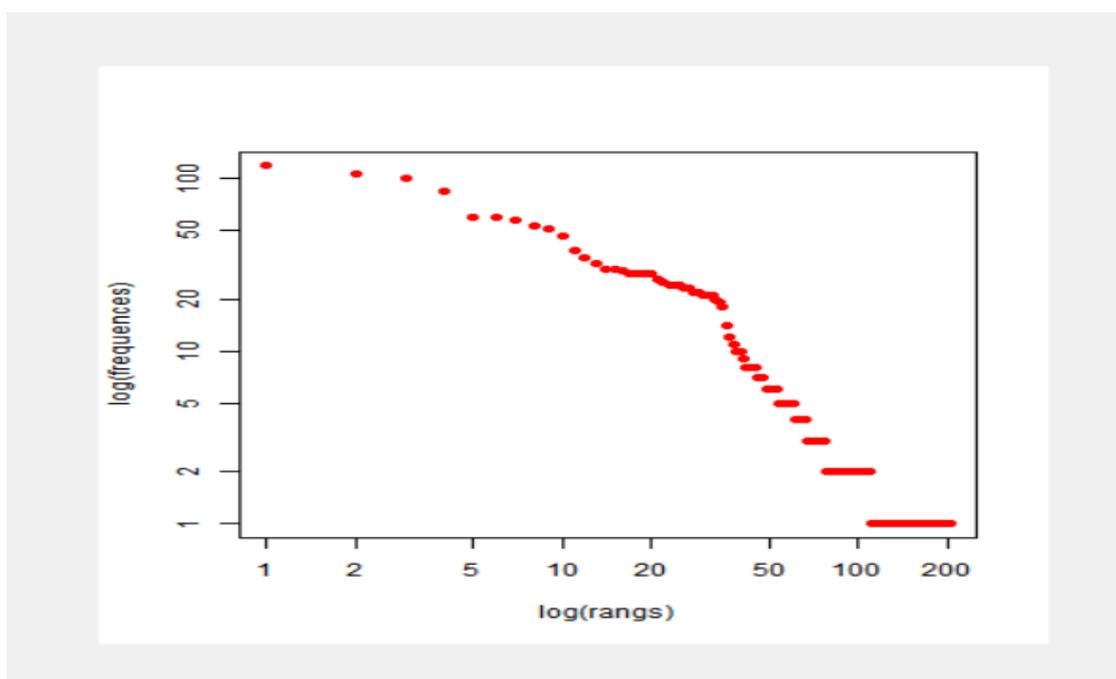
Após a construção desse instrumento surgiram demandas para efetivação do fluxograma, a partir das necessidades coletadas no levantamento inicial e expostas ao grupo, foram decididos coletivamente os temas de oficinas a serem realizadas no processo de educação permanente do município, visto que o tempo do mestrado não permitia que estas aconteçam ainda para análise deste estudo.

#### 4 CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo estão descritos os resultados obtidos por meio dos questionários respondidos pelos profissionais da atenção básica (médico, enfermeiros e dentistas) e tem por intuito revelar as percepções deste grupo acerca do tema abordado. Para apoiar a análise dos dados, o processamento foi realizado com auxílio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*),

A análise estatística do texto (Figura 7) mostra um gráfico em logaritmo evidenciando que existem muitas palavras que se repetem pouco no texto e poucas palavras se repetem muito, mostrando a singularidade das respostas dos participantes.

**Figura 7** - Análise estatística do estudo

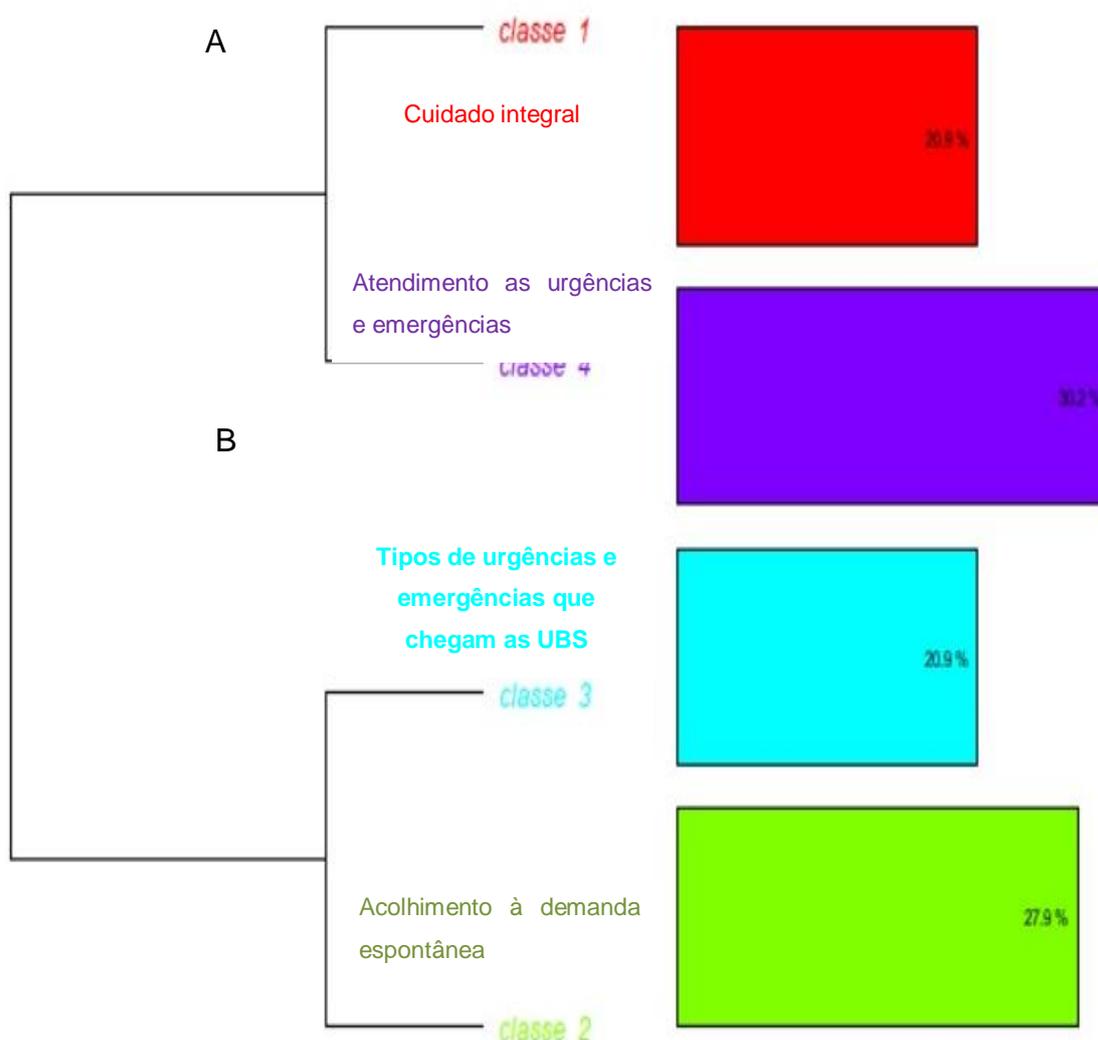


Fonte: IRAMUTEQ (2019).

Na classificação hierárquica descendente (CHD), como visto anteriormente, os segmentos de texto e seus vocábulos são correlacionados em forma de um esquema de classes. Com base no *corpus* original, ocorre uma associação dos ST, permitindo o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados. A partir dela o pesquisador realizou a inferência do conteúdo

para nomear as classes. O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes. Classe 1 - cuidado integral com 9 ST (20,93%); classe 2 - atendimento as urgências e emergências com 12 ST (27,91%); classe 3 - tipos de urgências e emergências que chegam as UBS e classe com 9 ST (20,93%); e classe 4 - acolhimento à demanda espontânea com 13 ST (30,23%). As quatro classes se encontram subdivididas em 2 ramificações A e B do *corpus* total em análise, a ramificação A composta pelas classes 1 e 4, ramificação B compostas pelas classes 2 e 3. Apesar das classes divergirem entre elas em temáticas, apresentam conteúdos semelhantes como se observa na figura 8.

**Figura 8** - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (ramificações)



Fonte: IRAMUTEQ (2019).

A partir da disposição das classes apresentadas acima, inicia-se o processo de análise e interpretação dos dados. Participaram da pesquisa 28 profissionais, um percentual de 58,33% da meta inicial. Alguns profissionais não se dispuseram a responder a pesquisa, outros não se enquadravam nos critérios de inclusão, pois houve uma mudança no quadro de profissionais e no momento da coleta, estes estavam no município há menos de seis meses, portanto não podiam ser incluídos na pesquisa.

#### **4.1 Perfil dos Sujeitos**

Do total de profissionais oito tinham nível médio (Técnicos de Enfermagem) e 20 tinham nível superior de formação, destes apenas sete não tem especialização em nível *Latu Sensu*, mostrando que a equipe tem formação para atuar na APS e estão preocupados com sua formação profissional. Os enfermeiros são os que mais apresentam especialização na área de atuação, somente dois não tem especialização. Entre os médicos nenhum tem especialização. Os dentistas têm formação em áreas distintas, não relacionadas à APS. Esses achados estão em acordo com o estudo de Mahl e Tomas (2017) em que 37% dos profissionais referiram ter especialização em saúde pública e áreas afins, com destaque para os enfermeiros (55%), os médicos (22%) e os odontólogos (17%). Um estudo realizado no Rio de Janeiro por Araújo, Crozeta e Paganini (2016) mostrou que aproximadamente 64% dos profissionais já possuíam algum certificado de especialista antes de concluir sua formação, o que mostra a preocupação com sua qualificação.

Um fato que deve ser levado em consideração é mostrado em estudo realizado pelo Laboratório de inovação do SUS sobre experiências em atenção primária, deixando claro que a especialização em Medicina de Família voltada para práticas generalistas é hoje uma necessidade no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2018). Em acordo com Girard (2018) em que os trabalhadores da saúde em geral, para a APS, não constituem uma mera variável de ajuste, mas um elemento chave para a transformação dos sistemas de saúde, de forma a responder melhor às necessidades de saúde da população, compondo requisitos básicos para tornar possíveis, de fato, os sistemas de saúde baseados em uma APS realmente renovada. Não se poderá obter cobertura ampliada, quiçá universal, sem um efetivo acesso universal, assim uma assistência com pessoal qualificado é de fato um

determinante de saúde, em se tratando de promoção da equidade, tais recursos humanos são atores essenciais no respectivo alcance, oportunizando o equilíbrio dentro e na articulação do sistema de saúde.

Tabela 1 - Características dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Santana do Acaraú, Ceará, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>	Masculino	07	25
	Feminino	21	75
<b>Raça</b>	Preto	01	3,5
	Branco	07	25
	Pardo	20	71,5
<b>Tempo de formação (anos)</b>	Até 5	10	35,7
	6 – 10	03	10,7
	11 – 15	03	10,7
	16 – 20	07	25
	21 – 25	02	7,1
	26 – 30	01	3,6
	31 - 35	01	3,6
	36 - 40	01	3,6
<b>Idade (anos)</b>	Até 25	03	10,7
	26 -30	03	10,7
	31 - 35	03	10,7
	36 – 40	05	17,8
	41 – 45	05	17,8
	46 – 50	02	7,2
	51 – 55	05	17,8
	56 +	02	7,2

Fonte: próprio autor (2020)

A tabela 1 mostra que 75% dos profissionais são do sexo feminino, 71,5% consideram-se pardos, 35,7% apenas tem até 5 anos de formação, mostrando uma

experiência profissional expressiva, diferente do estudo conduzido no Rio de Janeiro por Araújo, Crozeta e Paganini (2016) em que 95% dos profissionais tinham até 10 anos de formação. Acredita-se que esse fato dê-se pela realização de concurso público no município tornando mais efetiva a fixação do profissional.

Anualmente o sistema de saúde absorve novos profissionais com uma variada formação, dando início a vários cenários de trabalho no SUS. Somam-se a estes diversos outros, trabalhadores que já vêm, rotineiramente defrontando-se com os desafios conhecidos do sistema, tanto na área de gestão como na de atenção/assistência. Esses iniciantes ou veteranos precisam da articulação das instituições formadoras e dos diferentes níveis de gestão de maneira a possibilitar o desenvolvimento de processos de educação permanente, oferecendo espaços de mudança de hábitos e reflexão crítica positiva, perante os desafios da saúde pública no País.

Apesar dos avanços na área da saúde, a formação dos profissionais de saúde ainda encontra-se distante da real necessidade do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde certifica qualificação insipiente para que ocorram mudanças das práticas. Evidencia-se uma carência de educação permanente para esses profissionais, na busca de ressignificar seus alinhamentos de atuação, para implementação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS, sendo este um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Outro estudo de Mahl e Tomas (2017) mostra que quase a totalidade dos enfermeiros referiu ter participado de cursos, mesmo assim sente falta de atualizações para tarefas rotineiras, o que nos faz indagar a qualidade efetiva que estes cursos apresentam.

Metade dos profissionais um total de 14 (50%) dos 28 tinham mais de 40 anos de idade, podemos inferir o predomínio de profissionais nessa faixa etária, estando de acordo com os estudos de Mahl e Tomas (2017) em que cerca da metade dos trabalhadores tinham mais de 35 anos. Outro estudo realizado por Almeida et al. (2016) mostra que entre os auxiliares de enfermagem, prevaleceu idade média de 43,6 anos, os enfermeiros possuem idade média de 41,2 anos, os médicos têm idade média de 38,8 anos. Evidenciando a maturidade dos profissionais que atuam na APS.

## **4.2 Categorias de Análise**

Por meio da inserção dos dados no *software*, foram possíveis diversas análises, para isso foi realizada a nomeação das classes de acordo com a temática do estudo, classe 1- cuidado integral; classe 2 – atendimento as urgências e emergências; classe 3 - tipos de urgências e emergências que chegam as UBS e classe 4 - acolhimento à demanda espontânea.

### 4.3 Cuidado Integral

Classe 1 - cuidado integral, significa ação longitudinal e requer a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como o uso de tecnologias de trabalho como projetos terapêuticos singulares, interconsultas, grupos de discussão, entre outros. Contrair responsabilidade pelo cuidado integral exige novas práticas, habilidades e competências profissionais, interações entre seus membros e destes com sua população de referência. Papéis profissionais engessados em núcleos de saberes e com ofertas assistenciais já previamente delimitadas, muito possivelmente não darão conta de produzir cuidados integrais quando se lida com sujeitos na complexa teia da produção de saúde. (BRASIL, 2010b). Na busca pelo conceito de integralidade do cuidado deparei-me com livro de Barbara Starfield (2002), este mostra como acontece o encaminhamento do paciente, em que não está evidenciada a continuidade do cuidado.

Quando eu era residente, tive uma experiência que mudou minha carreira. Comecei na cirurgia e, frequentemente, os pacientes vinham à clínica com dores e padecimentos e não apresentavam qualquer problema cirúrgico, então eu os encaminhava para a clínica apropriada e lhes dava um número de telefone para ligar. Presumi que eu tinha cuidado do problema. Mas, um dia, eu telefonei para aquele número só para ver o que os pacientes estavam passando [...]. Acabei por fazer 14 ligações para marcar uma consulta. Então comecei a me preocupar sobre como eu estava encaminhando meus pacientes, onde eles estavam indo e o que estávamos fazendo com eles. Funcionamos bem porque conhecemos o sistema, mas a maioria das pessoas vai para casa e logo encontra barreiras e não sabem como lidar com elas. Mudei de cirurgia para Medicina de família e agora faço tudo o que posso por eles. Apenas quando sinto que não posso fazer mais nada eu os encaminho, e não os deixo partir até que a consulta esteja marcada. Estou disponível para cuidar de enfermidades, mas isso não é tudo o que faço. Meus pacientes são muito mais complexos que suas enfermidades. Agora sinto que realmente estou fazendo alguma coisa pelos pacientes que realmente há algo de extraordinário na prática da Medicina. O melhor que podemos fazer pelos pacientes é entender o que dizem, e um pré-requisito é ouvir [...]. Dr. C., médico Starfield (2002, p. 26)

Dentre as funções previstas para a APS, a coordenação do cuidado ainda tem sido pouco efetivada no Brasil. Starfield (2002, p. 28) define como função importante

da atenção básica, a coordenação e a integração do cuidado, permitindo racionalização do uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

O entendimento da APS como primeiro nível de atenção aos sistemas de atenção à saúde é conceituado como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada dos sistemas, evidenciando a função resolutiva desses serviços sobre as problemáticas mais comuns de agravos à saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às necessidades do usuário, dentro das condições de resolução deste nível de atenção (BRASIL 2015). Para Starfield (2002) essa “porta de entrada” (grifo do autor) deve ser de fácil acesso e inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção.

Diante desses fatos foi questionado com os profissionais do município se a UBS deveria se responsabilizar pelo primeiro atendimento de urgência e emergência, 20 (71,42%) do total de profissionais disseram que a UBS não deve atender esses casos, ausência do cuidado integral foi evidenciada nas falas:

E\_05 A UBS não deve atender os casos de urgência e emergência porque a demanda de pacientes já é muito alta.

TE\_03 Cada caso de urgência e emergência precisa procurar um local específico, precisa saber escolher o serviço adequado.

E\_06 Não deve atender os casos de urgência e emergência porque nem sempre possui profissional médico na unidade.

M\_02 a UBS não deve atender casos de urgência e emergência.

Fica evidente que os profissionais apresentam uma concepção equivocada sobre as diretrizes da APS, visto que, dentro da Rede de Atenção às Urgências e Emergências a Atenção Básica aparece como parte do componente pré-hospitalar, que é caracterizado como aquele responsável pelo atendimento em primeiro nível de atenção aos usuários cujas demandas caracterizem-se por quadros que necessitam de pronto atendimento ou estabilização imediata. Tendo como atributo o acolhimento com classificação de risco a todos os usuários e atendimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade (BRASIL, 2002). Konder (2013) relata que o fato de se enxergar a rede de serviços de saúde como uma rede de atenção à saúde centrada no cidadão, e não nos serviços, por si só, é imprescindível para se efetivar a tão sonhada mudança no modelo de atenção à saúde.

Soma-se a estas afirmações o fato da UBS ser considerada a porta de entrada para o SUS, podendo ser vista como local de fácil acesso às urgências e

emergências, devido à proximidade e vínculo junto à comunidade, a relação equipe de saúde e usuário do serviço relacionado ao conhecimento de sua história previa patologias e o rápido acesso da população ao serviço, estes são fatores que favorecem ainda mais esse serviço como porta de entrada. A APS tem o papel de acolher, escutar e oferecer uma resposta capaz de solucionar a grande maioria dos problemas de saúde da população, ou amenizar seu sofrimento, como também se responsabilizar pela oferta de serviços em outros pontos de atenção. Da Ros et al. (2018) em seu estudo questionam os profissionais da APS quanto as suas atribuições, a maioria identifica a promoção da saúde, prevenção à doença e condições crônicas como sendo a principal atribuição, ou seja, mostrando uma vulnerabilidade no cuidado integral. Passando a ser fundamental o processo de educação permanente para domínio das competências da APS.

Consideremos que existe uma generalização desses fatos como mostra outro estudo feito por Amaral et al. (2018), nele é relatado que há uma resistência dos profissionais da APS em atender as situações de urgência e emergência, por considerarem que estes devem ser encaminhados a outros pontos da rede, que apresentem maior nível de complexidade. Esses fatos apresentam-se em desacordo com a PNAU, como já vimos, e também a PNAB que relata a APS como porta de entrada preferencial do SUS, possuindo um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, na perspectiva de cumprir seu papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS (BRASIL, 2017b).

#### **4.4 Atendimento às urgências e emergências**

A Classe 2, diante das palavras identificadas no dendograma e analisadas em seu contexto, foi nomeada - como se dá o atendimento de urgência e emergência representando 19 do total de ST. Assim 67,85% dos profissionais disseram que encaminham o paciente ao hospital, não sendo realizado nenhum tipo de procedimento. Dos sete profissionais que disseram realizar algum procedimento três

eram dentistas e relataram ações de emergência odontológicas, como vemos nas falas:

Emergência odontológica ocorre acolhimento, medicação podendo ser encaminhado (D\_03).

Em casos de emergência odontológica o paciente tem prioridade na fila de atendimento, é realizado exame clínico e após constatar o quadro de urgência é realizado o procedimento mais adequado (D\_04).

O paciente é examinado, se necessário realizado procedimentos de abertura de câmara, restauração provisória, exodontia e prescrição de medicamentos (D\_05).

A origem desse quadro fica bem evidente pela tradição do modelo hospitalocêntrico usado e incentivado pelo país ao longo dos anos, a Portaria Nº 2048 de 2002 do MS trata como inadmissíveis aquelas situações de necessidade de atendimento imediato e que não são atendidos na Atenção Básica. Sendo mais agravante quando os pacientes são aqueles já atendidos na unidade em seus programas. Em uma condição de agravamento, ou agudização, na qual lhes é recusada assistência inicial ou estabilização do quadro na Atenção Básica, enquanto se providencia sua remoção é inaceitável. Um bom exemplo disso são casos de crises hipertensivas de pacientes em acompanhamento em uma determinada UBS e que, por algum motivo, acabam não sendo atendidos na UBS (UNA/SUS, 2018). São atendidos por profissionais que não conhece sua história clínica nem social, em que prescrevem medicações ou ações que na grande maioria está fora da realidade financeira e/ou cultural do paciente.

Sabemos que a PNAB delinea, como princípio geral, que os processos de trabalho na APS devem se dar mediante a formação de equipe, na qual estarão presentes, obrigatoriamente, o médico, o enfermeiro, o técnico em enfermagem e o agente comunitário de saúde. Devendo a equipe assumir a responsabilidade pela assistência à demanda espontânea e programada, sempre de forma a mais resolutiva possível. Sendo também fundamental a garantia de acesso aos serviços de apoio diagnóstico e laboratorial, bem como de assistência integral contínua e organizada. Além disso, cabe à equipe realizar ações educativas que possam influenciar no processo de saúde-doença da população, fortalecendo a participação de todos na efetivação da qualidade de vida.

Cabe apontar também, com ênfase, os grupos e fatores de risco, sejam eles comportamentais alimentares ou ambientais, com objetivo de prevenir o aparecimento de doenças ou agravos evitáveis (BRASIL, 2018). Vale considerar que

uma atenção básica resolutive se completa com a prática de acolhimento com classificação de risco nos serviços, de forma que nenhuma pessoa passe pela unidade ou vá para os serviços especializados sem antes ter sua condição avaliada pela equipe, com a realização efetiva de um primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas. Conforme foi verificado no presente estudo, as unidades apresentaram uma situação bem divergente do esperado pelas políticas públicas de acolhimento a essas demandas.

Uma atitude acolhedora e resolutive da APS na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, mesmo insipiente, somente é possível com a qualificação das equipes de profissionais, e o manejo clínico dessas condições de urgências e emergências devendo ser incorporado como rotina dessas unidades. Toda a população de abrangência da unidade deve ser por ela atendida, encaminhada ou referenciada em qualquer situação. Assim, as unidades devem dispor de material e equipamentos necessários para esse atendimento primário. Isso inclui estrutura física que deve contar com salas de estabilização dessas condições clínicas. Além disso, as unidades devem contar com uma rede de referências estruturada para o encaminhamento dos casos atendidos, bem como a garantia de transporte para os casos mais graves.

#### **4.5 Tipos de urgências e emergências que chegam às UBS**

A Classe 3 é nomeada como aquela que inclui os tipos de atendimentos que mais chegam a UBS. Frente a isso, foi evidenciado que as principais causas de urgência e emergência são: crise hipertensiva, hiperglicemia e acidentes. Casos de diarreias, desidratação, asma que são muito comuns nesses serviços não apareceram no estudo. Em desacordo com o estudo de Franco et al. (2013) onde o principal motivo de procura é febre (25%), seguindo-se por sintomas respiratórios (tosse: 9%, resfriado: 8%). Outro estudo realizado em Minas Gerais por Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) mostram os principais grupos de queixas da demanda espontânea no período do estudo são respiratórias (26%), dermatológicas (11%), gastrintestinais (10%) e osteomusculares (9%).

Nascimento e Duque (2016) mostram que do total da demanda espontânea no mês de maio/2015, cerca de 41,73% são usuários atendidos com alguma queixa característica de situação aguda. Outra categoria que surge com grande frequência

é transcrição (de medicamentos, exames ou insumos) com 16,73%. Realização do exame de preventivo com 8,34% e resultado de exame identificou que 4,23% da demanda. O estudo não deixa claro quais as causas agudas que levaram o paciente a UBS. Não foi encontrado nenhum estudo que apresentasse os mesmos motivos do município estudado.

#### **4.6 Acolhimento à demanda espontânea.**

A classe 4 é nomeada como aquela que representa o acolhimento a demanda espontânea. Nesse tocante, foi questionado aos profissionais se existe alguma classificação quando o paciente chega a unidade e encontrou-se que em apenas uma unidade é realizada uma triagem pelo enfermeiro. As demais estão bem distantes do processo de acolhimento, como pode ser observado nas seguintes falas:

Classificação para os pacientes é ordem de chegada (TE\_05).  
São classificados os pacientes que chegam, tendo prioridade idosos, crianças e gestantes (E\_04).  
Classifica por prioridades (E\_06).  
Sim, existe classificação de risco pelo enfermeiro que realiza uma triagem (M\_01).  
Classificação por ordem de chegada (M\_02).

Em oposição a essas falas mostra-se o manual de acolhimento à demanda espontânea do MS, em que existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. Essa diversidade de definições aponta os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo. O mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a compreensão de acolhimento que é adotada ou assumida pelos atores envolvidos no processo, revelando concepções e intencionalidades. Assim, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento “é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários”, nas ações de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de diversas maneiras. O acolhimento se mostra menos no discurso sobre ele e mais nas práticas concretas (BRASIL, 2013a). Partindo dessa perspectiva, podemos refletir em maneiras de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica.

Acolhimento é uma orientação ética, pois o toma como base do contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum chamado de produção do cuidado compartilhado, corresponsabilização. Acolher é, assim, o que alicerça e sustenta os processos de cuidar. Acolher não expressa apenas interagir a partir de aceitar aquilo que o outro traz, mas, a partir disto, produzir reflexões, produzir movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes (BRASIL, 2010b).

Nos anos 1990, em meio às críticas do setor saúde centrado num modelo hospitalocêntrico, a APS já era pensada como a porta de entrada do sistema de saúde, pela característica de estar inserida na comunidade, sendo a referência básica de cuidado para a população. Surgiu também, neste período o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), indo até os lares para coletar informações, e orientar as pessoas da comunidade acerca das ações em saúde disponibilizadas pela UBS. Assim, afinando as relações entre UBS com a comunidade. Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o PSFem que as práticas dos profissionais de saúde eram tidas como impessoais e fragmentadas, por não ofertarem um cuidado à saúde, considerando os indivíduos de maneira integral. Assim surgiram propostas metodológicas que pudessem melhorar o setor saúde, sobretudo no âmbito da Atenção Básica, uma destas foi o acolhimento (FERMINO et al., 2015).

O acolhimento pressupõe a inclusão do usuário, sendo uma ação indispensável à equipe, precisa-se intervir nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas, nas maneiras de lidar com o imprevisível, nas construções de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, em um posicionamento ético que interfere fortemente no modo de agenciamento das relações. Além disso, o acolhimento pode facilitar a continuidade do cuidado e redefinição ações dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Os dados encontrados neste estudo são incompatíveis com a efetivação do cuidado, ainda existem unidades onde o atendimento é realizado por ordem de chegada. Esse tipo de atendimento, além de submeter as pessoas à espera, soma a situação desconfortável e ainda sem garantia de acesso, culminando com o descumprimento de um dos princípios básicos do SUS, o da equidade.

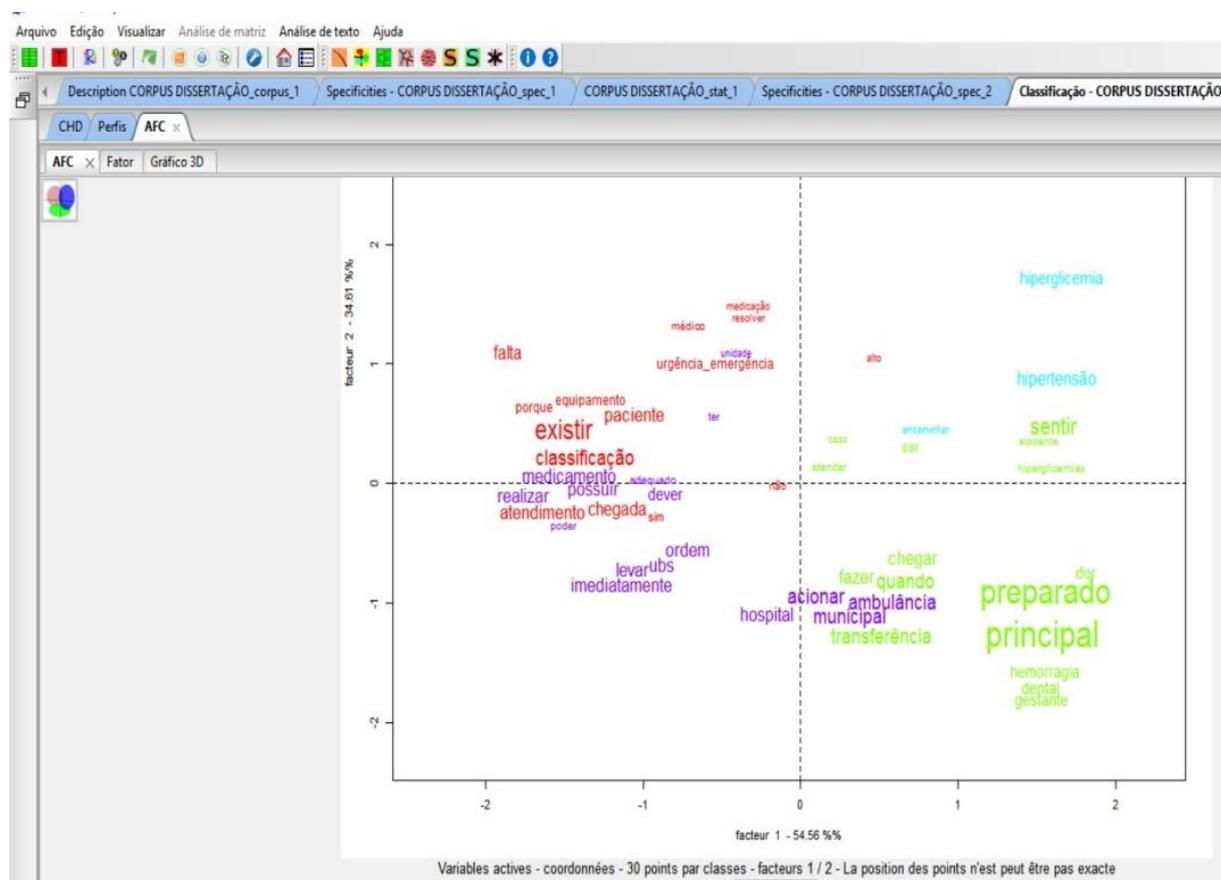
Mendes (2015) discorre que em serviços de saúde, não podem adotar o critério de ordem de chegada, isso é catastrófico, pois uma pessoa pode apresentar

perigo contra sua vida ou a integridade de um órgão ou de um sistema e, assim, precisa ser atendida, primeiro, em detrimento a outra que chegou anteriormente, porém, apresenta menor risco. Para que o critério de ordenamento por necessidades e riscos funcione na prática, ele precisa ser sustentado por protocolos clínicos baseados em evidência que priorizem os riscos.

#### 4.7 Análise Fatorial por Correspondência

A partir na Análise Fatorial por correspondência (AFC) foi possível realizar a associação do texto entre as palavras, considerando a incidência de palavras e as classes, representadas em um plano cartesiano como se observa na Figura 9, as palavras de todas as classes se apresentam num segmento centralizado, correlacionando-se as classes 1 e 4 que apresentam palavras mais próximas. Há poucas palavras que ultrapassam o quadrante, evidenciando a singularidade das classes.

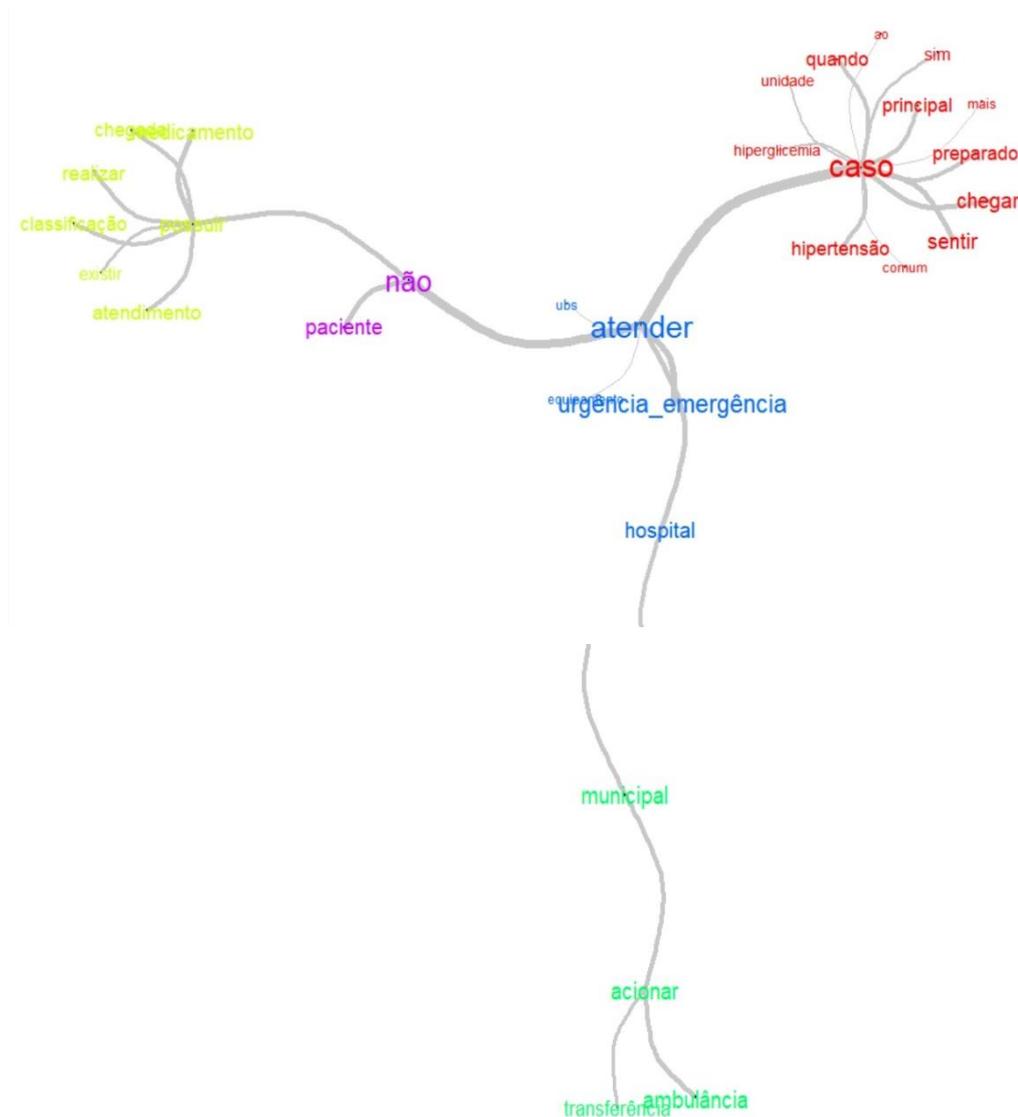
**Figura 9-** Plano cartesiano de A



Fonte: IRAMUTEC (2019).

Por meio da análise de similitude (Figura 10) foi possível verificar a ligação entre as palavras e o *corpus* textual, inferindo a estrutura de construção do texto e temas relevantes à pesquisa e como eles se relacionam. Observa-se que há palavras que mais se destacam no discurso. A árvore é apresentada na interface dos resultados da análise de similitude com o reconhecimento das correlações entre as palavras e indicações da conexidade entre os termos: chegada, classificação, encaminhamento, UBS, atender, caso, preparado, município, ambulância, acionar, transferência auxiliando na identificação da estrutura do campo representacional dos fatores associados ao atendimento de urgência e emergência.

**Figura 10-** Análise de similitude



Fonte: IRAMUTEC (2019).

Seguidamente foi analisada a nuvem de palavras, que é habitualmente muito intrigante, mostrando as palavras em formas de nuvens, em tamanhos diferentes, onde as palavras maiores retêm um grau de importância no *corpus* textual, partindo de um indicador de frequência. As palavras maiores têm grande representatividade no texto. Observa-se que as palavras de maior destaque foram “não”, “atender”, “medicamento”, “realizar”, “urgência e emergência”, “ambulância”, “preparado”. O “não” foi a palavra mais evidenciada, foi perguntado se a UBS dispunha de medicamentos e/ou equipamentos para atender os casos de urgência e emergência 27 (96,42%) profissionais disseram que a unidade não possui medicação e/ou equipamento para atender os casos. Essas afirmações podem ser visualizadas nas falas dos participantes:

A UBS não realiza atendimento de urgência e emergência. Não existe classificação para os pacientes na chegada. Não possui medicamentos para urgência e emergência. Não deve atender os casos de urgência e emergência falta equipamento, medicamento e profissional qualificado (E\_09).

Na UBS Não possui medicamentos para urgência e emergência. Não deve atender os casos de urgência e emergência porque a demanda de pacientes já é muito alta (E\_05).

A UBS não realiza atendimento. Não existe classificação para os pacientes é ordem de chegada. Não possui medicamentos para urgência e emergência. Não temos equipamentos adequados para atender esses casos (TE\_05).

A unidade não realiza atendimento de urgência e emergência, a classificação do paciente é por ordem de chegada. Não possui medicamentos para urgência e emergência. Não deve atender os casos de urgência e emergência. Quando chegas esses casos aciona a ambulância e faz transferência para o hospital municipal (M\_02).

De acordo com o estudo de Moreira et al. (2017) em que foi avaliado se a UBS dispunha de recursos para primeiro atendimento de urgência e emergência, predominou a avaliação negativa. Tem-se como hipóteses desse achado o baixo investimento destinado à aquisição de equipamentos para a APS, como também o caráter histórico dos atendimentos de urgência e emergência, comumente realizados apenas em hospitais e ambulatórios especializados. Sendo assim, é necessário interceder nesse aspecto, para que seja viabilizado o atendimento das equipes e, conseqüentemente, o aumento da resolubilidade da APS.



fundamentais do ser humano e o companheirismo para com os seus semelhantes (PROJETO ITINERÁRIOS DO SABER, 2018). Sabe-se que situações de emergência e urgência caracterizam-se pela imposição de um atendimento imediato, não podendo haver delonga do mesmo. Dessa forma a rotina do trabalho nessas condições é um fator estressante a mais e as atividades devem ser incansavelmente bem planejadas e bem orientadas.

As estruturas e funcionalidades das emergências devem visar a um atendimento rápido e eficaz, tornando-se uma grande adversidade para as equipes na tentativa de nivelar as necessidades dos pacientes com a efetiva urgência do caso. A não realização do atendimento imediato pela APS resulta sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, em geral hospitalares, resultando nas já conhecidas filas e ruídos gerados pela superlotação do serviço. Sendo este o retrato da realidade estudada. Oliveira e Mesquita (2013) em seu estudo evidencia a prática iníqua de encaminhamento de pacientes com agravos de urgência e emergência para os serviços de atenção secundária e/ou terciária, sem a estabilização do quadro, colocando em risco a vida dos que procuram a APS como referência em assistência.

Outra palavra em destaque na nuvem é “sentir”, foi questionado aos profissionais se eles sentiam-se preparados para atender urgência e emergência e foi revelado que apenas 12 profissionais disseram que sim, destes, cinco eram dentistas. Os casos citados por estes de urgência e emergência foram da área odontológica, acredita-se que esses não estão preparados para um caso de emergência clínica, como reação anafilática ao anestésico usado, assim, mais de 50% dos profissionais não estão preparados para atender esses casos mais complexos.

As instituições formadoras dão pouca importância em suas estruturas curriculares à qualificação profissional para atuação na atenção às urgências, por outro lado o setor público também é responsável por esse descaso devido ao escasso investimento em recursos humanos qualificados, haja vista a ausência de plano de cargos, carreiras e salários do SUS e a fragilidade dos projetos de educação permanente.

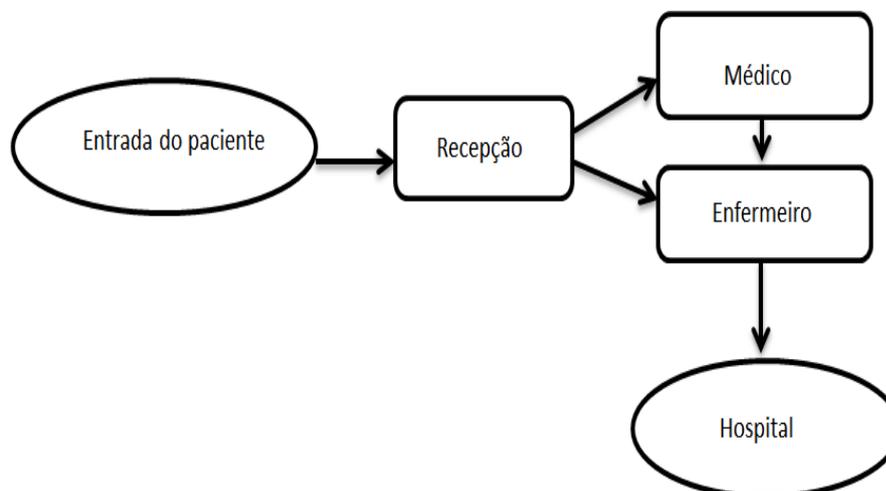
Cenário que resulta em descompromisso e desqualificação profissional progressivos do serviço de saúde (BRASIL, 2011). Contribuindo para o agravamento do quadro crítico da saúde, temos um sistema que ainda avança pouco em

promoção da saúde e qualidade de vida e, com volúveis ações articuladas de educação e saúde. Isso reflete em outra discussão gerada pelos profissionais na execução das oficinas, que precisa ser incorporada pela gestão, em relação a falta de crédito que é explanada pelos profissionais do hospital com relação as condutas da APS.

No estudo de Oliveira e Mesquita, (2013), 44,8% dos entrevistados, identificaram fragilidades do sistema, afirmam que sua equipe não está adequadamente preparada para atendimento de urgência e emergência na prática, embora 81,6% dos profissionais afirmaram ser aptos a reconhecer os níveis de urgência e emergência e consideram efetivas suas ações, mas não as descreveram corretamente, nem conhecem a política nacional de atenção às urgências. Relataram ainda a carência de recursos materiais necessários ao atendimento de urgência nas unidades bem como de atividades educativas nesse sentido.

#### **4.8 Construção do Fluxograma**

Após análise dos dados obtidos por meio do questionário, realizamos a construção da rede de atendimento ao usuário nas UBS do município (Figura 10), por meio dessa ferramenta foi possível identificar alguns empecilhos ao cuidado integral. O primeiro problema evidente no fluxograma, diz respeito à entrada do paciente, que é feita pela recepção, habitualmente os pacientes chegam por demanda espontânea, na maioria das vezes, estão estáveis, conscientes e deambulando e são encaminhados ao serviço médico ou de enfermagem de acordo com a agenda disponível. Este ocorre por ordem de chegada, sem nenhuma classificação de risco e/ou vulnerabilidade ou escuta qualificada, o que dificulta o cuidado integral. Caso o paciente não consiga atendimento ele tem que voltar no turno seguinte. Quando chega um caso que necessite de atendimento imediato, é solicitado ao hospital local a ambulância para encaminhar o paciente, na sua grande maioria dos casos, não é realizado nenhum procedimento/ou medicamento para estabilização do quadro do paciente. Caso o hospital não disponibilize o transporte de imediato o paciente/familiares se responsabilizam em encontrar um transporte.

**Figura 12-** Fluxograma de atendimento as urgências e emergências pela UBS

Fonte : próprio autor

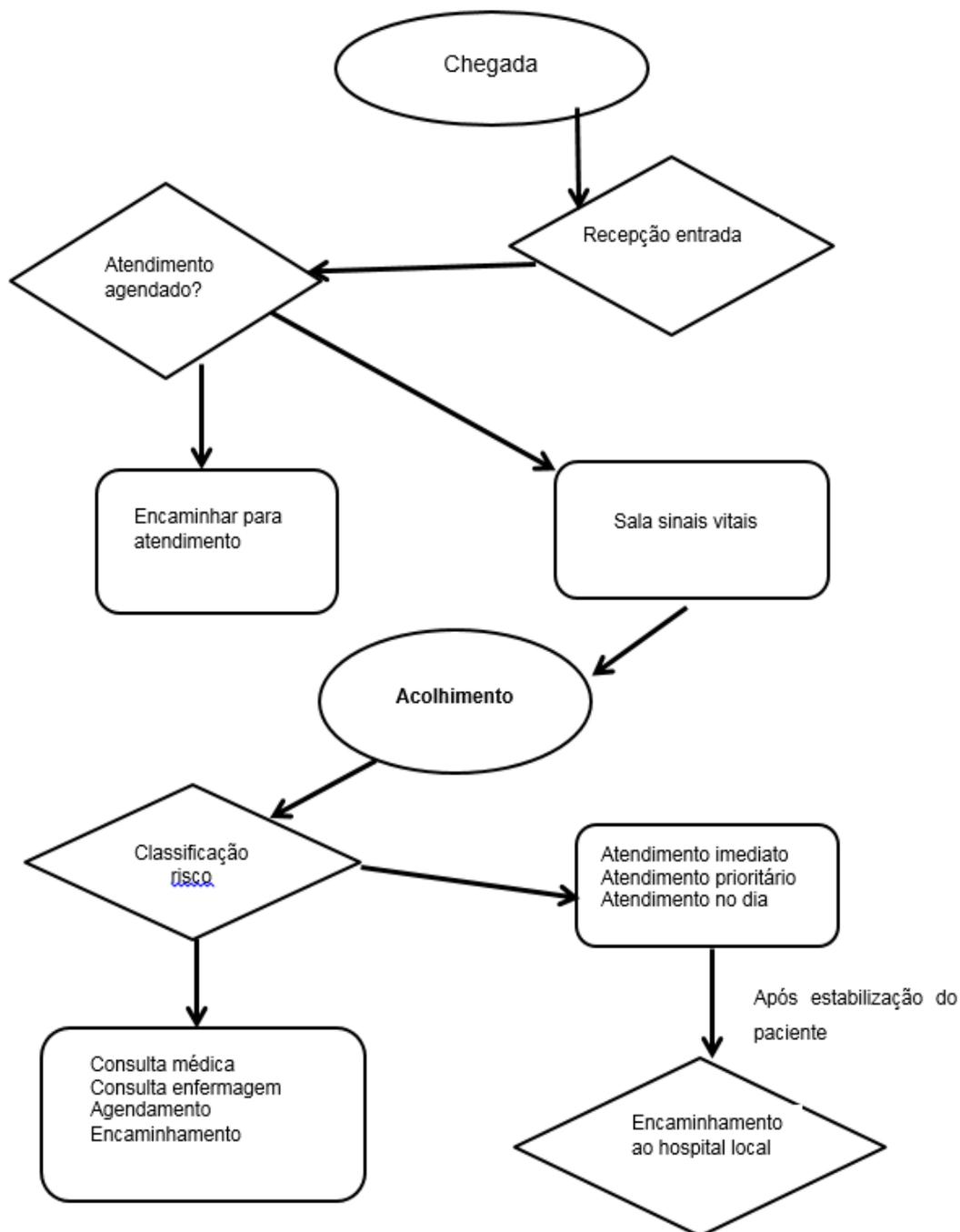
A análise desse instrumento, por conseguinte, dos processos de trabalho foi vivenciado pelos profissionais das UBS, de forma coletiva. Revelando modalidades bem estabelecidas de fluxo do paciente para hospital. Devemos, no entanto, chamar a atenção para este instrumento, deixando claro que nas UBS não é praticado o acolhimento com classificação de risco como orienta o MS. O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica como já mencionado acima. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas. Faz parte da primeira avaliação dos casos de demanda espontânea a classificação de risco, a identificação de vulnerabilidades e o trabalho em equipe, a fim de efetivar, organizar e melhorar o atendimento dos casos.

O acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-atendimento ou hospitalar, pois a APS trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro

e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual. Este atendimento deve ser norteado pelos princípios do acolhimento e da escuta qualificada à população e às boas práticas de atenção à saúde, garantindo um atendimento humanizado, resolutivo e que proporcionando a criação de vínculo entre as equipes de atenção básica e as pessoas, culminando com este ponto sendo a porta de entrada prioritária e preferencial para as redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL 2013a).

Realizamos com as profissionais três oficinas na busca da construção de um processo de trabalho efetivo. Após a realização da segunda oficina, e realizadas as observações do fluxo da unidade, sentiu-se, dessa forma, a necessidade de ampliar o acolhimento, assim foi proposto um fluxograma alternativo, visando à classificação de risco e o cuidado integral. Este processo foi construído de forma coletiva juntamente com todos os profissionais da UBS (Figura 11). Ficou definido que o usuário adentraria a ESF por demanda espontânea ou contato com ACS. Podendo essa entrada ocorrer também via hospital local sem contato imediato com a UBS. Após entrada na UBS o usuário será recepcionado por um profissional da equipe onde será direcionado para um serviço previamente agendado, ou outro serviço de sua necessidade (vacina, farmácia, aerossol, dentre outros), ou encaminhado para verificação dos sinais vitais e direcionado à sala de acolhimento. A saída do usuário deve ocorrer após a solução do problema, escuta qualificada ou encaminhamento efetivo para outro serviço.

O uso do fluxograma nesse processo se mostrou uma ferramenta potente para perceber os problemas existentes no serviço de saúde, gerando surpresas e grandes discussões, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Os problemas, indicados pelo fluxograma aqui descrito, foram um ponto de partida importante para planejar os serviços, especialmente, as ações referentes ao acesso do usuário.

**Figura 13-** Fluxograma de atendimento as urgências e emergências

Fonte: próprio autor

## CAPÍTULO V – INTERVENÇÃO

No modelo de educação construtivista assume-se que a aprendizagem se dá no contexto das relações interpessoais através de um processo individual de reconstrução dos conhecimentos, experiências, competências, e da percepção de si mesmo e do mundo. A aprendizagem é vista como um processo interativo entre aquele que aprende e a nova informação. Neste processo, a pessoa se transforma e produz transformações (VIGOTSKY, 1988). O foco da intervenção foi à ação formativa objetivando estimular a prática do atendimento humanizado e resolutivo, resgatando o comprometimento e corresponsabilidade dos envolvidos no processo, cabe ressaltar que a intervenção foi realizada a partir de uma sistematização metodológica. Os processos usados nas oficinas tiveram como meta a problematização das práticas, levando os profissionais a relacioná-las com o referencial teórico trabalhado, por meio de um processo dialógico e reflexivo.

Durante a realização do processo de intervenção organizou-se um diário de campo onde foram anotadas observações e percepções, permitindo avaliar os pontos positivos e/ou negativos, levando em consideração a participação dos envolvidos diretamente na execução do projeto. Na oficina foi solicitado aos profissionais à construção em dupla de um portfólio reflexivo, com uma metodologia que pode levar aluno a colecionar suas opiniões, dúvidas, dificuldades, reações aos conteúdos, aos textos estudados e às técnicas de ensino, sentimentos e situações vividas nas relações interpessoais (COTTA; COSTA, 2016). Os instrumentos foram respondidos pelos profissionais e recolhidos para posterior análise, as perguntas norteadoras foram: o que aprendi? Como aprendi (metodologia)? Para que aprendi? É possível mudar minha prática com essa oficina?

Na Oficina 1 foi trabalhada a temática da “PNAU e acolhimento à demanda espontânea”, com oito horas/aula, foi realizada no auditório da Câmara Municipal tendo como objetivos:

- Conhecer a trajetória do Sistema Único de Saúde;
- Conceituar o acolhimento no SUS; e
- Problematizar o sistema do acolhimento à demanda espontânea no SUS.

Participaram 38 profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos de enfermagem).

As atividades realizadas foram:

- ✓ Dinâmica de apresentação (cada participante coloca seu nome em uma folha em branco, em seguida todos amassam o papel e jogam as bolinhas pela sala, o facilitador orienta que cada um pegue uma bolinha, abra o papel e localiza a pessoa dando um abraço);
- ✓ Pactuação com colegas e tutor um contrato de convivência, horários, frequência e avaliação;
- ✓ Apresentação das atividades: objetivos, metodologia, cronograma e atividades a serem desenvolvidas;
- ✓ Apresentação oral dialogada sobre PNAU;
- ✓ Divididos em grupos menores foi entregue um texto: “acolhimento à demanda espontânea” e orientado a atividade: considerando seu local de trabalho, descrever em poucas palavras os aspectos positivos e negativos do acolhimento. Colocar em cartaz;
- ✓ Em plenária refletir sobre as percepções do grupo indicadas no cartaz;
- ✓ Apresentação do fluxograma construído pela autora, baseado nos dados levantado nos questionários respondidos pela equipe.
- ✓ Avaliação a temática trabalhada no dia.

A Oficina 2 , ocorreu no mesmo local com a participação de 42 profissionais, foi abordada a temática acolhimento na urgência e classificação de risco (8h/a), teve como objetivos:

- Identificar os conceitos de urgência e emergência; conhecer e executar a classificação de risco e os protocolos no acolhimento na urgência no território de atuação; discutir o fluxograma dos serviços de urgência.

As atividades realizadas foram:

- ✓ Dinâmica do círculo invertido. Pedir ao grupo que faça um círculo de mãos dadas com as costas viradas para o círculo e, em seguida, volte à posição normal sem soltar as mãos. Discussão sobre trabalho em equipe.
- ✓ Assistir o vídeo: “Acolhimento à demanda espontânea”;
- ✓ Compartilhamento das afetações do vídeo;

- ✓ Uso de targetas para conceituar classificação de risco. Foi mostrado aos participantes casos comuns de urgência e emergência e os mesmos classificaram as ocorrências como urgentes e/ou emergentes através de targetas. Cada pessoa escolhia a cor que achasse de acordo com a pergunta se dirigia a um lado da sala. Cada canto da sala correspondia a uma classificação. Discussão no grupão sobre as escolhas;
- ✓ Construção do conceito de classificação de risco;
- ✓ Leitura, em grupo, o texto: “Acolhimento com Classificação de Risco”.
- ✓ Elaboração de um fluxograma de acolhimento as demandas espontâneas com ênfase no atendimento de urgência e emergência, cronograma de planejamento, execução, orçamento e discutir viabilidade de execução do Acolhimento da UBS;
- ✓ Apresentação em plenária dos projetos;
- ✓ Avaliação a temática trabalhada no dia.

A Oficina 3 ocorreu na sequência onde foi abordado o suporte básico de vida (4h/a) Tendo como objetivos:

- Reconhecer situações de emergência potencialmente fatais; Realizar reanimação cardiopulmonar (RCP) e manobras de desobstrução das vias aéreas de modo seguro, oportuno e eficaz; Utilização do desfibrilador externo automático (DEA).

As atividades realizadas:

- ✓ Dinâmica do coelho na toca, duas pessoas formam a toca e uma terceira será o coelho. Quem interpreta o coelho fica agachado entre elas, embaixo dos braços. Um dos participantes fica em pé entre as tocas e deve gritar: “Coelho sai da toca!”. Ao fazer isso, os coelhos entocados precisam trocar de casinha. Já a pessoa que estava no meio deve tentar roubar a toca de alguém. Se conseguir, aquela que ficou sem toca é a que passa a gritar no centro do espaço. Ela também pode falar “Toca troca de lugar!”. Nesse caso, são as tocas que devem trocar de coelho.
- ✓ Aspectos básicos da RCP em adultos e aprendizado das técnicas de RCP, exposição dialogada;
- ✓ Sessão prática de RCP com 1 socorrista;
- ✓ Sequência de RCP em criança;

- ✓ Sessão prática de RCP com 2 socorristas e uso do DEA;
- ✓ Situações especiais e segurança no uso do DEA;
- ✓ Avaliação a temática trabalhada no dia.

## 6 CAPÍTULO VI - ANÁLISE DA INTERVENÇÃO

O método de avaliação da intervenção objetiva relatar o processo de coleta e análise de dados utilizados para captar os efeitos da intervenção. O pesquisador apresenta os instrumentos e justifica sua utilização a partir da teoria metodológica. A descrição desses instrumentos, bem como a justificativa para seu uso, assemelha-se às incluídas em qualquer tipo de pesquisa empírica. Todo o processo deve ser perpassado pelo rigor científico, com a intenção de produzir um conhecimento fiel (DAMIANI, 2012). Para avaliação da intervenção foram usados os portfólios e todos os materiais produzidos pelos profissionais durante a realização das oficinas.

A avaliação da intervenção neste projeto foi apoiada na proposta de Damiani (2012), composta por dois elementos: os achados relativos aos efeitos da intervenção sobre seus participantes e os achados relativos à intervenção propriamente dita.

Na perspectiva da teoria sociocultural desenvolvida por Vygotsky, é evidente que não se agrega conhecimentos apenas com os “professores”, a aprendizagem é uma atividade conjunta, onde as relações colaborativas entre os participantes podem e devem ter espaço. Para ele, o processo de ensino-aprendizagem engloba sempre quem aprende quem ensina e suas relações. Desse modo foram usadas metodologias ativas para potencializar a aprendizagem.

A discussão desses temas esteve fundamentada na reflexão acerca da educação em saúde no atendimento das urgências e emergências, como forma de exercer o cuidado integral, um tema central que permeou todo o processo educativo, além disso, proporcionou o desenvolvimento crítico em relação aos processos de trabalho. Acreditamos que a possibilidade de discussão coletiva e as trocas de opiniões durante as discussões deram oportunidade para os profissionais repensarem suas condutas no cotidiano dos processos de trabalho, de forma constante e equilibrada.

As Oficinas 1 e 2 tiveram carga horária de oito horas aula, foram realizadas com todos os profissionais, a Oficina 3 com quatro horas aula, foi realizada dividindo as equipes em três grupos, já que está necessitava de aulas práticas e ficaria inviável com um número grande de profissionais. Na Oficina 1 onde foi abordado o tema acolhimento a demanda espontânea, houveram muitas convergências, foram questionados conceitos, diagnósticos e métodos, tais como composição da equipe e

características dos seus componentes, ambiência, atribuições, sistemática de trabalho, fluxo de pacientes, dentre outros. Em relação as mudanças de processo de trabalho precisamos compreender os agentes envolvidos, bem como as coordenações envolvidas no processo por razões econômico-financeiras. Essas reflexões estão inseridas no contexto da evolução da relação entre o SUS, a universidade e coordenação do cuidado, mas apresentam uma dimensão das fragilidades que permeiam o cotidiano das UBS, como vemos nas falas. No decorrer da oficina para execução do acolhimento com avaliação de risco e da definição da sistemática de comunicação com os demais pontos da rede assistencial, os profissionais identificaram a necessidade de protocolos clínicos para subsidiar a assistência, bem como a prática assistencial de atendimento as urgências e emergências.

Eu acho que isso são paradigmas, e difíceis de trabalhar, porque a valorização da população é o que...é médico na hora, é remédio na hora, o que fugir disso não é aceito (E\_10).

A população não tem o hábito de procurar as unidades para esse tipo de atendimento, vão direto ao hospital (TE\_05).

Na realidade não temos o hábito de atender emergência, talvez por isso a população não procure (E\_02).

Precisamos ser preparados para esse atendimento, estamos habituados aos programas do ministério (E\_09).

Precisamos de muito treinamento e ambiente adequado... (E\_12).

Para alcançar os objetivos da educação em saúde sob a ótica de Vygostsky, uma das metodologias de escolha para as oficinas foi exposição oral dialogada, por se adequar à temática, segundo Ribeiro e Ribeiro (2011) é uma metodologia ativa onde se prepara um roteiro dos tópicos mais importantes, fazendo-se uma busca bibliográfica atualizada sobre o assunto, ampliam-se as conexões do assunto com outras áreas do conhecimento, formulando-se reflexões sobre o que está sendo desenvolvido, fazendo-se paradas planejadas de modo que os estudantes reflitam sobre as questões e tenham possibilidade de socializar seus conhecimentos e/ou dúvidas. Para Bacich e Moran (2018), a aprendizagem ativa aumenta agilidade do nosso intelecto, que é a capacidade de intercalar e realizar diferentes tarefas ou

operações mentais e de moldar-nos a situações inesperadas, superando modelos mentais rígidos e automatismos pouco eficientes.

A Oficina 2 gerou questionamentos bem parecidos com os da primeira, a prática do acolhimento ainda é um processo muito fragmentado, o que dificulta os profissionais em lidar com o processo. Mudanças no processo de trabalho na APS são inevitáveis, pois esta é o nível de atenção responsável por resolver a maior parte dos problemas de saúde da população.

Já atendemos uma demanda enorme, se for atender todos que chegam a UBS não conseguiremos dar conta (M\_02).

A UBS não tem estrutura física nem material para essas ações (E\_10).

A gente sabe que tem muito caso que dá para ser resolvido na UBS (TE\_02).

Pode-se dizer diante dessas falas que os profissionais encontram grande dificuldade para compreender e executar o processo de acolhimento e atendimento a esta demanda, onde são vistas por dimensões diferentes, porém inter-relacionadas, fica claro que o acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das ações determinantes na reorganização das ações de saúde no município. Essa nova prática compreende o acesso ampliado a todos, superando a prática tradicional, centrada na ordem de chegada, com transformações no processo de trabalho de modo a permitir que os trabalhadores façam a distinção entre os casos de urgência e emergência.

Esse processo pressupõe a capacidade de escuta. Fazendo-se necessário que essa escuta não seja relacionada apenas aos problemas de saúde e a doenças, mas a toda conjuntura sociopolítico e cultural do usuário, portanto, deve-se evidenciar na pessoa que necessita de um cuidado (GODOY, 2010). O cuidado integral, buscando elaborar mudanças de processos, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS perpassa a simples mudança de rotina, os resultados demandam uma série de modificações que ocorreram ao longo dos anos. Multiplicidade de procedimentos, as estruturas mais flexíveis, a descentralização das tarefas, apoio da gestão são ações se configuram iminentemente inevitáveis. A atuação da APS como o centro de comunicação entre

os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma correlação horizontal, contínua, integral, e intersetorial com o objetivo de produzir a gestão compartilhada.

Na oficina 3 utilizou-se além da exposição dialogada a aula demonstração ou experimentação, que segundo Ribeiro e Ribeiro (2011) especialmente no campo da saúde, assume importante papel, na medida em que possibilita traduzir em uma prática determinados conceitos teóricos, apresentar provas concretas e reais de teorias, criando oportunidades de desenvolver habilidades necessárias para o cuidar. A demonstração objetiva mostrar como se realiza a ação, um método que envolve materiais diversos. É uma técnica de ensino que leva em conta os interesses dos alunos, os ritmos de aprendizagem. A demonstração permite que o facilitador interaja com o aluno como sujeito de seu próprio processo de aprender, uma vez que ele coloca ênfase na atividade realizada, em sua participação, sua iniciativa e responsabilidade na execução da ação. O fato do facilitador questionar como forma de conduzir a aula provoca nos alunos uma disponibilidade maior de participação. As aprendizagens por experimentação para Bacich e Molan (2018), são aprendizagens ativas, personalizadas e compartilhadas. A ênfase na palavra ativa precisa sempre estar associada à aprendizagem reflexiva, para tornar visíveis os processos, os conhecimentos e as competências do que aprendemos em cada atividade.

Para Costa Campos et al. (2019) a organização do cuidado na APS como porta de entrada preferencial deve enfatizar a educação permanente produzida no cotidiano dos serviços, enaltecendo a experiência e os saberes em trocas no dia a dia, podendo assim produzir formas de diálogo entre serviço e população, entre trabalhadores e usuários. A aprendizagem por questionamento e experimentação é mais relevante para uma compreensão segundo Bacich e Molan (2018) é mais ampla e profunda. A aprendizagem é ativa e significativa quando avançamos em espiral, de níveis mais simples para mais complexos de conhecimento e competência em todas as dimensões da vida. Esses avanços realizam-se por diversas trilhas frutos das interações pessoais, sociais e culturais em que estamos inseridos. Em um sentido ampliado, toda aprendizagem é ativa em algum grau, pois requer do aprendiz e do docente, formas diferentes de movimentação interna e externa, de motivação, seleção, interpretação, comparação, avaliação, aplicação.

Não podemos proclamar mudanças imediatas no modelo de acolhimento praticado pelo município, podemos inferir que houveram reflexões positivas. Fica notório a necessidade de investimentos para educação permanente, para assim produzir mudanças no cotidiano da APS. É necessário reconhecer as potencialidades dos profissionais em provocar mudanças e crescimento tanto para si como nos usuários, buscando na organização da APS, estratégias que provoquem valorização da experiência e saberes buscando perceber e compreender as necessidades de saúde dos usuários.

Para Merhy (2007), fazer uma intervenção nas unidades de saúde direcionada para mudanças de processos de trabalho e de sistemas de direção não é só dispor de uma programação para este processo e segui-la, pois isto é muito mais complexo. Quando se adentra num lugar como um Centro de Saúde que possui inúmeros trabalhadores, por exemplo, necessariamente estamos diante de uma dinâmica multifacetada, se considerarmos o conjunto de autonomia em ação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho. De modo geral, basta à existência de duas pessoas, em um ato de produção e consumo em saúde, para que esta situação se torne demasiadamente complexa, assim pensar em mudança de um processo de trabalho institucional sempre nos arremete a uma situação de alta complexidade, sem dúvida, isto sozinho não é o suficiente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na metodologia empregada os resultados obtidos trazem importantes implicações para o processo de trabalho nas UBS, pode-se inferir que o atual modelo de atendimento a demanda espontânea é ineficaz. Na micropolítica do processo de trabalho individual ou coletivo das UBS pode-se afirmar que o atendimento de urgência e emergência não faz parte da rotina da unidade, não sendo objeto de trabalho dos profissionais da APS. Estas não dispõem de medicamento e/ou equipamento para atender a esta demanda. Ficou evidente que os casos de urgência e emergência são encaminhados ao hospital municipal em sua grande maioria sem nenhum tipo de atendimento inicial. Não existe instrumento ou protocolo que oriente a avaliação do usuário em situação de emergência.

Outro dado que chama a atenção é que boa parte dos profissionais não estão preparados para os casos agudos. Não existe treinamento para o atendimento de urgência e emergência. Dificuldade de comunicação entre a rede municipal também foi relatado pelos profissionais, no que se refere ao descrédito nas informações dos profissionais da APS. Alguns casos que aparecem na unidade são de crise hipertensiva e hiperglicemia.

Esta representação da atenção às urgências e emergência resulta da convergência de diversos entraves sofridos pelo nosso sistema de saúde brasileiro. A busca pela integralidade do cuidado, categoricamente, não acontecerá sem a efetivação de uma política transversal capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no SUS. Engajar-se no processo de construção de um SUS que tem seus princípios e diretrizes posto em prática, por mais que isso possa ser complexo, não pode mais ser visto como inviável.

Diante do perfil epidemiológico da saúde brasileira, que evidencia uma carga tripla de doenças (infecciosas, crônicas e causas externas), torna-se fundamental a articulação de um sistema em rede que atenda de maneira eficaz e eficiente as necessidades da população por meio de um ciclo completo de atendimento. Intensificar a efetivação das políticas públicas deparar-se e identificar suas lacunas, diagnosticar impedimentos é parte fundamental do processo permanente de construção do SUS. Não menos importante, entretanto, é a identificação de estratégias contínuas e proativas na busca de construir um elo de manutenção da

vida. A multiplicidade do trabalho na área da saúde, junto às exigências postas pelo sistema de saúde brasileiro, estabelece grandes desafios aos profissionais.

É fundamental reconhecermos o caráter indispensável ao acolhimento com classificação de risco, sendo a qualidade e a resolutividade na atenção a base para efetivação da rede. Além disso, é necessária maior qualificação de todos os funcionários, pois estes devem ser os responsáveis pelo acolhimento (recepcionistas, porteiros, dentre outros). Acredita-se que profissionais mais capacitados sejam capazes de fazer escolhas efetivas a respeito da conduta a ser adotada e compreendam que valorizar os demais profissionais é essencial para o funcionamento do processo, promovendo assim, a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. A educação permanente em saúde como metodologia de aprendizado reflexivo das práticas para a construção de espaços de trabalho mais acolhedores, apesar de previsto como diretriz da PNH, ainda não se efetivou.

Por meio das informações colhidas e analisadas anteriormente, percebe-se a inevitabilidade de propostas de intervenção, objetivando a resolução dos problemas de saúde prevalentes na área de acolhimento a demanda espontânea, por conseguinte aos casos de urgência e emergência. É indispensável a qualificação profissional e desenvolvimento de protocolos clínicos, hierarquização das ações e serviços, a resolutividade do sistema de referência e contra referência e a adequação dos recursos materiais para palpabilidade da assistência na abordagem primária dentro da APS. As oficinas realizadas foram de grande valia nesse processo, porém foram ações que precisam de continuidade.

Vislumbramos a necessidade de ampliação dos serviços da Unidade de Saúde da Família, com a utilização dos demais profissionais no fluxo do acolhimento, de modo que se amplie a escuta e se reconduza a perspectiva da interação entre profissionais de saúde e usuários, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias. Torna-se urgente refletir sobre o acesso da população aos serviços de saúde e os prováveis fatores que possam beneficiar ou dificultar a entrada do usuário no sistema de saúde, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento, entre outros. Observamos que em alguns serviços ainda é possível identificar práticas resultantes em restringir o acesso da população, com filas para o atendimento, distribuição de senhas, atendimento por ordem de chegada sem avaliação de risco e

vulnerabilidades e o não acolhimento das urgências e emergências nas unidades de saúde.

Em adição, foi refletido sobre as repercussões da implantação do acolhimento a demanda espontânea com classificação de risco no trabalho do enfermeiro, reitera-se a necessidade de que tal prática torne-se projeto institucional e não somente da enfermagem. O projeto de implantação do acolhimento deve ser uma política adotada por toda a equipe, ou seja, um projeto de gestão. Algumas questões como referência e contra referência, fila de espera, superlotação, falta de vagas e outras, são condições que precisam ser discutidos e assumidos por todos os profissionais da área da saúde, abrangendo os gestores dos serviços. Outra questão que é necessário destacar é a implantação da sala de acolhimento para a organização, ordenação da demanda e ambiência traz resultados evidentes na sala de espera e no atendimento dos casos de maior complexidade.

Ficou evidente nas oficinas realizadas que os espaços de educação permanente em saúde podem ser espaços privilegiados na busca de soluções inovadoras, em todos os níveis de atenção, em que os profissionais podem aprender a partir de situações concretas, desafios, experiências vivenciadas, problematização. Sendo importante estimular esta prática em cada um. A percepção de que todos podem evoluir como pessoas, pesquisadores, descobridores, realizadores, e ainda que conseguem assumir riscos e aprender com os colegas por meio de seus potenciais como orienta Vygotsky em sua teoria. Assim, aprender se torna uma atitude constante, um progresso crescente e efetivo.

A realização das oficinas baseadas nas teorias de Vygotsky deixou evidente que no processo de organização da educação permanente em saúde precisamos de estratégias para construir relações válidas e importantes nestes espaços. Valores e desejos estão sempre permeando as relações entre as pessoas, ao conseguirmos não marcar as relações com preconceitos que mascaram todas as possibilidades de conhecimento real, estaremos abrindo um campo interativo entre os processos de aprendizagem.

No entanto, percebemos que ainda é complexo o desafio da construção de uma rede de serviços integrados que atue de forma contínua no atendimento às urgências e emergências tendo a atenção básica como ordenadora desta rede. É preciso ir além da implantação de um protocolo de atendimento ou de um espaço definido na planta física e do treinamento do pessoal para a utilização do protocolo,

precisa de mudança de paradigma. Precisamos discutir as questões que permeiam a sustentabilidade do processo, com todas as suas complexidades, correndo-se o risco de apenas contrapor uma prática já existente impregnada no nosso cotidiano com uma nova aparência sem alcançar os objetivos.

O objetivo deste trabalho inicialmente era realizar treinamentos com os profissionais da APS para atender os casos de urgência e emergência, no decorrer da pesquisa e diante de tudo que foi analisado, compreendemos que para adentrarmos a temática era preciso trabalhar primeiramente as políticas de acolhimento a demanda espontânea e classificação de risco, pois sem essas ações não é exequível um atendimento de urgência e emergência resolutivo. Revelou-se diante dos fatos uma necessidade da implantação dessas políticas como ferramentas geradoras de equidade e de boa prática clínica. Vislumbramos a importância de que a equipe discuta o papel de cada membro em relação a esses instrumentos, de forma que seja possível uma conquista capaz de causar impacto na saúde da população.

Por fim, acreditamos ser importante ressaltar que não temos com esta proposta a pretensão de oferecer uma receita pronta a ser utilizada nas unidades de saúde do município, mas, sim, de suscitar propostas e reflexões de como trabalhar o cuidado integral do usuário, de modo a favorecer a construção de um processo coletivo de melhoria do atendimento do município. Reconhecemos o esforço dos profissionais em mobilizar conhecimentos e articular os serviços em prol dos usuários. Potencialidades do cuidado integral e da coordenação do cuidado devem ser exploradas, permitindo ampliar o olhar sobre o usuário em situações de urgência e emergência. Intervenções das diferentes categorias profissionais no cuidado à demanda espontânea precisam ser materializadas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Eliane de Fátima Lima; *et al.* Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, p. e9405, jul. 2016. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>. Acesso em: 02 set. 2019.
- AMARAL, Carolina Siqueira et al.. Urgency and emergency situations in primary care regulated by SAMU/Situaciones de urgencia y emergencia en la atención primaria regulada por el SAMU. **JOURNAL HEALTH NPEPS**, v. 3, n. 1, p. 241-252, 2018. Disponível em : <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2881>. Acesso em: 22 maio 2019.
- ANTUNES, Bárbara Cris Skora et al.. Rede De Atenção às Urgências E Emergências: Perfil, Demanda e Itinerário de Atendimento de Idosos. **Cogitare Enfermagem.**, Curitiba , v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53766>. Acessado em: 15 jun. 2019.
- ARAUJO, Carmem Emmanuely Leitão; PONTES, Ricardo José Soares. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2357-2365, set. 2012 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900016>. Acesso em: 09 fev. 2019.
- ARAUJO, Magda Guimarães Faria; ACIOLI, Sonia; GALLASCH, Cristiane Helena. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 1, p. 52-55, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/667> Acesso em: 02 set. 2019.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri ; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2016, v. 21, n. 5 2019, pp. 1499-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Acesso em: 09 Abr. 2019.
- BARBOSA, Roberto Gonçalves; BATISTA, Irinéa de Lourdes. Vygotsky: Um Referencial para Analisar a Aprendizagem e a Criatividade no Ensino da Física. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 1, n. 2, p. 49-67, 30 abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.28976/1984-2686rbpec201818149>. Acesso em: 16 de jun. 2019
- BARBOSA, Maria Valéria; MILLER, Stela; MELLO, Suely Amaral (Org.). **Teoria histórico-cultural: questões fundamentais para a educação escolar – Marília : Oficina Universitária; São Paulo : Cultura Acadêmica**, 2016. 220 p.ISBN 978-85-7983-771-5 .
- BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v.

20, p. 884-899, 2011. Disponível em:  
[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902011000400007&script=sci\\_abstract#ModalArticles](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902011000400007&script=sci_abstract#ModalArticles). Acesso em: 02 Ago. 2019.

BRAGA, Clara Suzana Cardoso et al.. Contribuições e Limites da Utilização de Softwares de apoio à Análise de Conteúdo. In: **Atas - 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2018) Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**. v. 3 2018. p. 124-133. Publicado: -19-06-2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1722>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 824/GM de 24 de junho de 1999**. Normatização do atendimento pré-hospitalar e transporte interhospitalar no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600 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). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html) Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 21 out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea** 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014** Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Brasília:Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3**, de 28 de setembro 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema único de Saúde. Atenção Básica. Brasília: 2017a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 06 de jul. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar** [recurso eletrônico] /Organização Pan-americana da Saúde – Rio de Janeiro : ANS, 2018.

BACICH, Lilian; MORAN, José. **Metodologias Ativas para uma Educação Inovadora: Uma Abordagem Teórico-Prática**. Porto Alegre: Penso 2018. Edição do Kindle.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicologia**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 04 mar. 2019.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ** [Internet]. Porto Alegre: UFSC; 2018; 1-74. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018> Aceso em: 20 jul. 2019.

COSTA, Kátia Ferreira Campos et al.. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 132-140, 24 jul. 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28> . Acesso em: 13 set. 2019.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; COSTA, Glauce Dias da. Instrumento de avaliação e auto avaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2016, v. 20, n. 56 p.171-183.

Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1807-57622014.1303>. Acesso em: 20 nov. 2018.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n. 105, pp. 514-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Acesso em: 31 Ago. 2019.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Magda França Lopes. 3 ed. Porto Alegre: Artemed, reimpresão 2016, 2010. 296 p. ISBN 978-363-2300-8.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens**. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p. ISBN 978-85-65848-88-6.

DAMIANI, Magda Floriana. Sobre pesquisas do tipo intervenção. **In Anais: XVI ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino - UNICAMP** – p.2882-2890 Campinas: Unicamp, 2012.

DAMIANI, Magda Floriana, *et al.* **Discutindo pesquisas do tipo intervenção**. Cadernos de Educação, Pelotas, n. 45, p. 57-67, jul./ago., 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/issue/current>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. (Publicación Científica, nº 93). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1133/42178.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 maio 2019.

DEL RÍO SOLÁ, Maria de Lourdes; VAQUERO PUERTA, C. Healthcare en el sistema sanitario: estrategias para mejorar la atención y controlar el gasto hospitalario. **REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES QUIRURGICAS= Spanish Journal of Surgical Research** Vol XXI nº1 (21-24) 2018. Disponível em: <http://www.reiq.es/ESP/pdf/REIQ21.1.2018.pdf>. Acesso em: 22 maio 2019.

ESPERANÇA, Ana Carolina; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; MARCOLINO, Clarice. Estudo da demanda espontânea em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 30-36, 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/381> Acesso em: 09 set 2019

FARIA, Tamara Lima Martinset et al. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. **Saúde e Sociedade** [online]. 2017, v. 26, n. 3, pp. 726-737. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170063>. ISSN 1984-0470. Acesso em: 01 Set. 2019.

FERTONANI, *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n., pp.

1869-1878. ISSN 1678-4561. Disponível em: Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 09 Abril 2019.

FERMINO, Juliana Martins, *et al.* Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a política nacional de humanização. **Saúde & Transformação Social=Health & Social Change**, v. 6, n. 2, p. 054-069, 2015. Disponível em:  
<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3313>  
Acesso em: 9 ago. 2019.

FRANCO, Cassiano Mendes et al. Perfil de demanda espontânea em uma clínica da família recém-inaugurada. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 1535, 2013. Disponível em:  
<https://cmfc.emnuvens.com.br/brasileiro/article/view/1262>. Acesso em: 09 set. 2019

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso) Acesso em : 01 Out. 2019.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. **Discutindo sentidos da palavra intervenção na pesquisa de abordagem histórico-cultural**. In: FREITAS, Maria Teresa de Assunção; RAMOS, Bruna Sola (Orgs.). *Fazer pesquisa na abordagem histórico-cultural: metodologias em construção*. Juiz de Fora, MG: UFJF, 2010. ISBN 978-85-7672-092-8.

GIRARD, Jacques. Encerramento do Seminário Atenção Primária à Saúde – **estratégia chave para a sustentabilidade do SUS** (apresentações dos painelistas). 2018. Disponível em: <http://apsredes.org/seminario-atencao-primaria-saude-estrategia-chave-para-sustentabilidade-do-sus-apresentacoes-dopainelistas/>. Acesso em: 01 jun. 2019

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7 ed. SP: Atlas, 2017.

GODOY, Fernanda da Silva Floter. **Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco**. 155 f. Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mara Lucia Garanhani. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2010.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves de. Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. spe2, p. 19-25, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900004&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 15 mar. 2019.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Perception of Family Health Teams Regarding Primary Care Provided In The Urgency Network **Journal of Nursing**

UFPE v. 10, n. 4, p. 1170–1180, 2016. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201601. Acesso em: 15 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2019 . Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/santana-do-acarau/panorama> Acesso em: 28 abril 2019.

KONDER, Mariana Teixeira. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do Município do Rio de Janeiro.** Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisele O’Dwyer de Oliveira. 2013. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública.) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. -- 2013. 108 f.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017. ISBN 978-85-97-01012-1

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME Revista Mineira Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-67, 2004. Disponível em: <http://www.reme.org.br/Home>. Acesso em: 10 jun. 2018

MAHL, Claudiane; TOMAS, Elaine. Estratégia Saúde da Família na 19<sup>a</sup>. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência ET Praxis**, v. 2, n. 04, p. 19-26, abr. 2017. ISSN 1983-912X. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2095>. Acesso em: 02 Set. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. ISBN: 978-85-8071-034-2

MENDES, Eugênio Vilaça. The care for chronic conditions in primary health care. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**; Fortaleza Vol. 31, Ed. 2. 2018a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.7839>. Acesso em: 12 dez 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018b , v. 23, n. 2 . p. 431-436. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. Acesso em: 16 set. 2018.

MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 6 [pp. 1737-1746]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>. Acesso em: 11 nov. 2018.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/acolhimento/>. Acesso em: 15 set. 2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: teoria, métodos e criatividade. Maria Cecília Minayo (org.); Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016 ISBN 978-85-326-5202-7.

MOREIRA, Kênia Souto; LIMA, Cássio de Almeida; VIEIRA, Maria Aparecida; COSTA, Simone de Melo. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283> Acesso em: 22 jun. 2019

MORON, Susana Inês. **Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky**. Editora Vozes. Petrópolis, 2017. ISBN 978-85-326-5101-3 edição digital .

MUNIZ JÚNIOR, Luíz Cleuton Costa; SANTOS, Glauce Barros. Resenha crítica o sócio interacionismo de Lev Vygotsky. Revista da FAESF, v. 2, n. 3, 2018. ISSN 2594 – 7125. Disponível em: <file:///C:/Users/Daniela/Downloads/60-171-1-PB.pdf> Acesso em: 16 jun. 2019

NASCIMENTO, Gabrielle Evangelista; DUQUE, Pedro Henrique Cunha. Perfil da Demanda Espontânea do Centro Municipal de Saúde Rodolpho Rocco. **Academus Revista Científica da Saúde**, [S.l.], v. 1, n. 1, abr. 2016. Disponível em: <http://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/146/141>. Acesso em: 09 set. 2019.

NÓBREGA, Danielly Monteiro; BEZERRA, André Luiz Dantas; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 8, n. 2, 2015. p.141-157, Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/386> Acesso em: 02 fev. 2019.

OLIVEIRA, Camila Vieira Soares de; CORIOLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor L. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes** [internet]. 2016 v. 2, n. 2 p. 211-255. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/678>. Acesso em 09 de fev. 2019.

OLIVEIRA, Thais Alexandre de; MESQUITA, Gerardo Vasconcelos de. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 128-136, 2013. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/56>. Acesso em: 08 Jul. 2018.

OLIVEIRA, Thais Alexandre de et al. Family health strategy professional's perception on the urgency and emergency attendance **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 3):1397-406, abr., 2016. DOI: 10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201607. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11080/12521>. Acesso em : 08 Jul. 2018

OMS. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde., 6-12 de setembro de 1978, Alma-Ata, URSS. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **The world health report 2008** : primary health care now more than ever. Genebra: OMS, 2008. ISBN 978 92 4 156373 4

OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários**. Brasília, D.F.: OPAS; 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34573> Acesso em: 08 Jul. 2018

PROJETO ITINERÁRIOS DO SABER. Observatório do Cuidado. Acolhimento do paciente e da família na urgência / [Elaboradores] Anailza de Macedo Sousa ... [et al.] – Teresina, PI: ETSUS-PI, 2018. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), 2018.

PICHETH, Sara Fernandes; CASSANDRE, Marcio Pascoal; THIOLENT, Michel Jean Marie. Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, v. 39, n. Especial p. s3-s13, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84850103002>. Acesso em: 03 mar. 2019

RABELLO, Adriana Esteves et al. Acolhimento e a Classificação de Risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde=Brazilian Journal of Health Research**, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/20608>. Acesso: em 02 Fev. 2019.

REGO, Teresa Cristina. **Vygotsky : uma perspectiva histórico-cultural da educação Petrópolis**, RJ : Vozes, 2012. ISBN 978-85-326-4500-5. Edição do Kindle

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14347>. Acesso em: 09 dez. 2018

RIBEIRO, Victoria Maria Brant; RIBEIRO, Adriana Maria Brant. A aula e a sala de aula: um espaço-tempo de produção de conhecimento. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 38, n. 1, p. 71-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v38n1/v38n1a13> Acesso em: 13 set. 2019

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Participatory action research and the production of new analysis. **Psicologia: Ciências e Profissões**. [online]. 2003, vol.23, n.4, pp.64-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>. Acesso em 06 nov. 2018

RODRIGUES, Ana Hirley et al. Atenção à saúde na hanseníase multibacilar: uma avaliação com base no fluxograma analisador de Merhy. **Revista Paraninfo Digital**, 2016; 25. Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n25/092.php> Acesso em: 2 out. 2019

ROS, Carla; PERES et al. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. e-1137, 2018. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180066> Acesso em: 25 jun. 2019.

SALTMAN, Richard B.; RICO, Ana; BOERMA, Wienke G. W. (Ed.). **Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde**: Reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006. 342p.

SALTMAN, Richard Baker; RICO, Ana; BOERMA, Wienke GW. (Orgs.) **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde**: reforma organizacional na atenção primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. ISBN-10 0 335 21365 0

SANTOS, Viviane et al. IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. In: **6º Congresso Ibero-americano em investigação qualitativa**. 2017. p. 392-401. ISBN: 978-972-8914-76-9. Publicado: 28-06-2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1230/1191>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SEVERINO, Antônio Joaquim, 1941 **Metodologia do trabalho científico** [livro eletrônico] 2. ed. – São Paulo : Cortez, 2017.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, [S.l.], v. 16, n. 1, may 2015. ISSN 1677-4280. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 29 abr. 2019.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha de, et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista de Escola de Enfermagem. USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 abr. 2019.

SPROVIERI, Sandra Regina Schwarzwälder, et al Programa SOS Emergências: um olhar para a gestão e a experiência para qualificar a emergência. **Revista**

**Administração em Saúde**, v. 16, n. 63, p. 51-60, 2014. Disponível em: DOI: 10.5327/Z1519-1672201400630003. Acesso em 30 mar. 2019

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde / Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo; Paola Trindade Garcia (Org.) - São Luís: EDUFMA, 2018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, June 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 abr. 2019.

VYGOTSKY, Lev Semenovich et al. **Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar**. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem, v. 10, p. 103-117, 1988.

VIGOTSKY, Lev Semenovich, **Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem**. VIGOTSKII, Lev Semenovich, LURIA, Alexander Romanovich, LEONTIEV, Alex N.; tradução de: Maria da Pena Villalobos. -11ª ed. São Paulo: ícone, 2010. (Coleção Educação Crítica)

## **APÊNDICE A - TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)– intitulada “URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: : estamos preparados para acolher esta demanda?”. Caso o senhor(a) concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento através do telefone ou endereço da pesquisadora mestranda que consta no final deste termo e informar o número de identificação da entrevista (que consta no rodapé do termo de consentimento pós-informado) ou informar o seu nome completo.

O(A) senhor(a) terá uma cópia de cada um destes termos e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Se concordar em participar da pesquisa, o(a) senhor (a) terá que responder a um questionário que terá duração de, aproximadamente, 15 minutos, com perguntas relacionadas a sua formação profissional e ao atendimento de urgência e emergência na atenção básica, etc. com o objetivo de elaborar um fluxograma de atendimento de urgência e emergência resolutivo e humanizado na Atenção Primária à Saúde; identificar as principais situações de urgência e emergência atendidas pela Atenção Primária à Saúde; descrever as dificuldades e potencialidades do atendimento de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde; analisar o fluxo de atendimento das Unidades Básicas de Saúde baseado na classificação de risco e cuidado integral à saúde; construir um fluxograma de atendimento das urgências e emergências.

As informações relacionadas ao estudo só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. As respostas do seu questionário serão utilizadas respeitando-se completamente o seu anonimato. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. As informações serão armazenadas para quaisquer esclarecimentos, caso seja

necessário, os participantes poderão ser contatos por meio de e-mail pelo pesquisador. Todos os esclarecimentos serão dados, bem como qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. O participante poderá deixar de participar em qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízos.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em congressos, revistas científicas e demais eventos acadêmicos. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade da pessoa pela qual se assume a responsabilidade.

Em relação aos riscos, esta pesquisa apresenta riscos muito reduzidos por atender a todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos e por submeter aos órgãos e a seus representantes um documento com solicitação de sua participação. O(A) senhor(a) poderá sentir constrangimento ao responder as perguntas do questionário; desconforto; medo; vergonha; estresse; cansaço ao responder às perguntas. Há o risco de, também, ocorrer alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física. Diante desta realidade, nos comprometemos, durante a pesquisa, estarmos atentos a qualquer mudança de comportamento, gestos ou humor do senhor (a), no sentido de identificar processualmente os riscos postos pela aplicação do instrumento. Além disso, nos comprometemos ainda em oferecer suporte psicológico, caso ocorra qualquer dano em decorrência da realização da pesquisa.

A pesquisa tem como benefícios a abordagem da temática da urgência e emergência na atenção básica. Embora haja avanços significativos em relação às políticas públicas que visam promover a integralidade do cuidado, ainda permanece a necessidade de ampliar o acesso às ações nessa área de atuação. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Com estes dados, será possível orientar o cuidado integral dos pacientes do município.

O(a) senhor(a) terá suas dúvidas esclarecidas antes e durante a pesquisa e não há nenhum risco, desconforto ou custo que a pesquisa possa trazer ao senhor(a). o questionário será confidencial, portanto sua identidade e respostas permanecerão sob sigilo absoluto.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Israel Rocha Brandão

PESQUISADORA MESTRANDA: Daniela Sandra Rego Queiroz

PROFISSÃO: Enfermeira

ENDEREÇO: Rua Jose Isaias Pereira, 103. Santana do Acaraú-Ce. CEP: 62.150-000.

TELEFONE: (88) 99961-3994

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante desta pesquisa, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA, através do telefone (88) 3677-4255 ou pelo e-mail: uva.comitedeetica@hotmail.com

Daniela Sandra Rego Queiroz

#### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora mestranda Daniela Sandra Rego Queiroz dos procedimentos que serão utilizados e do sigilo da pesquisa, concordando em participar do estudo. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico, nem riscos e/ou danos. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Santana do Acaraú, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome do participante por extenso

ASSINATURA

Número de Identificação do questionário: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Santana**  
do Acaraú

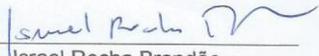
*Dignidade e Transparência*

---

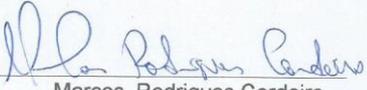
CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr. Marcos Cordeiro  
Secretário Municipal da Saúde de Santana do Acaraú

Solicitamos a autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: acolhimento e resolubilidade da atenção primária à saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Santana do Acaraú-Ce pela mestranda em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Daniela Sandra Rego Queiroz, sob orientação do Professor Dr. Israel Rocha Brandão, com o seguinte objetivo: elaborar uma proposta de atendimento às urgências e emergências para APS, com base na classificação de risco. Ao mesmo tempo pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão analisados coletivamente e que as identidades das pessoas participantes serão mantidas em absoluto sigilo de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessário.**

  
Israel Rocha Brandão  
Pesquisador Responsável pelo Projeto

(  ) Concordamos com a solicitação      (  ) Não concordamos com a solicitação

  
Marcos Rodrigues Cordeiro  
Secretário Municipal da Saúde de Santana do Acaraú

Marcos Rodrigues Cordeiro  
SECRETARIO MUNICIPAL DA SAUDE  
SANTANA DO ACARAÚ/CE  
PORTARIA 0201 02/2018

---

Prefeitura Municipal de Santana do Acaraú – CE - Av. São João, 75 - Bairro Centro  
Santana do Acaraú - CE - CEP. 62.150-000 - CNPJ: 07.598.659/0001-30

**APÊNCIDE C – QUESTIONÁRIO**

## QUESTIONÁRIO

- 1) Idade \_\_\_\_\_ 2) Sexo: feminino ( ) masculino ( ) raça \_\_\_\_\_
- 3) Formação: \_\_\_\_\_ 4) Tempo de Formação: \_\_\_\_\_
- 5) Pós- Graduação: ( ) não ( ) sim Qual?
- 6) Quanto tempo trabalha na ESF?
- 7) Existe alguma classificação para os pacientes que chegam à UBS?
- 8) Sua unidade de saúde realiza atendimento de Urgência e Emergência?  
Não ( ) sim ( ) qual os mais comuns?
- 9) na UBS existe medicamentos para atendimento de urgência e emergência?  
Não ( ) sim ( )
- 10) Você acredita que sua Unidade deve atender casos de urgência e emergência?  
Não ( ) sim ( )  
Por quê?
- 11) Qual ação é realizada quando chega algum paciente com quadro de urgência na sua unidade?
- 12) você se sente preparado para atender um paciente em casos de urgência e emergência?  
Não ( ) sim ( )
- 13) Existe alguma dificuldade no atendimento aos pacientes de urgência e emergência? Quais?

APÊNCIDE D - CAPA DO PORTFÓLIO

# PORTFÓLIO

PROFISSIONAL

---

---



## APÊNDICE E – PARTE INTERNA DO PORTFÓLIO



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ

Para melhor avaliarmos nosso trabalho gostaríamos de convidá-los a responde as seguintes perguntas:

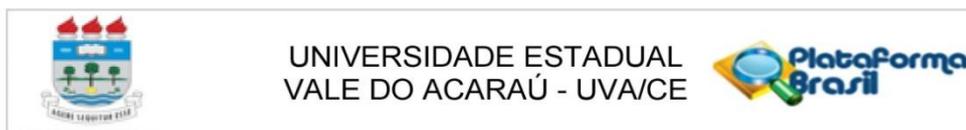
o que aprendi?

Como aprendi (metodologia)?

Para que aprendi?

Possível mudar minha prática com essa oficina?

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atendimento de urgência e emergência na atenção básica: como se dá o ordenamento em nível local

**Pesquisador:** DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15796619.0.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.517.620

#### Apresentação do Projeto:

Para o desenvolvimento desta investigação optou-se por de uma pesquisa do tipo intervenção pedagógica, sob abordagem qualitativa, orientada pela teoria Histórico-Cultural de Vygotsky. O estudo será praticado com os médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, e recepcionistas das Unidades Básicas de Saúde de um no interior do Ceará.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Elaborar um fluxograma de atendimento às urgências e emergências para atenção primária à saúde com base na classificação de risco.

**Objetivo Secundário:**

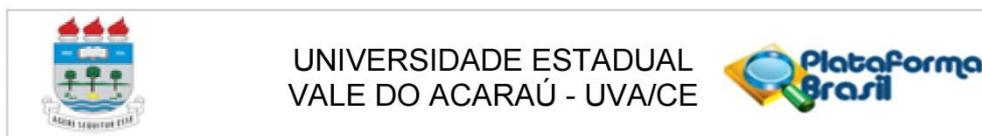
Identificar as situações de urgência e emergência atendidas pela Atenção Primária à Saúde;

Identificar como os profissionais da Atenção Básica definem o atendimento de urgência e emergência dentro da rede de atenção à saúde;

Descrever as dificuldades e potencialidades do atendimento de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde;

Analisar o fluxo de atendimento das Unidades Básicas de Saúde baseado na classificação de risco e cuidado integral à saúde;

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.517.620

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

os riscos aos participantes serão mínimos, podem ocorrer desconforto pessoal para responder algumas perguntas, mas deixaremos bem claro que o objetivo da pesquisa é melhorar a qualidade do atendimento, não havendo quaisquer exposição ou punição aos participantes.

**Benefícios:**

Aumentar o conhecimento científico na área de saúde coletiva, como também melhorar a saúde pública no município pesquisado

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo de recomendações

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo de recomendações;

**Recomendações:**

Recomenda-se que apresente no TCLE atual os dados para contatos, como do CEP e do coordenador geral da pesquisa, além de que precisa detalhar a participação do participante durante a pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado, porém recomenda-se que apresente no TCLE atual os dados para contatos, como do CEP e do coordenador geral da pesquisa, além de que precisa detalhar a participação do participante durante a pesquisa.

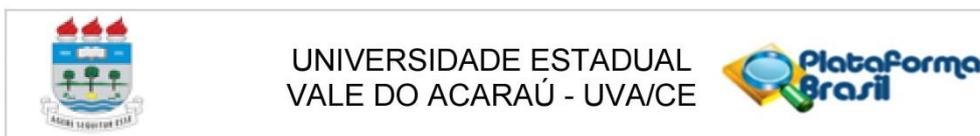
**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1349488.pdf	03/07/2019 19:54:09		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/07/2019 19:53:38	DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ	Aceito

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.517.620

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/07/2019 19:52:56	DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ	Aceito
Outros	anuencia.pdf	05/06/2019 18:30:32	DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ	Aceito
Folha de Rosto	ccs.pdf	23/05/2019 13:58:27	DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOdaniela.docx	17/05/2019 07:58:03	DANIELA SANDRA REGO QUEIROZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 19 de Agosto de 2019

Assinado por:

**Maria do Socorro Melo Carneiro  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040  
**UF:** CE **Município:** SOBRAL  
**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com