



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JANYNE ALINE CORREIA DE LIMA GARCIA

**ATUAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS**

Maceió
2019

JANYNE ALINE CORREIA DE LIMA GARCIA

**ATUAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem como requisito para obtenção do título de Mestre, da Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Profa. Dra. Célia Alves Rozendo

Maceió
2019

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

- G216a Garcia, Janyne Aline Correia de Lima.
Atuação em urgência e emergência na atenção básica: percepção dos enfermeiros /
Janyne Aline Correia de Lima Garcia. - 2019.
81 f. : il. color.
- Orientadora: Célia Alves Rosendo.
Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2019.
- Bibliografia: f. 64-73.
Apêndices: f. 74-79.
Anexos: f. 80-81.
1. Estratégia Saúde da Família (Brasil). 2. Serviços de saúde. 3. Enfermagem em
saúde pública. 4. Enfermeiros - Capacitação profissional. 5. Competência profissional.
5. Enfermagem - Prática profissional. I. Título.

CDU: 616-083.98-051

Folha de Aprovação

JANYNE ALINE CORREIA DE LIMA GARCIA

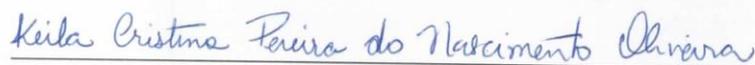
ATUAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Dissertação submetida ao corpo docente
do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Alagoas e aprovada em 16 de outubro de
2019

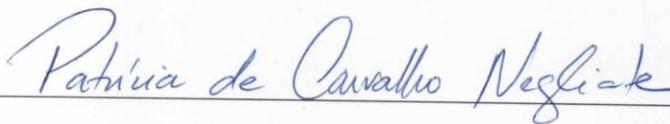


Profa. Dra. Célia Alves Rozendo – UFAL/ ENF (Campus Maceió)
Orientadora

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Keila Oliveira - UFAL/ENF (Examinadora Externa)



Profa. Dra. Patrícia Nagliate - UFAL/ENF (Examinadora Interna)

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado a oportunidade viver este momento. No início, eram apenas sonhos, mas, com o tempo, passou a ser meta e, hoje, é realidade. Sentimento de gratidão.

À minha orientadora, Professora Doutora Célia Alves Rozendo, pelos ensinamentos, por seu exemplo de ética e cidadania, por sua capacidade de agregar pessoas interessadas na busca de evidências para auxílio dos pacientes. Por acreditar e valorizar a enfermagem, por confiar na minha capacidade, pela amizade e, sobretudo, pela sua paciência em todos os momentos.

Aos meus pais, Maria Correia de Lima e José Cícero Correia de Lima, por sempre me estimularem a manter o foco na parte educacional e proporcionarem a continuidade nos estudos até a chegada ao mestrado. Por oferecerem segurança e tranquilidade nos momentos mais difíceis de minha vida e pelo exemplo de dignidade e perseverança. Meus eternos agradecimentos!

Aos meus irmãos, Jôse Meiry e Jean Pablo, e à minha avó Laura, por nunca deixarem de acreditar no meu potencial e sempre oferecerem palavras de estímulo e acolhimento.

Ao meu marido, Kesley Garcia de Oliveira, pela sua compreensão, respeito e tolerância durante tudo o período do mestrado. Obrigado por permanecer ao meu lado, mesmo nos momentos de lazer em que eu precisei me ausentar para construir esta dissertação.

Ao corpo docente do mestrado em enfermagem da Escola de Enfermagem (EENF), por ter contribuído na minha formação acadêmica e acrescentado conteúdos com valores incalculáveis.

Aos colegas de mestrado em enfermagem pela amizade, paciência, pelos ensinamentos, pois cada um ajudou no meu crescimento pessoal e profissional.

Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos.
É como sujeito e somente enquanto sujeito,
que o homem pode realmente conhecer.

(Paulo Freire)

RESUMO

A Atenção Básica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) contempla, além da integralidade da atenção e a coordenação das ações da saúde, o atendimento a casos de urgência e emergência de baixa gravidade. No entanto, mesmo reconhecendo essa função, em várias ocasiões, foi notado que os usuários eram orientados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a acionar o SAMU ou procurar a UPA ou PA, posto que, não havia condições nas unidades básicas para atendimento de casos de urgência. Diante disso, apresenta-se este trabalho, que tem como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros sobre sua atuação em casos de urgência e emergência na Atenção Básica. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa à luz dos pressupostos da Pedagogia Crítica de Paulo Freire. A pesquisa foi realizada no município de Maceió em seus oito distritos de saúde, com 16 enfermeiros, sendo 2 para cada distrito. Para a produção de dados, foi utilizada como instrumento de coleta a aplicação de entrevista semiestruturada, da qual renderam dois temas: 1) (Des)preparo para atuar na urgência e emergência na ESF e 2) Condições da ESF para atender urgência e emergência. Os resultados apontaram que: 1) as enfermeiras afirmaram que não foram preparadas para atuar na urgência e emergência voltada à ESF e os conhecimentos adquiridos na área foram apropriados por conta própria em pós-graduações, cursos, ou ainda, na prática cotidiana e, 2) para as entrevistadas, apenas capacitar os profissionais para atuar na urgência e emergência não seria suficiente devido à falta de condições materiais e físicas para atendimento. As conclusões apontaram que a capacitação profissional deverá vir acompanhada de melhorias na infraestrutura material e física para atender os casos de urgência e emergência nessas unidades.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Formação profissional. Enfermeiro. Emergência.

ABSTRACT

It is recognized the role of Primary Care within the Unified Health System (SUS), which, as a health care model, includes the integrality of care and the coordination of health actions, as well as care for urgent and low emergency cases. However, even recognizing this function, on several occasions, it was noted that users were advised by Family Health Strategy (FHS) teams to trigger SAMU or seek the UPA or PA, since there were no conditions in the basic units. for emergency care. Therefore, this paper presents the objective of analyzing nurses' perceptions of their role in cases of urgency and emergency in Primary Care. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach in the light of the assumptions of Paulo Freire's Critical Pedagogy. The survey was conducted in the city of Maceió in its eight health districts, with 16 nurses, 2 for each district. For data production, a semi-structured interview application was used as a collection instrument. The information was analyzed from the thematic analysis, which yielded two themes: 1) (Un) preparedness to act in urgency and emergency in the FHS and 2) Conditions of the FHS to meet urgency and emergency. The results showed that: 1) the nurses stated that they were not prepared to work in the urgency and emergency focused on the FHS and the knowledge acquired in the area were appropriated on their own in postgraduate courses or even in daily practice;) for the interviewees, just training professionals to act in urgent and emergency would not be sufficient due to the lack of material and physical conditions for care. The conclusions showed that professional training should be accompanied by improvements in material and physical infrastructure to address urgent and emergency cases in these units. The work aims to contribute in conjunction with other research on Primary Care as a space to meet low complexity emergencies, promoting reflections on the topic.

Keywords: Family Health Strategy. Professional qualification. Nurse. Emergency.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cobertura de Atenção Básica do município de Maceió segundo Distrito Sanitário 2017.....	36
Quadro 2 – Temas e subtemas sobre a percepção dos enfermeiros quanto a sua formação para atuar nos casos de urgência e emergência.....	39
Quadro 3 – Condutas possíveis para acolhimento em demandas espontâneas na AB	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN/ ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem
DEGES	Departamento Gestão da Educação na Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
HGE	Hospital Geral do Estado
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
PA	Pronto Atendimento
PSF	Programa Saúde da Família
PRÓ-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAS	Sistema da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USFs	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Contextualização do problema.....	13
1.2	Justificativa.....	16
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	18
2.1	A Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde.....	18
2.2	Urgência e emergência na Atenção Básica e na ESF.....	22
2.3	Atuação do enfermeiro na Atenção Básica.....	26
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	30
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	Tipo de estudo.....	35
4.2	Cenário.....	35
4.3	Participantes da pesquisa.....	38
4.4	Coleta de dados.....	37
4.5	Análise de dados.....	37
4.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5.1	Tema 1: (Des)preparo para atuar na urgência e emergência na ESF.....	40
5.1.1	Subtema 1: A graduação deixou a desejar	40
5.1.2	Subtema 2: Aprendendo urgência e emergência no dia a dia.....	43
5.1.3	Subtema 3: Necessidade de educação permanente.....	46
5.2	Tema 2: Condições infraestruturais da AB para atender casos de urgência e emergência.....	50
5.2.1	Subtema 1: Educação permanente é importante, mas insuficiente: a infraestrutura em pauta.....	50
5.2.2	Subtema 2: Organização dos serviços para atender casos de urgência e emergência.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICES.....	77
	ANEXOS.....	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A pesquisa em questão tem como objeto de estudo a atuação dos enfermeiros em urgência e emergência na Atenção Básica – AB. A escolha por essa temática surgiu após reflexão sobre a minha trajetória nos estágios na graduação, por ter observado que houve lacunas quanto ao aprendizado referente à urgência e à emergência, bem como durante o período da residência em Atendimento Pré-Hospitalar realizada em Alagoas e da experiência profissional no Pronto Atendimento (PA) no município de Maceió, além de outros locais de atuação, como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), ambas em Salvador-BA.

Durante esse período, foram observadas inseguranças e fragilidades técnico-científicas dos profissionais da AB diante dos casos de urgência ou emergência. Em várias ocasiões, foi notado que os usuários eram orientados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a acionar o SAMU ou procurar a UPA ou PA, posto que, não havia condições nas unidades básicas para atendimento de casos de urgência. A experiência na residência indicou que a maioria dos casos poderiam ser resolvidos pela própria equipe da ESF, já que se tratava de ocorrências de baixa complexidade, tais como: episódios de hipoglicemia, pressão alta, febre alta, pequenos sangramentos, etc.

Além dos aspectos clínicos, também foram observadas outras dificuldades como a fragilidade na gestão e a inadequada qualificação profissional. Ainda pesam na análise da baixa infraestrutura das unidades básicas de saúde e a carência de recursos humanos e materiais/ insumos. As consequências desses problemas acabam gerando superlotação da UPA, desgaste físico e mental dos profissionais e gastos financeiros desnecessários relativos ao deslocamento da ambulância (equipamentos, combustível, medicamentos, entre outros). Além disso, a utilização inadequada da UPA para casos simples a desvia de sua principal função que são ocorrências de média/alta gravidade.

Portanto, a ausência de melhor administração da rede de urgência e emergência, concentrando a maior parte do atendimento nos prontos-socorros acarreta superlotação, gerando insatisfação do usuário com o serviço, além de precarizar o sistema de saúde como um todo.

Para superação dessa realidade a AB poderia funcionar oferecendo uma atenção especializada para casos de urgência e emergência, criando estratégias que venham potencializar o fluxo de acordo com os níveis de complexidade.

Uma unidade de atenção básica que tenha uma equipe com ações planejadas poderia ser capaz de oferecer atendimento às ocorrências de urgências e emergências, segundo o nível de complexidade suportado. Entende-se que quando a atenção à saúde do indivíduo deve ser o objetivo principal da assistência pública, o atendimento às urgências e emergências não podem ser função apenas das unidades hospitalares, mas sim compartilhada com os demais setores que compõe o SUS, incluindo a AB (VIEIRA, 2017).

É reconhecido o papel da AB dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto modelo que preconiza a existência de vínculo entre profissional e paciente, contemplando a integralidade da atenção e a coordenação das ações da saúde. Dessa maneira, os pacientes com quadros agudos ou crônicos deveriam ser atendidos à princípio pela AB dentro da área de cobertura na qual já possui histórico de saúde descrito. Já as situações mais graves deveriam ser transferidas para unidades específicas.

Na literatura especializada existem dados que apontam as unidades de atenção básica podem ter condições de ser efetiva no atendimento para urgências e emergências, quer seja efetuando ações de prevenção ou de acolhimento. No geral, as altas taxas de internação em ambulatorios podem refletir problemas de acesso ao sistema de saúde e baixa resolutividade da AB para atender essas demandas (COELHO et al., 2016).

Gonçalves-Bradley et al. (2018) afirmam que em diversos países as unidades de emergência têm enfrentado grandes demandas por serviços emergenciais, e para aliviar a sobrecarga de trabalho nos hospitais, procuram utilizar a atenção primária para atender casos de pequenas urgências.

No entanto, no Brasil, os problemas apontados para operar casos de urgência e emergência na AB, limitam as potencialidades das ações dessas unidades, uma vez que o modelo de assistência da AB exige condições infra estruturais, insumos e materiais adequados para atendimento dessas demandas (MOREIRA, et al., 2017).

Oliveira; Trindade (2010) apontam como uma das possíveis soluções para melhorar e organizar a assistência seria criar um plano de assistência sistematizada que englobem conhecimentos técnicos e teóricos de atendimento, em que as intervenções da enfermagem sejam efetivas e resolutas. Nisso, inclui também a capacitação adequada dos profissionais da AB, que devem ser munidos de conhecimentos que não se restrinjam apenas ao trabalho

cotidiano, rotineiro, mas englobe atuações em ocorrências de urgência e emergência de baixa complexidade.

Uma qualificação profissional adequada está intimamente relacionada a uma formação acadêmica que contemple não apenas a apropriação de conhecimentos, mas sua construção e o desenvolvimento de capacidades e habilidades exigidas pela profissão. No caso da Enfermagem abrange também conhecimentos relacionado ao atendimento da urgência emergência que devem ser apropriados desde o ambiente acadêmico.

Do mesmo modo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma estratégia fundamental que para enriquecer e ampliar a prática profissional, sobretudo, com o avanço de tecnologias e novas práticas de cuidados. Além de gerenciamento e assistência as demandas de urgência e emergência que exige uma atenção diferenciada das rotinas dessas unidades. Portanto, seria interessante a inclusão desses saberes para capacitar os profissionais qualificando-os mediante a EP para que possam garantir o cuidado integral (REZENDE, et. al., 2017). É um dos caminhos para fazer a inter-relação entre o saber e o agir no cotidiano de trabalho desse profissional.

A Educação Permanente é importante porque privilegia a interdisciplinaridade e dá ênfase à prática como uma fonte de conhecimento, colocando o profissional como sujeito ativo do seu processo de ensino-aprendizagem. Ademais, as Diretrizes Curriculares para a Enfermagem, destacam a Educação Permanente como uma condição necessária para a construção de uma prática profissional que esteja comprometida em oferecer uma melhor assistência de saúde à população (JESUS, et. al., 2011).

Enfocar a Educação Permanente objetiva, a partir da aprendizagem, problematizar a realidade e desenvolver propostas que visam mudar práticas de trabalho que sejam operadas na realidade, de acordo com as atividades que são exercidas pelos profissionais. A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que no caso dos enfermeiros visam mudanças nas estratégias organizacionais para qualificar às novas demandas de trabalho. Nesse caso, o atendimento de urgências e emergências (SADE, 2019).

Tendo em vista as considerações apresentadas, questiona-se: como as enfermeiras percebem sua atuação diante dos casos de urgência e emergência na Atenção Básica? Para responder a tal questionamento, o trabalho tem como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros acerca de sua atuação em casos de urgência e emergência na Atenção Básica.

1.2 Justificativa

Estudos realizados sobre a superlotação das unidades de urgência e emergência apontam que muitas das ocorrências atendidas nos prontos-socorros são atendimentos de baixo risco que poderiam ser facilmente acolhidas na AB (BARATERI et al., 2017; COELHO et al. 2016; GOMES, 2013; MOREIRA, et al., 2017). No entanto, de acordo com Coelho et al. (2016), a AB não se encontra suficientemente estruturada para suprir tais demandas. Para os autores, se os serviços da Atenção Primária ocorressem de forma organizada e efetiva, os atendimentos nas unidades de urgência e emergência ficariam restritos apenas para ocorrências de grave e/ou média complexidade.

Para Barateri et al. (2017), o modelo brasileiro de atenção à saúde vem tentando se organizar para fortalecer as ações da Atenção Básica, implementando estratégias de prevenção e cuidado com a saúde para enfrentamento das causas de urgência. Contudo, segundo o autor, as unidades de AB sequer são vistas como principal “porta de entrada” do sistema pelos profissionais e usuários. Além disso, tais unidades não estão organizadas suficientemente para atender a ocorrências de baixa complexidade, as quais acabam sendo encaminhadas para hospitais, prontos-socorros e UPA, sobrecarregando-os (MOREIRA, et al., 2017).

Além da questão da organização, um dos principais motivos que explica a falta de efetividade da AB em relação ao atendimento de urgência e emergência de baixa complexidade é a provável baixa capacitação dos profissionais para esse tipo de atendimento. Esse é um problema que poderia ser resolvido através de cursos de capacitação, educação permanente, a qual, conforme determinada pela Política Nacional de Educação Permanente (Portaria nº 1996, 2007), quando implementada no SUS, deve priorizar as equipes que atuam na AB, visando à qualificação dos profissionais e também a mudanças nas práticas de trabalho.

A atual situação na qual se encontram os serviços de saúde pública, sobretudo a AB, vai de encontro aos princípios de integralidade e equidade na assistência, o que permite entender que existem contradições entre o sistema planejado e aquele que atua efetivamente em nosso cotidiano (BASTOS, et al., 2016).

Diante disso, acredita-se que este estudo poderá contribuir para fornecer subsídios aos profissionais da AB, aos órgãos formadores e aos gestores da área de saúde para promover e/ou favorecer as condições necessárias para responder às demandas relativas às questões de urgências e emergências na AB. Nesse sentido, partimos do princípio de que as políticas de

qualificação dos profissionais são uma responsabilidade de todos os envolvidos na oferta de serviços de saúde, incluindo também o profissional. Este estudo pode, ainda, contribuir para a reflexão sobre as potencialidades da AB para atuar no atendimento de ocorrências de urgência e emergência de baixa complexidade.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

2.1 A Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde

A Atenção Básica representa um importante mecanismo dentro do modelo de proteção social e da concepção de saúde, resultante da interação entre opções estatais, governamentais e sociais. No plano internacional, o conceito de atenção básica de saúde foi difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que, juntos, em 1978, na cidade de Alma-Ata, passaram a conceber a AB como uma modalidade do sistema de saúde encarregados dos cuidados primários enquanto estratégia para difusão de “saúde para todos”, sendo percebido como elemento fundamental para promoção de um sistema eficiente (SILVEIRA et al., 2015).

A partir de então, a Atenção Básica passou a desempenhar um papel importante dentro do sistema de saúde, adquirindo, com o passar dos anos, diferentes concepções, interpretações e objetivos. Tal diversidade permitiu que a AB assumisse diferentes papéis nos sistemas nacionais de cada país, direcionado pelas agências internacionais de saúde que são responsáveis por difundir a propostas da AB para países subdesenvolvidos, sob diferentes perspectivas (SILVEIRA et al., 2015).

Assim, no Brasil, a AB passou a ser concebida como prática de assistência à saúde, caracterizado por um conjunto de ações que compreende promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, visando assegurar um atendimento integral ao usuário do sistema de saúde de forma universal e gratuita (BRASIL, 2011). De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que trata sobre a Atenção Básica, toda unidade deve estar inserida em um território limitado para atendimento de maneira a permitir o planejamento, programação e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, considerado o contexto sociocultural no qual se encontra inserida.

A Atenção Básica faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para cuidado e atendimento às necessidades integrais da população. Dentro desse sistema, a AB surge como a principal “porta de entrada” para o sistema de saúde, ou seja, um espaço de gestão da assistência à saúde, desempenhando um papel para garantir ao sujeito a integralidade do atendimento. Nesse sentido, a AB deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, como: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2011).

Do mesmo modo determina o Decreto 7.508 de 2011, ao afirmar que a AB é uma das “portas de entrada” às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). No entanto, para que seus objetivos e funções possam ser efetivos e resolutivos no atendimento, faz-se necessário que as unidades disponham de capacidade estrutural, física, material e humana, de maneira a prestar atendimento integral ao usuário, mas articulando com outras esferas da RAS.

Apesar de todos os avanços proporcionados pelas legislações no que se refere à Atenção Básica, Fertoni et al. (2015) afirmam que vários estudos têm apontado as fragilidades da Política Nacional de Atenção Básica, comprovando que as ações do programa costumam predominar apenas no atendimento médico, tratamento e reabilitação de doenças e com deficiências no trabalho em equipe. Isso sugere que ocorrências de urgência e emergência não são vistas como demandas que podem ser atendidas nessas unidades, restringindo o acolhimento apenas às demandas rotineiras de uma unidade básica.

De um modo geral, a situação da Atenção Básica no Brasil ainda apresenta bastante dificuldades; se restringirmos apenas as regiões, o problema pode ser ampliado. Conforme observado em estudos realizados sobre a eficiência da AB, mesmo diante da transferência federal de modo equitativo para a Atenção Primária nas regiões Norte e Nordeste, ainda assim sua execução orçamentária é baixa, o que, juntando com a insuficiência de profissionais – sobretudo médicos para as regiões mais longínquas das capitais –, dificulta ainda mais a aplicação dos recursos (DAVID, et al., 2015). Ademais, “Outro elemento que os municípios alegam para justificar a baixa execução orçamentária da atenção primária é a transferência de valores excessivamente ‘carimbados’ pela União, isto é, de destinação muito fechada e nem sempre de acordo com a necessidade da realidade local” (DAVID, et al., 2015, p. 241).

Especificamente em Alagoas, houve uma expansão da AB por todo o estado, ampliando o campo de atuação da Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, mesmo diante do avanço na cobertura populacional, ainda é precário o número de equipes que compõe a ESF, necessitando de reforços não apenas na cobertura populacional, mas também nas ações de operacionalização fundamentais para prevenção e tratamento de enfermidades, já que se trata de ações que englobam a agenda de problemas prioritários da saúde pública que devem ser combatidos (SILVA, et al., 2015).

É notório que, diante do avanço da cobertura da Política Nacional da Atenção Básica, os dados coletados apontam que há ainda muitos desafios a serem superados como, por exemplo, as deficiências no atendimento e na cobertura populacional, aumentando o número de equipes.

No tocante à responsabilidade da AB, cumpre possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde com qualidade e resolutividade, acolhendo os usuários e utilizando de mecanismos que lhes assegurem a acessibilidade aos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Portanto, é orientada “[...] pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2011, p. 5). É desenvolvida mediante práticas de cuidado que enxergam o usuário como um ser integral. Para desenvolvimento de suas ações, são utilizadas tecnologias de cuidado complexas e variadas, bem como critérios de risco e vulnerabilidades para o devido atendimento (BRASIL, 2011).

Dentre as funções da AB, incluem-se criar ações e coordenar cuidados a partir da elaboração, acompanhamento e gestão dos projetos terapêuticos, assim como organizar o fluxo de atendimento para usuários do sistema. Além disso, tem-se a função de conhecer as necessidades de saúde da população, visando à construção de ações de saúde que contemplem tais necessidades (BRASIL, 2011).

Portanto, segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 é, ainda, função da AB:

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2011, p. 10).

Para alcance desses objetivos, a AB deve se estruturar e incorporar ferramentas e dispositivos para gestão de cuidados como: “[...] gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros.” (BRASIL, 2011, p. 13). Essas são práticas de regulação de serviços que devem ser articulados com os processos regulatórios desenvolvidos em outros espaços que compõem a Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Com relação à infraestrutura, recomenda-se que a AB deve ser construída conforme determinam as normas sanitárias e as recomendações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS BRASIL 2011. Assim, deve possuir: um consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da AB. Igualmente é preciso que haja uma área de recepção, sala de arquivos; sala de vacinas, farmácia; sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação. Também deve haver um banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe e cozinha.

É recomendado que as unidades de AB possuam seus próprios colegiados formados por seus gestores locais e de usuários, a fim de que seja facilitada a participação social. A supracitada norma ainda determina que tais unidades disponham de manutenção regular dos seus estoques de insumos, materiais e medicamentos para viabilizar os seus serviços. Além disso, deve possuir uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais, conforme a necessidade de saúde da população (BRASIL, 2011).

Dentro do escopo da Atenção Básica, surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo principal da AB, que, além de suas funções mais básicas, também deveria contemplar o atendimento às urgências, e não apenas garantir a assistência médica de rotina que consta no programa. Desse modo, considera-se a AB como “porta de entrada” para outros serviços da RAS como, por exemplo, atenção especializada, objetivando oferecer atendimento integral ao sujeito do cuidado (FARIAS, et al., 2015).

A ESF foi criada em 1994 inicialmente com o nome Programa Saúde da Família (PSF), como iniciativa do Ministério da Saúde para promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como recurso primário de procura do usuário para resolução de seus problemas de saúde.

O processo de construção e implantação da ESF foi resultado de diversas discussões promovidas entre os principais atores sociais interessados nesse debate, o que ocorreu ao longo de anos até alcançar um projeto que visasse contemplar as diversas necessidades da população de forma integral. A ESF foi considerada uma nova prática de saúde, com um novo entendimento sobre o cuidado nessa área. (SORATTO et al., 2015).

Segundo os autores, a ESF surge com uma nova concepção de tratamento de saúde, para o nosso sistema, pois

Essa nova proposta gera um resultado assistencial diferenciado ao incorporar um novo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O tratamento e a cura não são mais *o core* da assistência (SORATTO et al., 2015, p 589).

A ESF trouxe consigo uma proposta fundada em ações que visam à “[...] promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O tratamento e a cura não são mais o core da assistência.” (SORATTO; PIRES; DORNELLES; LORENZETTI, 2015, p 589).

O trabalho desenvolvido na ESF é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, técnicos, médicos etc. É um trabalho de caráter interdisciplinar, ao mesmo tempo que aponta para uma divisão de responsabilidades e associação de diferentes áreas profissionais. Com isso, o objetivo da ESF é proporcionar ao usuário do sistema de saúde a integralidade dos serviços, buscando oferecer melhor assistência e qualidade de vida ao usuário (SORATTO; PIRES; DORNELLES; LORENZETTI, 2015).

A ESF poderia ser vista como um espaço para atendimento de pequenas urgências e emergências, sobretudo porque tem uma proximidade da unidade junto à comunidade e uma relação do usuário com a equipe de saúde. Isso ajuda no atendimento, uma vez que a equipe tem conhecimento do histórico do paciente, contribuindo para um melhor atendimento e diagnóstico do problema. Contudo, vários fatores interferem para que esse trabalho seja inviabilizado como, por exemplo, a inexistência de infraestrutura material e física e capacitação profissional adequada (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).¹

2.2 Urgência e emergência na Atenção Básica e na ESF

Antes de discutir a condição da urgência e emergência na Atenção Básica e ESF, é preciso definir o conceito dessas categorias dentro da área da saúde. Segundo Giglio-Jacquemot (2005), existem critérios para justificar a existência de serviços especializados que possuem prioridade no atendimento, e o critério utilizado para discernir o urgente do emergente é o “risco de vida”, isto é, a ameaça à manutenção das funções vitais. Desse modo, “no caso de uma emergência, o risco de vida é ‘iminente’; no caso de uma urgência, o risco

existe, mas não é ‘iminente’; no caso dos problemas ditos ‘de rotina’, é inexistente.” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 18).

Contudo, a avaliação de um caso de urgência/emergência é bastante imprecisa, por isso há a necessidade de uma observação médica para diagnóstico, visando definir o quadro de saúde e verificar os sintomas, combinando com patologias existentes. Nesse contexto, sua definição não é padrão, mas deve ser verificada caso a caso (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

A urgência e a emergência não são definidas como estados, mas como processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo continuum, cujas extremidades opostas são, de um lado, a total ausência de risco de vida – que corresponde aos casos ditos ‘de rotina’ – e, do outro, a existência de um risco de vida máximo – que corresponde aos casos ditos ‘de emergência’. Entre os dois, em um lugar indefinido, intermediário, fica ‘a urgência’ e os casos assim considerados. A urgência aparece, desse modo, como uma questão de graus ou de níveis (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 18).

Dada a sua complexidade, é que foram publicados portarias e manuais pelo Ministérios da Saúde para regulamentar o atendimento a essas categorias no sistema de saúde brasileiro. A Portaria nº 1.600, publicada pelo Ministério da Saúde em 2011, surge com uma proposta de reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências. Entre as grandes inovações trazidas, pode-se mencionar a instituição das Redes de Atenção às Urgências e Emergências no SUS e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que têm grande importância no contexto atual, em que hospitais e prontos-socorros enfrentam o problema da superlotação.

Segundo o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, 2013:

O modelo Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 tinha se mostrado insuficiente e pouco efetivo para dar conta dos desafios sanitários atuais e é insustentável para o que se desenha para o futuro. Dados epidemiológicos em nosso País indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase nas violências e nos traumas, tornando-se a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis, com relevância no número de óbitos por infarto agudo de miocárdio e por acidente vascular cerebral, destacam-se como relevantes problemas de saúde, demandando uma nova conformação do sistema com ações que garantam um acompanhamento longitudinal dos usuários e de suas respectivas necessidades de saúde. O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos (BRASIL, 2013, p. 7-8)

A RUE no SUS é formada por seis componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências; Sala de

Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas; Componente da Atenção Hospitalar.

Dentro da RUE, a AB objetiva ampliar, fortalecer e se responsabilizar pelos primeiros atendimentos à urgência e emergência, oferecendo um ambiente adequado para possibilitar, em casos de necessidade, o encaminhamento dos pacientes para outras unidades. Entretanto, antes deverá fazer o devido acolhimento e avaliação de riscos com profissionais devidamente capacitados. Cumpre a AB algumas funções básicas, tais como: ser uma modalidade base para atenção; ser resolutiva ao identificar os riscos e vulnerabilidade, fazendo os encaminhamentos/transferências necessários; saber coordenar o cuidado na medida de saber articular com outras estruturas da rede de saúde e ordenar as redes, ou seja, reconhecer as necessidades da população que está sob a sua responsabilidade, trabalhando na prevenção de ocorrências de urgência (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 1.600 afirma que a AB se encontra incluída no âmbito da RUE com vistas a ampliar e fortalecer o atendimento das urgências e emergências. Além disso, aponta a responsabilidade da AB para realizar os primeiros cuidados e o devido encaminhamento às unidades específicas. Do mesmo modo, determina sua obrigação para acolher e avaliar riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Entre as várias responsabilidades da AB, segundo a Portaria GM/MS nº. 2.048/023, uma delas é realizar acolhimento de urgência e emergência de baixa gravidade, oferecendo ao usuário um primeiro atendimento de ocorrências que podem vir a se agravar. O objetivo é oferecer os primeiros atendimentos para evitar maiores danos até que o usuário seja encaminhado à rede hospitalar de urgência (BRASIL, 2002).

Apesar de ser regulamentada a responsabilidade da AB para atendimento de urgência e emergência, a Política Nacional de Atenção Básica (2012) e o Manual Instrutivo da RUE (2013) não trazem claramente definidos os parâmetros para realização desse tipo de atendimento. Isso significa que não são apresentados detalhes quanto às condições mínimas necessárias para acolhimento de urgências nessas unidades, tais como: mobiliário, materiais e insumos necessários para compor o ambiente de atendimento, bem como capacitação dos profissionais, juntamente com a educação permanente.

A responsabilidade da AB em relação às urgências também é contemplada na Portaria GM/MS nº. 1.863/034 que, em seu artigo terceiro, propõe que tais unidades sejam uma das portas de entrada para as urgências. Não estabelece, entretanto, de forma clara, as condições em que isso deve ocorrer. Há ainda outras portarias que também regulam a política nacional de Urgências, tais como Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que, no

tocante à Atenção Básica, reafirma a importância de explicitar o compromisso de cada uma das unidades que compõe a rede de atenção, contudo não especifica nada relevante em relação à atuação da AB e ESF.

Outras portarias que regulam a participação da AB e ESF, como a Portaria GM/MS nº 2.072, de 30 de outubro de 2003, consideram a responsabilidade desse modelo de saúde para garantir atendimento integral a situações de urgência e emergência. Nessa direção também se encontra a Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004.

Apenas o Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea da série de Cadernos de Atenção Básica (nº 28, vol. II) apresenta algumas instruções que podem ajudar o profissional da ESF em situações de urgência e emergência. É um material que traz consigo alguns exemplos de demanda espontânea que podem ser acolhidas nessas unidades, tratando também sobre classificação de riscos e identificação de vulnerabilidades (as quais são consideradas “queixas comuns” vistas na AB), além de instruir a equipe sobre como se organizar para esse tipo de atendimento.

O Caderno nº 28 (2013) é uma publicação do Ministério da Saúde, formada por dois volumes (I e II), que apresenta orientação básica sobre acolhimento da demanda espontânea na AB e abrange os principais aspectos que envolvem sua rotina. De acordo com Brasil (2013), a Atenção Básica lida com diversos tipos de situações cotidianamente, com as quais as equipes de saúde precisam saber lidar, já que se reconhece que, para acolhimento, deve considerar cada situação de modo contextualizado, respeitando as dimensões orgânicas, subjetivas e social do processo de cuidados.

Contudo, é importante que o profissional da saúde tenha em mãos materiais que auxiliem no atendimento de urgência e emergência, posto que se trata de uma demanda que pode ser acolhida por qualquer unidade da RAS. No entanto, para prestar o atendimento necessário, conforme sua extensão, é importante que os recursos materiais e humanos sejam adequados. Do mesmo modo, é importante que as unidades saibam se organizar conforme sua capacidade e fluxos de atendimento (MELO; SILVA, 2011). Igualmente é importante que os profissionais de saúde, diante de casos de urgência e emergência, principalmente na AB, estejam devidamente capacitados para atender a essas demandas de maneira eficaz e resolutiva (MELO; SILVA, 2011).

Além disso, para atendimento em situação de emergência na AB, os usuários necessitam passar por etapas, as quais começam no acolhimento, passam pela avaliação e seguem até a realização de tratamento adequado. Vale destacar que os primeiros cuidados devem ser logo na recepção do paciente. Para tanto, a equipe de saúde deve estar devidamente

preparada e organizada para que o atendimento ocorra de maneira resolutiva (MELO; SILVA, 2011).

Desse modo, mesmo que as políticas de atendimento à urgência e emergência tenham avançado bastante, inserindo a ESF na rede de assistência, ainda assim as normas que regulam esse tipo de atendimento merecem passar por uma revisão, uma vez que, conforme discutido anteriormente, apresentam várias lacunas no que se refere à execução desse atendimento nas unidades básicas de saúde. Além disso, o papel da AB em relação a esse tipo de ocorrência não está claro para contribuir com a diminuição da superlotação nas unidades hospitalares (LUMER; RODRIGUES, 2011).

2.3 Atuação do enfermeiro na Atenção Básica

No art. 196 da Constituição Federal, afirma-se que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, possibilitando acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL,1988). Nesse contexto, a Constituição, juntamente com a criação do SUS, trouxe importantes modificações para a assistência em saúde no Brasil e, conseqüentemente, para os profissionais que atuam nesse sistema. Além disso, houve um crescimento do mercado de trabalho em saúde, visto que essas modificações trouxeram mudanças tecnológicas, políticas, organizacionais e instrucionais consideráveis que beneficiaram as dimensões ocupacionais do setor saúde (MATSUMOTO, 2010).

Desse modo, as competências atualmente exigidas para atuar no campo da enfermagem implicam também a forma como o profissional enfrentará determinada situação na realidade do seu trabalho. Essas novas diretrizes servem não apenas para o enfermeiro, mas também para profissionais de saúde em geral, visto que objetivam melhorias no cuidado para com o paciente e exigem que o profissional se aproxime da população com a qual trabalha, visando criar um ambiente mais democrático no cuidado (SANTOS, et. al., 2016).

A Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986, dispõe acerca da regulamentação da Enfermagem, determinando que lhe cabem as funções de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência à saúde, bem como cuidados com pacientes em estado grave e aqueles que exigem maior complexidade técnica e conhecimentos científicos apropriados. Além dessas, há outras funções como consultoria, auditoria e emissão de parecer e consultas.

De acordo com a Resolução da Cofen nº 564/2017, a enfermagem pode ser caracterizada como uma ciência, mas também uma prática social altamente importante para a organização; funcionamento; assistência; promoção e prevenção à saúde em qualquer nível de complexidade. Portanto, o alívio do sofrimento e cuidado à pessoa, à família e à coletividade são responsabilidade deste profissional.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, também regula as atribuições do enfermeiro neste nível de assistência, as quais são:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011, p. 13)

Portanto, o enfermeiro da AB tem uma grande responsabilidade de manter a qualidade da assistência, atuando em diversas dimensões, desenvolvendo atividades de intervenção, as quais visam prevenir a população contra fatores de riscos a que se encontra exposta.

É uma atividade de corresponsabilidade com a população, uma vez que estimula a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviço de saúde, atuando de forma intersetorial, através de parceria estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais (BRASIL/DAB, 2006).

O papel do enfermeiro na Atenção Básica é bastante diferenciado nos demais níveis de saúde, uma vez que sua função pode ir além da simples assistência à saúde, desempenhando um papel gerencial dentro da unidade. O enfermeiro, em 80% das UBS, sobretudo em municípios de pequeno porte, ocupa função de gerente dessas unidades, atuando em duas dimensões que compreende os processos de trabalho da enfermagem, que são as esferas assistencial e gerencial (LANZONI et al., 2015). No primeiro caso, está relacionado ao cuidado e assistência e, no segundo, diz respeito à organização dos processos de trabalho e coordenação de recursos humanos, visando criar condições adequadas para atendimento tanto de rotina quanto das urgências e emergências (LANZONI et al., 2015).

A Enfermagem é uma profissão central no sistema de saúde na qual o profissional tem não apenas a responsabilidade técnica de prestar assistência de qualidade livre de riscos e imperícias, mas também social com os usuários. (COFEN/2000). Deve compreender o indivíduo não apenas como um doente, mas sim como um ser complexo que pode conduzir por si mesmo sua terapêutica e o autocuidado. O enfermeiro deve se distanciar do olhar puramente tecnicista e biomédico, englobando o aspecto humano social do cuidado com a saúde (LANZONI et al., 2015).

Reconhece-se que diversos desses atributos que um profissional da enfermagem deve possuir não são obtidos na graduação, mas sim ao longo da sua experiência cotidianamente, trabalhando com senso de justiça, de modo a atuar com ética e respeito e aplicar as competências profissionais que lhe são necessárias para desenvolver um trabalho de qualidade (LANZONI et al., 2015).

Do mesmo modo ocorre em relação às urgências e emergências, conforme se encontra regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN a partir da Resolução nº 375/2011. No referido documento legal, dispõe-se sobre a importância da presença do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de riscos conhecido ou desconhecido. Nesse contexto, sabe-se que as situações de urgência e emergência são complexas e imprevisíveis, exigindo dos profissionais alto nível de conhecimento para a devida intervenção. Portanto, destacam-se conhecimento e habilidades técnicas que somente profissionais devidamente qualificados podem realizar (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016).

A Resolução nº 375/2011, conforme dita o Capítulo I, arts. 13 e 14, traz que é responsabilidade do enfermeiro estar apto a desempenhar encargos e atribuições de forma segura, isto é, competências técnicas, científicas, ética e legais para assegurar assistência de qualidade. Para tanto, é importante que o profissional possa sempre estar aprimorando seus conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, tendo em vista beneficiar o indivíduo e a coletividade.

O enfermeiro deve ser agente promovedor e defensor de saúde para todos. Por isso, o afastamento entre a formação acadêmica e a atuação profissional na prática é uma situação que deve ser estudada com intuito de conhecer os verdadeiros motivos dessa dicotomia. Essas informações serão importantes para ajudar a enfermagem a construir planos de mudança capazes de beneficiar a classe profissional, bem como os usuários do serviço.

Conforme determinado pela Política Nacional de Atenção Básica, o enfermeiro possui como uma das atribuições específicas a realização de atividades de atenção à demanda

espontânea. Porém, na prática diária, aparecem muitos obstáculos que impedem a concretização desses objetivos, os quais estão relacionados à organização, à infraestrutura física e à capacitação profissional adequada e merecem ser discutidos e analisados.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para este trabalho, foi utilizada a perspectiva crítica de Paulo Freire. Tal perspectiva, originada no campo das questões, notadamente vinculadas ao tema da educação, tem a transformação social e a politização do sujeito como elementos centrais e aborda as relações de poder, as disparidades sociais e seus reflexos na vida cotidiana e na sociedade. Pode ser utilizada tanto para compreensão de questões que envolvem o campo educacional formal como não-formal, bem como a prática profissional. Nesse sentido, para essa pesquisa, alguns pressupostos freirianos serão utilizados para embasar reflexões acerca da atuação das enfermeiras no atendimento de urgência e emergência para Atenção Básica.

Miranda e Barroso (2004) afirmam que a prática assistencial da enfermagem pode ser mediatizada por ideias freirianas na medida em que contribuem para o profissional perceber sua atividade de forma mais crítica, criativa e consciente do papel social que sua profissão deve exercer na sociedade. Nesse sentido, o pensamento de Paulo Freire é uma perspectiva teórica que compreende a sociedade como construção resultante das relações de dominação de uma classe sobre a outra. Isso corresponde à classe dominada, composta pela maioria da população que, na maior parte das vezes, encontra-se alienada da sua realidade social.

O pensamento crítico Freiriano não é um simples instrumento para compreensão da realidade; trata-se de um arcabouço teórico bastante rico e complexo, que contempla os aspectos humano, político e cultural da realidade na qual os indivíduos encontram-se imersos. A relação teoria-prática é um elemento fundamental dessa realidade para o profissional (RIBEIRO, 2016), que pode intervir e, com ela, comprometer-se. No entanto, compreender e intervir na realidade não é o bastante se não houver intenção e comprometimento com sua transformação.

Freire, consciente das origens da opressão social, sempre esteve comprometido com a transformação da realidade, assumindo essa realidade como um espaço que deve ser socialmente e historicamente apreendido. A compreensão e a transformação de tal realidade passam por dois conceitos importantes do Pensamento Freiriano: problematização e conscientização (ROZENDO et al., 2016).

Para Paulo Freire, um dos graves problemas da nossa sociedade era a não participação dos brasileiros nas discussões políticas que envolviam seus interesses. Segundo o autor, isso era resultado de um processo histórico em que as estruturas socioculturais sempre estiveram dominadas por uma classe social conservadora e elitista, que impedia a participação das populações mais pobres nas decisões políticas (SCOCUGLIA, 2018).

Em *A Pedagogia do Oprimido* (1987), Paulo Freire afirma que os “oprimidos” não são sujeitos ativos que podem intervir em sua realidade para transformá-la, porque não compreendem sua condição social de modo a promover mudanças políticas profundas. Segundo Fortuna (2015), para Freire essas pessoas encontram-se submersas e limitadas pelas contradições sociais, as quais somente podem ser superadas a partir do momento em que eles sejam capazes de refletir sobre a realidade, identificando seus problemas. Na concepção Freiriana, o homem é um agente transformador, que pode interferir na sua realidade, buscando melhores condições de existência.

É neste sentido que, para Freire (1980), o sujeito que ocupa uma determinada função na sociedade deve procurar desempenhar seu papel não de forma tecnicista e burocrática, mas com compromisso social, pois será através do seu trabalho, dos seus saberes e conhecimentos que poderá intervir na realidade, transformando-a e se transformando ao mesmo tempo. Para Freire, uma pessoa, sujeito social, deve ter consciência dos problemas de sua comunidade e procurar alternativas de mudanças.

O autor defende que um profissional deve estar comprometido com a mudança na sua sociedade.

Somente um ser que é capaz de sair do seu contexto, de “distanciar-se” dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, de tudo isso, de comprometer-se (FREIRE, 1980, p. 80).

Na Enfermagem, o pensamento de Paulo Freire pode ser utilizado para defender a articulação entre saberes, conhecimentos, vivências, comunidade, escola e a realidade social em que os sujeitos se encontram inseridos (MIRANDA; BARROSO, 2004). Portanto, é uma articulação que apresenta uma proposta fundada nas práxis:

A articulação proposta por Freire representa a interdisciplinaridade, hoje tão comentada nas ciências, em geral na educação e na saúde em particular. Propõe a possibilidade de uma pedagogia fundamentada nas práxis, inserida numa política de esperança, de luta revolucionária, de amor e de fé no ser humano (MIRANDA; BARROSO, 2004, p. 632).

Uma contribuição importante do pensamento freiriano para a Enfermagem é oferecer elementos teóricos que façam o profissional compreender que suas ações têm impacto na realidade; que tem o poder de intervir na realidade, participando da vida das pessoas, usuários dos serviços de saúde, de maneira positiva, resoluta e efetiva. Desse modo, pode contribuir para que o usuário desenvolva habilidades para o cuidado consigo mesmo, ou seja, “capacitando-o para trilhar o seu caminho, romper com relações de dominação excludentes

presentes na sociedade, fazendo-o conquistar cenários próprios de cidadania, chegando a emancipá-lo do cuidado.” (CHAGAS, et al., 2009, p. 36).

O pensamento freiriano, no campo da saúde, favorece a ruptura com as concepções tradicionais de caráter técnico-assistencial das práticas profissionais, sobretudo as de ensino, as quais se caracterizam pela transmissão de conhecimentos e pela verticalidade das relações entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços de saúde.

Portanto, a partir dessa concepção, a dimensão do cuidado, no campo da saúde, passa a ser embasada pela perspectiva libertadora, segundo a qual toda ação deve ser pautada pela reflexão sobre o sujeito social inserido no meio em que vive, em uma realidade concreta e com necessidades próprias (CHAGAS, et al., 2009).

O arcabouço teórico do pensamento de Paulo Freire apresenta um vasto conjunto de conceitos para a compreensão e a explicação da realidade. Neste trabalho, serão utilizados problematização, conscientização, diálogo e práxis para embasar a discussão e estabelecer diálogo com os achados do estudo.

A problematização é um ato cognoscente que leva o sujeito a refletir criticamente sobre questões que dizem respeito à sua realidade cotidiana, rompendo com conceitos pré-estabelecidos, mitos e tabus. Contudo, no pensamento freiriano, a problematização não pode ser vista como uma ação isolada, mas deve estar alinhada a uma ação transformadora, portanto, inseparável da ação concreta (MIRANDA; BARROSO, 2004). A problematização deve surgir da prática vivenciada cotidianamente, visando produzir conhecimentos e cultura em um determinado contexto social e histórico.

Através da problematização, o profissional é levado a questionar paradigmas e a produzir novos conhecimento e cultura. É também um importante instrumento para superação de relações opressivas, manipuladoras e alienantes.

Se as massas populares dominadas, [...] se acham incapazes, num certo momento histórico, de atender a sua vocação de ser sujeito, será, pela problematização de sua própria opressão, que implica sempre numa forma qualquer de ação, que elas poderão fazê-lo (FREIRE, 1987, p. 83)

Portanto, a problematização faz o sujeito social pensar, refletir e questionar sua realidade no seu campo de atuação. Para Miranda e Barroso (2004), à medida que o homem realiza uma reflexão sobre as condições de existência em que se encontra e consegue responder aos desafios que ela lhe impõe, cria um saber sobre isso.

Por sua vez, a conscientização, na concepção freiriana, é a tomada de consciência da realidade, da situação de opressão e de alienação que o sujeito vive (MIRANDA; BARROSO,

2004). Para Freire (1987, p. 58). Neste sentido, é que toda investigação temática de caráter conscientizador se faz pedagógica e toda autêntica educação se faz investigação de pensar”.

Para Freire (1987), a conscientização não deve se deter apenas ao reconhecimento da situação opressora, posto que sua função principal é preparar o sujeito para a ação, para a superação de obstáculos em busca de sua humanização.

O diálogo, por sua vez, aparece como “exigência existencial”, em que ocorre o encontro entre dois sujeitos envolvidos em um processo em que o agir e o refletir são compartilhados (FREIRE, 1987). Nesse sentido, Freire condena a relação entre sujeitos em que um pensa ser o “dono” do conhecimento, sem considerar as vivências, experiências, conhecimentos que os outros trazem de sua realidade (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Contudo, o diálogo na concepção Freiriana não pode ser entendido como ação de um que “deposita” no outro seu conhecimento, tampouco a “simples troca de ideias a serem consumidas.”, “Não é também discussão guerreira, polêmica, entre sujeitos que não aspiram a comprometer-se com a pronúncia do mundo, nem com buscar a verdade, mas com impor a sua” (FREIRE, 1987, p. 45). Portanto, o diálogo não pode ser um instrumento usado para conquistar o outro, mas sim para o ato de construção.

Segundo Fortuna (2015), no pensamento freiriano a transformação da realidade é possível pela condição dialógica do homem. Através do diálogo, pode-se possibilitar a ação e a reflexão. Em um ambiente em que há relação dialógica entre os sujeitos envolvidos, há capacidade de compreensão e intervenção no mundo. O diálogo, portanto, opera na perspectiva da construção do conhecimento e da formação da cidadania, constituindo-se como caminho delineador da *práxis*.

A *práxis* é um conceito fundamental para a discussão e a existência de uma conjuntura libertadora. Diz-se de uma condição ontológica do ser humano e remete à ideia de reflexão e ação juntas para a transformação da realidade (FREIRE, 1987). É através dela que o ato da criação acontece e define o ser humano enquanto tal, distanciando-se dos animais, que não têm *práxis*, já que eles não refletem, não inventam, não criam, apenas vivem de seu “suporte particular” (p. 70) dado pela natureza, no qual não há possibilidade de mudança. Mas os homens são seres que têm o poder de criar, inventar e refletir, o que, para Freire (1987), é *práxis*, homem.

Neste sentido, é que a *práxis* se constitui a razão nova da consciência oprimida e que a revolução, que inaugura o momento histórico desta razão, não pode encontrar viabilidade fora dos níveis de consciência oprimida. A não ser assim, a razão é puro ativismo. (FREIRE, 1987, p.18).

Na *práxis*, ação, reflexão e criação se associam e se relacionam intrinsecamente para a transformação da realidade. Nesse sentido, o ser humano deve aprender a não se apropriar apenas de conhecimentos, mas também a criar possibilidades para a produção e a construção deles (MIRANDA; BARROSO, 2004). Isso é possível quando, em diálogo permanente com o outro, o ser humano se abre a questionamentos, busca conhecer e problematizar a realidade, suas necessidades e desafios e constrói alternativas que levem à transformação dessa realidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Esta abordagem prioriza “os sentidos, significados crenças, valores” (MINAYO, 2013, p. 22) atribuídos pelos sujeitos em seu contexto social. Além disso, busca analisar determinado fenômeno social, procurando entender um lado que as pesquisas quantitativas, por seu objetivismo, não conseguem alcançar (MINAYO, 2013).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013, p. 22)

A pesquisa exploratória visa proporcionar uma adequada abrangência do problema de pesquisa, envolvendo, geralmente, as etapas de levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que vivenciaram o fenômeno e a análise aprofundada do conteúdo (GIL, 2010). Nesse sentido, o estudo visa a conhecer e explorar a atuação do enfermeiro para atuar nos casos de urgência e emergência na Atenção Básica a partir da percepção deste profissional.

4.2 Cenário

O estudo foi realizado no município de Maceió, Alagoas, junto a equipes de saúde da família. Maceió, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), possui uma densidade demográfica de 1.854, 10 hab./km² e uma área territorial total de 509,320 km², a qual se encontra dividida em 51 bairros. É também considerado o município mais populoso do Estado com cerca de 1.018.948 de habitantes (IBGE, 2010).

Os 51 bairros que compõe o município encontram-se subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), cujos serviços de saúde na Atenção Básica são organizados em 36 unidades e 86 equipes de saúde da família, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Cobertura de Atenção Básica do município de Maceió segundo Distrito Sanitário 2017

DISTRITO	UNIDADE DE SAÚDE	EQUIPES
I	1	2
II	4	10
III	4	11
IV	4	9
V	4	13
VI	6	14
VII	7	20
VIII	6	7
TOTAL	36	86

Fonte: Coordenação de Análise da Situação de Saúde de Maceió. Dados processados em: 19/10/2017.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS) levantados até 2017, apenas 458.700 mil da população é assistida pela AB, o que corresponde a 45,24 % do total de cobertura. Portanto, a maioria da população (555.232 mil habitantes) não tem acesso aos serviços de Atenção Primária (SMS/ MACEIÓ, 2017).

4.3 Participantes da pesquisa

Nesta pesquisa, participaram 16 enfermeiras vinculadas à ESF de Maceió. Inicialmente, foram entrevistadas 8 enfermeiras, uma de cada distrito. Ao final dessa primeira fase da coleta, percebeu-se que ainda não havia dados suficientes e por isso procedeu-se nova rodada de entrevistas seguindo a mesma lógica anterior, uma enfermeira de cada distrito. Após saturação dos dados a coleta foi encerrada.

O contato com as participantes ocorreu após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), quando foi solicitado apoio da SMS de Maceió para fornecimento da relação nominal das enfermeiras da ESF com os contatos (telefone e endereço do distrito), a fim de que a pesquisadora pudesse convidá-las a participar da pesquisa.

A partir dessa relação, as enfermeiras foram contatadas por telefone e rede social (*WhatsApp*) e convidadas para participarem do estudo. O agendamento das entrevistas foi feito à medida que os convites eram aceitos.

O critério de inclusão para participar da pesquisa foi ser enfermeiro/a vinculado/a à Estratégia de Saúde da Família da cidade de Maceió com, no mínimo, um ano de atuação na

estratégia. Já o critério de exclusão era ser enfermeiro/a vinculado/a à ESF afastado/a por qualquer motivo durante o período da coleta dos dados.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se um formulário (APÊNDICE A) composto por duas partes. A primeira contendo dados de caracterização das participantes e a segunda contendo questões disparadoras que ajudaram a guiar as entrevistas, as quais foram gravadas em aparelho celular (Iphone).

As entrevistas foram realizadas no mês de setembro de 2018 em dias e horários mais convenientes às participantes. Elas foram gravadas totalizando aproximadamente 5 horas e 25 minutos, sendo a de menor duração igual a 10 minutos e 3 segundos; e a de maior duração igual a 46 minutos e 23 segundos. As transcrições foram realizadas na íntegra à medida que as entrevistas foram ocorrendo.

As participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e foram de antemão esclarecidas acerca dos objetivos, da relevância e dos procedimentos metodológicos do estudo. Todas as dúvidas pertinentes a sua participação na pesquisa foram esclarecidas. Igualmente foram informadas sobre o sigilo das informações prestadas e que poderiam desistir a qualquer momento, sem acarretar algum tipo de prejuízo. Assim, após leitura e esclarecimentos sobre o TCLE, as participantes foram convidadas a assiná-lo, sendo entregue uma cópia do Termo a cada uma, devidamente assinado pela entrevistada e pela pesquisadora.

4.5 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática. A Análise Temática consiste em identificar os núcleos de sentido, que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2013).

Análise de Conteúdo, segundo Minayo (2013), desdobra-se nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos. A primeira fase consiste na organização do material, isto é, após realizadas as entrevistas, foi então analisado todo o material a fim de que pudesse definir as categorias que irão ser tratadas. Já a segunda fase consistiu na aplicação do que foi realizado na etapa anterior, de onde foram

retirados trechos importantes das falas das entrevistadas. A terceira é o tratamento dos dados, isto é, a interpretação do conteúdo selecionado com a intenção de buscar entender os pontos de vistas das entrevistas, apresentando seus resultados e discussões.

Visando o anonimato dos participantes da pesquisa, foram utilizadas nos depoimentos as letras “E” maiúscula, representando Entrevistada, acrescido pelo numeral correspondente a sua ordem de participação no estudo. Desse modo, temos a E1, E2 e assim sucessivamente.

A análise gerou 2 (dois) temas e 5 (cinco) subtemas, sendo ancorada na literatura produzida na área e no pensamento de Paulo Freire, em especial nos conceitos de práxis, relação teoria-prática, diálogo e conscientização.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos da pesquisa foram atendidos conforme a define a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL,2012). O projeto foi submetido ao CEP da UFAL, através da Plataforma Brasil, em 05/12/17, sendo aprovado em 20/06/18, sob nº CAAE: 86108417.0.0000.5013.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com 16 participantes, todas mulheres, com idades entre 35 e 60 anos e tempo de trabalho na Enfermagem entre 15 e 35 anos. Com relação ao tempo de serviço na Atenção Básica, 5% afirmaram que atuavam entre 15 e 20 anos; 53% entre 21 e 25 anos; 31% entre 26 e 30 anos e 11% entre 31 e 35 anos.

No tocante à formação das entrevistadas, todas afirmaram ter sido graduadas em instituição pública, 72% possuíam especialização, 12% possuíam Mestrado em Enfermagem ou Ensino da Saúde e as demais (16%) afirmaram não possuir nenhuma pós-graduação. Quanto à capacitação em urgência e emergência, 56,25% relataram que não possuíam e 43,75% afirmaram que se capacitaram na área, porém foi um conhecimento adquirido por conta própria, ou fornecido por outro vínculo de trabalho não interligado com a ESF.

Portanto, são profissionais devidamente preparados para atuar na Atenção Primária, possuindo um longo período de atuação na área como enfermeiras, bem como uma larga experiência na AB, tendo conhecimentos sobre a realidade cotidiana dessas unidades.

A análise dos dados obtidos por intermédio das entrevistas gerou 3 temas e 5 subtemas, apresentados no quadro a seguir e discutidos na sequência:

Quadro 2- Temas e subtemas sobre a percepção dos enfermeiros quanto a sua formação para atuar nos casos de urgência e emergência

TEMA	SUBTEMAS
(Des)preparo para atuar na urgência e emergência na ESF	1) A graduação deixou a desejar; 2) Aprendendo urgência e emergência no dia a dia; 3) Necessidade de educação permanente.
Condições da ESF para atender casos de urgência e emergência	1) Educação permanente é importante, mas insuficiente: a infraestrutura em pauta; 2) Organização dos serviços para atender casos de urgência e emergência.

Fonte: Autora. Dados da pesquisa, 2019.

5.1 Tema 1: (Des)preparo para atuar na urgência e emergência na ESF

Neste tema serão tratadas questões referentes à formação das entrevistadas para atuar em urgência e emergência na Atenção Básica no âmbito da graduação, apontando como elas buscam responder às demandas de atenção relacionadas ao tema, bem como suas necessidades de aprendizagem.

5.1.1 Subtema 1 - A graduação deixou a desejar

As enfermeiras entrevistadas apontaram que o tema urgência e emergência na AB não foi enfatizado no âmbito da graduação, não sendo objeto de aprendizagem específica. A inexistência de tal ênfase e especificidade, para as participantes do estudo, foi evidenciada pela não oferta de disciplina voltada para a urgência e emergência. Para elas, a graduação deixou lacunas, tanto teóricas quanto práticas, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

Na época que eu fiz eles não enfatizavam muito. Na época que fiz minha graduação foi mais focada a nível de saúde pública, mas a parte de urgência e emergência não (...). Mas a parte de urgência e emergência ficou a desejar na época (E1).

Só que eu acho que ainda deixa a desejar a formação, porque, quando você está na Atenção Básica, você pode se deparar com esses casos de urgência e emergência. Ou seja, na formação deveria ter uma articulação entre teoria e prática. Você está na Atenção Básica, mas lembrar que também pode surgir casos de urgência e emergência. Entendeu? E a gente não dava muita ênfase na graduação. Eu acho que ainda deixa a desejar (E10).

[...] assim, com relação à graduação, ficou muito a desejar em relação à urgência e emergência. [...] não teve urgência e emergência tanto na disciplina quanto na prática. A gente vê mais essa questão de urgência e emergência na Atenção Básica na prática do trabalho, mas do ensino não. Na graduação ficou a desejar [...]. (E12)

Os conteúdos de urgência e emergência foram relacionados ao ambiente e práticas hospitalares e, ainda, por meio da disciplina de primeiros socorros. A abordagem do tema se deu na prática hospitalar ao longo do curso, como podemos perceber:

A parte de urgência e emergência ficou para quando a gente foi trabalhar a parte hospitalar. Na Atenção Básica não. (E12).

Urgência e emergência para atuar na Atenção Básica não. Pela graduação a gente teve experiência em hospital de urgência e emergência no hospital do Estado. (E15) Porque na graduação a gente tem a disciplina de primeiros socorros. No período que fiz a graduação era esse o nome: “Enfermagem de Primeiros Socorros”. Em relação ao paciente sendo atendido na referência hospitalar, mas não direcionada à Atenção Básica. (E15).

Para uma das entrevistadas, é importante o conhecimento sobre o tema, cuja ausência pode trazer consequências para seu desenvolvimento profissional e para responder às necessidades da população.

Preparo na graduação não teve não. É uma coisa que realmente é necessária, porque, se a pessoa não tiver recursos para fazer particular, não sai com esse preparo. Então, muitas vezes, você perde até muitas oportunidades, tanto de trabalho como para atender a população por falta dessa experiência (E8).

As respostas sugerem que a falta de contato com conhecimentos relacionados à urgência e emergência exclusivamente para a Atenção Básica durante a graduação, tanto no campo prático quanto teórico, dificulta encontrar a solução de problemas que surgem no cotidiano dessas unidades. Conforme demonstrado nos depoimentos, muitos desses conhecimentos foram voltados apenas para a prática hospitalar. É importante pontuar que é fundamental o devido preparo dos profissionais da AB para lidar com os problemas e as situações de urgência e emergência em seu cotidiano de trabalho.

A Portaria nº 2048, de 5 de novembro 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, reconhece que “os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências” e que “é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação”. Para tanto, recomenda a criação dos Núcleos de Educação em Urgências, os quais “devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS [...] (BRASIL, 2002).

Torres e Santana (2011) afirmam que enfermeiros da AB apontaram que cerca de 28,8% dos enfermeiros não sabiam reconhecer os sintomas e agravos à saúde em situação emergencial, obrigando a solicitar a participação dos colegas com melhor conhecimento para conseguir realizar atendimento. Segundo os autores, a maioria não se sentia preparada para lidar com ocorrências de urgência e emergência, não detinha conhecimentos teórico-práticos, tampouco tinha o suporte para esses atendimentos (QUEVEDO et al., 2019).

Sobre a percepção de profissionais da ESF acerca do atendimento de urgência e emergência, o estudo de Oliveira et al. (2016), realizado entre profissionais da saúde em unidade de ESF, apontou que muitos enfermeiros demonstraram que não compreendem por que a Atenção Básica deve atender a esse tipo de demanda. Também demonstraram preocupação com a sobrecarga de ações dentro da unidade, afirmando que, além de atuarem no atendimento de demandas de rotina, também teriam que dar suporte às demandas de urgência e emergência. Para estes profissionais, essa situação faz com que a Atenção Básica perca sua “essência”, pois “A Atenção Primária representa ações de promoção, prevenção,

diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, individual e coletiva.” (OLIVEIRA, et al., 2016, p. 1400).

Assim, os profissionais da AB tendem a evitar o atendimento de tais ocorrências, encaminhando para os hospitais, UPA ou unidades de emergência por não estarem qualificados para essa responsabilidade (OLIVEIRA, et al., 2016).

Para Oliveira et al. (2016), a capacidade resolutiva dos serviços de urgência e emergência está diretamente ligada à qualificação dos profissionais para conseguir avaliar os casos e realizar as abordagens e condutas necessárias. Com relação à formação dos enfermeiros em urgência e emergência na Atenção Básica, uma dificuldade apontada foi que muitos profissionais desconhecem as propostas da Política Nacional às Urgências, o que pode levar esses profissionais a evitarem atender usuários em situação de urgência e emergência ou orientá-los a procurar as unidades de referências (OLIVEIRA, et al., 2016).

Morais Filho et al. (2016) afirmam que a proposta de organização do sistema de saúde pública em relação à atenção às urgências e emergências, mesmo diante de avanços, não tem contemplado a formação dos profissionais que atuam na AB. As novas políticas de saúde recomendam que a população em situação de urgência deve ser atendida em qualquer nível de atenção por profissionais devidamente qualificados, de acordo com as suas possibilidades de atendimento e nível de complexidade.

Os profissionais de saúde, além da necessidade de estarem devidamente capacitados para o atendimento resolutivo das situações de urgência e emergência, necessitam ter em mente que a AB também pode servir como “porta de entrada” para usuários em situação de gravidade, isto é, oferecer os primeiros atendimentos, e os usuários serem encaminhados para unidades de maior porte (HERMIDA et al., 2016).

O conhecimento das políticas relativas ao tema, o manejo dos casos a serem atendidos na AB e os procedimentos de encaminhamento dos casos de maior gravidade são importantes para qualificar o atendimento dos usuários na AB. Nesse sentido, a preparação formal no âmbito da graduação em enfermagem para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades relativas ao atendimento de casos de urgência e emergência nesse nível de atenção é importante. Assim, é fundamental que os órgãos formadores reflitam, discutam e incorporem conteúdos de urgência e emergência na AB nos currículos de graduação em enfermagem.

No entanto, entende-se que uma formação que contemple a urgência e emergência dentro da AB aponta para um processo de ensino-aprendizagem organizado o suficiente para que os educandos tenham acesso a esses conhecimentos não somente de forma teórica, mas também prática, oportunizando-lhes vivências, experiências e oportunidades para que possam

atuar nesse nível com eficiência e resolutividade. Sobre esse assunto, Freire (1987) afirma o quanto é importante inserir os discentes na realidade social para que possam desenvolver uma consciência crítica e buscar a transformação a partir de sua atuação no mundo.

Para Freire (1987), uma formação que siga a lógica do pensamento “bancário” – uma educação que vê o aluno apenas como “depósito” de conteúdo – não proporciona a reflexão e a crítica ao discente, o que, conseqüentemente, não promove a conscientização sobre sua realidade. Relacionando com a Enfermagem, compreende-se que uma formação para AB que somente visa dar conta de ações de prevenção, tratamento e diagnóstico de doenças, não forma profissionais para lidar com os desafios diários como situações de urgência e emergência, isto é, deve ser uma formação com arcabouço teórico-prático forte o suficiente para também atender as diversas demandas que surgem no cotidiano de uma AB.

Talvez uma possível sugestão para superação desses problemas poderia ser uma reorganização do processo de ensino-aprendizagem que contemple os desafios diários como situações de urgência e emergência, com uma base teórica robusta que vise contemplar as demandas do cotidiano enfrentadas por esses profissionais.

5.1.2 Subtema 2 – aprendendo urgência e emergência no dia a dia

Em relação à preparação para atuar em situações de urgência e emergência no cotidiano do trabalho, os participantes do estudo afirmaram que vão aprendendo ou se aprimorando na prática cotidiana, a partir das demandas que vão surgindo.

[...], vai se aperfeiçoando em seu dia a dia, com cada caso, como acontece com qualquer outro programa, seja pré-natal, seja o que for. É o dia a dia que vai nos ensinando mesmo associar a teoria. Assim, dá para você fazer esse atendimento (E4).

Na prática mesmo da profissão. ...a gente vai resolver aqui mesmo ou vai redirecionar. (...) com procedimentos que a gente puder resolver aqui, a gente resolve. Quando a gente vê que não dá mais, a gente encaminha. (...) A gente vai pela prática mesmo. Do dia a dia (E12).

É como lhe disse: a gente vai na prática do dia a dia e cria uma dinâmica. A dinâmica que eu falo exatamente é o preparo (E14).

Para fazer um atendimento específico não; o que a gente faz é o que a gente aprende no dia a dia e o que temos contato e, principalmente, com o que a gente tem dentro da unidade que para atendimento de emergência não existe nada (E3).

Conforme visto anteriormente, o atendimento a situações de urgência e emergência exige do profissional certas habilidades e conhecimentos específicos. Os depoimentos acima

indicam que, embora não tenha havido aquisição desses conhecimentos e habilidades de maneira formal, as participantes afirmaram que seu aprendizado aconteceu no “fazer cotidiano” em seu campo de trabalho.

Santos e Lima (2011) afirmam que, para falar sobre a atuação do enfermeiro em situações de urgência e emergência, faz-se necessário lembrar que esse trabalho deve possuir uma dinamicidade e um protocolo de atendimento. Nesse sentido, a apropriação desses procedimentos não pode ocorrer na prática cotidiana entre um e outro atendimento, como se fosse um “improviso”. É um trabalho que deve ter um controle de quantidade e qualidade, portanto, não podem ser realizados sem organização prévia e mínimo planejamento.

Segundo Rocha et al. (2009), é comum que os enfermeiros da ESF não saibam identificar as informações necessárias para encaminhar o usuário a outro nível de complexidade. De acordo com os autores, sem esse conhecimento, o profissional passa a adotar critérios próprios para identificação e encaminhamento das urgências. Essa “adoção de critérios próprios” é ancorada na experiência cotidiana, sem um direcionamento baseado em critérios técnicos, o que pode trazer implicações negativas para a qualidade da atenção prestada a esse tipo de atendimento.

Rocha et al. (2009) afirmam que há uma deficiência clara dos profissionais da enfermagem no atendimento de urgência e emergência, os quais não sabem reconhecer os quadros reais dessas ocorrências e solicitar serviços de maior complexidade. Não há um domínio das técnicas, práticas e competências da parte dos profissionais, o que evidencia fragilidade no atendimento, bem como um desconhecimento do modo de operar nessas situações (ROCHA, et al., 2009).

Sabe-se que o atendimento emergencial até mesmo em unidades de Atenção Básica de Saúde é aquele que garante aos pacientes os primeiros cuidados, as primeiras respostas que venham evitar potenciais agravos. Para Oliveira et al. (2017), as técnicas e conhecimentos para escolha de materiais e instrumentos para procedimentos de urgência e emergência não devem ficar a cargo do improviso. Portanto, conhecimento e preparo adequados são essenciais para a garantia da qualidade esperada no atendimento às necessidades dos usuários.

Ademais, a capacidade de resolução dos problemas de urgência e emergência na Atenção Básica, bem como a capacidade de avaliar os casos está relacionada a sua capacitação profissional (OLIVEIRA, et al. 2016). No entanto, para conseguir perceber casos de baixa/média/alta gravidade, somente a percepção do profissional não é suficiente, uma vez que está lidando com a saúde humana, cujas condutas precisam ser bem treinadas e orientadas (OLIVEIRA, et al. 2016).

Os depoimentos das entrevistadas retratados nessa parte do trabalho sugerem que não existe um processo organizado de atendimento às demandas de urgências que chegam até a unidade. Também sugerem que não há um plano de qualificação das profissionais para responderem adequadamente a estas necessidades. Elas vão construindo um modo de responder às demandas de urgência e emergência a partir de elementos presentes na sua formação e na experiência da prática cotidiana. Se, por um lado, isso aponta a inexistência ou insuficiência de preparação formal, por outro indica a capacidade de se auto-organizar e encontrar alternativas para responder às necessidades que se apresentam no cotidiano do trabalho.

Tal capacidade, contudo, é potencialmente qualificada se for capaz de produzir impacto no processo e na perspectiva transformadora desse trabalho. Requer, portanto, capacidade de ação-reflexão-ação, fundamental para a construção de um profissional competente e consciente de sua presença resolutiva e efetiva no cumprimento de suas funções com perspectivas transformadoras (FREIRE, 1979). Porém, para este autor, quando essa reflexão fica restrita ao campo teórico, isto é, não alcança a prática, não passa simplesmente de discurso. É preciso que, para ser efetiva, alcance a prática e promova uma transformação da realidade.

Nesse sentido, a problematização – como método – pode servir aos profissionais da Enfermagem para refletir sobre as dificuldades e possibilidades relacionadas à sua prática. De acordo com o Pensamento Freiriano, a problematização é um conceito que se encontra indissociável das ações concretas e por meio do qual ocorre o pensamento crítico e, com ele, a transformação da realidade. Assim, levando esse conceito para a enfermagem, ao problematizar, os profissionais identificam os problemas da realidade que limitam e interferem em seu trabalho, objetivando a superação desses problemas. Para tanto, seus conhecimentos e habilidades apreendidos ao longo de sua trajetória (formação e cotidiano de trabalho) são necessários para compreender essa realidade e nela intervir de modo a gerar transformação social.

Segundo Garzon et al. (2018), em termos práticos, a problematização é uma ação transformadora da realidade quando entendida como um constante movimento de desvelamento crítico do fato real. Através dela, os sujeitos conhecem e refletem sobre os contextos vivenciados, produzindo conhecimento e cultura a partir desses contextos, mas sempre objetivando a mudança social.

Nessa direção, os desafios e problemas encontrados pelos enfermeiros para atendimento das demandas relativas aos casos de urgência e emergência na AB exigem

análise crítica e intervenção consciente. Não basta identificar tais desafios e problemas, mas sobretudo refletir a partir da prática cotidiana e intervir sobre eles, buscando sua superação e consequente transformação da realidade.

Vale apontar ainda que Haddad (2019) afirma que Freire ressalta sempre a capacidade do ser humano de poder transformar, mudar e reinventar, e não simplesmente se reduzir a ela, ou seja, de somente reproduzir aquilo que lhe foi ensinado. Para tanto, é preciso que ele seja um ser comprometido com o seu trabalho, tendo o agir-refletir-agir como uma ferramenta para buscar essa transformação.

Este não é um exercício fácil, uma vez que a própria realidade impõe uma diversidade de fatores intervenientes e um grande número de atores e interesses, o que implica dizer que nem sempre, ou muito raramente, um profissional ou categoria profissional, sozinha, é capaz de mudar a realidade. No entanto, essa mesma realidade, intermediada pelo diálogo, pela ação-reflexão-ação dos sujeitos, é capaz de apontar as alternativas que levarão à superação dos desafios e problemas.

Para superação desse problema uma sugestão seria que os profissionais se apropriassem de um protocolo de atendimento, de forma a evitar improvisos no momento do atendimento, possibilitando meios de desenvolver um trabalho mais eficiente e resolutivo.

5.1.3 Subtema 3 – Necessidade de educação premente.

Os depoimentos apontam que as enfermeiras sentem dificuldades em acolher essas demandas na AB por falta de conhecimentos adequados e indicam a necessidade de educação premente para atuar em casos de urgência e emergência na AB. Ações de educação permanente foram apontadas como necessárias para que o acolhimento a esse tipo de demanda seja realizado com qualidade e resolutividade.

Para as entrevistadas, a oferta de cursos de educação premente, treinamentos e atualização sobre a temática é alternativa para suprir as necessidades de preparação dos profissionais para atender às demandas de atendimento adequada aos usuários que se encontram em situação de urgência e emergência na AB.

É porque eles (os gestores) focam mais em casos mais pontuais, entendeu? Treinamento de hepatite virais, entendeu? (...) deixando essa parte de urgência e emergência um pouco excluída. [...] seria fundamental a capacitação com os enfermeiros, médicos, técnicos, os agentes e todos os envolvidos no atendimento e na atenção ao paciente [...]. (...). Os treinamentos que a gente vem tendo não focam a urgência e emergência. (E1).

Estou falando por mim. É uma dificuldade que eu tenho de urgência e emergência gerais. Até estava comentando: meu Deus, eu fiz tantos pós. Era uns pós que eu tinha interesse pessoal. Eu necessito dessa dinâmica, de saber... chegou um caso assim, o paciente passou mal – afogamento – e daí eu fico atrapalhada, porque não tenho tanto conhecimento da dinâmica daquele caso (...) de tentar me aperfeiçoar. (E14)

Eu acho que precisava de mais, porque a gente não teve uma orientação. As coisas mudaram muito, quando você pensa que está fazendo alguma coisa, você está lá atrás. Então, eu acho que tem essa necessidade de a gente saber mais (E7).

Hoje não existe capacitação, por causa da gestão, em urgência e emergência para Atenção Básica. Não existe. Nunca fiz. Não tenho nenhuma. (...). Essa parte de urgência e emergência eu não me sinto preparada não (E10).

As entrevistas reconheceram a necessidade e a importância da preparação para atuar nos casos de urgência e emergência na AB e apontaram temas que deveriam ser abordados em educação premente: hipoglicemia e hiperglicemia, hipertensão e hipotensão, além de pequenos acidentes, que são ocorrências de baixa complexidade e podem ser atendidas na unidade.

Se fosse para ter um curso, seria interessante ter temas como PCR, IAM, hipoglicemia e hiperglicemia, hipertensão e hipotensão. Acho que só. Ah! Também os casos de crianças e seria interessante ter aula. (E16).

Eu acho que deveria ter um curso sobre acidentados, crises hipertensivas, pacientes diabéticos descompensados. As urgências e emergências que aparecem muito na área é daquelas que sofre algum ferimento. As que têm que fazer sutura, eles correm para a UPA e HGE (E10).

A formação sobre o tema na graduação é importante, conforme vimos anteriormente. Contudo, é fundamental enfatizar a educação permanente como requisito para uma atenção resolutiva nos casos urgência e emergência na AB (SOUZA, 2014). Algumas entrevistadas representaram bem essa importância, ao informarem a iniciativa de buscarem se capacitar, como observamos nos depoimentos abaixo:

Hoje, por conta da minha experiência profissional, eu busco me aperfeiçoar. Já fiz vários cursos. Já fui coordenadora de uma base do SAMU em Arapiraca. Daí a gente vai se preparando com o dia a dia mesmo. Com nossa experiência, né? Com o tempo de trabalho também da gente, né? E com os cursos que a gente vai buscando por conta própria. (E6).

No depoimento acima, observamos o movimento da profissional de procurar sanar as lacunas existentes, buscando aproveitar as experiências cotidianas e a capacitação “por conta própria”. Tal movimento provavelmente tem relação com dinamicidade da área da saúde, na perspectiva da renovação do conhecimento, práticas e tecnologias utilizadas, exigindo a permanente necessidade de atualização para responder às demandas de modo mais resolutivo.

Algumas entrevistadas revelaram que se sentiam preparadas para atuarem em situações de urgência e emergência na AB, mas tal preparo era fruto da experiência obtida em outros vínculos de trabalho que, em princípio, tinham o conhecimento e a prática em urgência e emergência como especificidade desses outros vínculos.

Devido a minha experiência há muito tempo trabalhando em hospital, trabalhando em urgência e emergência. Tenho mestrado em urgência e emergência em UTI e trabalhei no SAMU aqui em Maceió e sai razoavelmente bem com as condições que a gente tem. (E11).

Preparada sim, mas por conta da experiência que tenho de outros serviços de urgência e emergência. Então, essa atuação na Atenção Básica eu tenho, mas por conta do vínculo de outro serviço. (..), mas não que o gestor lhe prepare para tal. (E15).

Importante notar que alguns depoimentos sugerem que as profissionais visualizam o papel do gestor e/ou da gestão no processo de qualificação dos profissionais. Estas entrevistadas dão a entender que a temática não parece ser prioridade (E1) ou, ainda, que não há interesse (E15 e E10). Esse resultado relativo à gestão merece investigação e aprofundamento, devendo ser objeto de novas investigações. Chama a atenção, também, para a importância de investimento em EP dos profissionais como prioridade da gestão e dos gestores.

Santos e Lima (2011), ao realizarem um estudo sobre o gerenciamento do cuidado, identificaram que, para os enfermeiros, a realização de capacitação é uma estratégia que contribui para o atendimento em serviços de emergência. O investimento em qualificação profissional mediante educação premente e/ou treinamento de pessoal só tende a enriquecer o trabalho do enfermeiro, bem como do próprio sistema de saúde que pode oferecer serviços com maior qualidade e resolutividade.

Neste sentido, a educação premente se revela como uma estratégia fundamental para o enfrentamento deste desafio: o de educação premente profissionais para lidar com situações de urgência e emergência. Com isso, pode-se otimizar o trabalho da AB e ampliar a oferta de serviços de urgência e emergência para a população, além de contribuir para não sobrecarregar as unidades de média e alta complexidade.

A educação premente trata de processos educativos contínuos que tem foco na aprendizagem a partir da problematização da realidade, buscando mudanças no processo de trabalho e nas práticas dos profissionais. Assim, “a EPS, como estratégia sistemática e global, pode abarcar em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso” (SADE et al., 2019, p. 3).

Segundo Weykamp et al. (2016), a EPS é importante para o trabalho do enfermeiro, pois se revela como uma estratégia capaz não apenas de capacitar profissionais, mas também de trazer reconhecimento e valorização para o seu trabalho.

Constata-se que a respectiva percepção que os profissionais apresentam sobre a EPS pode influenciar em sua participação nestas atividades, uma vez que quando se obtém melhor conhecimento sobre o que representa e ao entender a sua relevância, é possível compreender a importância da participação e, assim, sentir-se mais motivado para colaborar na sua implementação (WEYKAMP et al. 2016, p. 285).

A EPS oportuniza aprendizagem significativa, problematização dos processos de trabalho (LOPES et al., 2016) e transformação das práticas profissionais. Nesse sentido, é fundamental para que os profissionais de enfermagem reflitam, problematizem seu próprio processo de trabalho e transformem suas práticas para a melhoria da atenção prestada aos usuários e da qualidade dos serviços de saúde.

Para Sousa (2014), os processos de capacitação dos profissionais de saúde devem ser realizados conforme as necessidades da comunidade e das carências da gestão setorial. Desse modo, as unidades poderiam capacitar seus profissionais para lidarem com demandas que envolvem situações de urgência e emergência mais recorrentes na AB.

É importante reconhecer a responsabilidade da gestão em oferecer oportunidades de EPS para os trabalhadores. Contudo, os profissionais precisam compreender que também tem responsabilidade sobre seu próprio desenvolvimento. O compromisso de qualificar a prática assistencial também é do profissional, e não apenas do gestor (SANTOS et al., 2015).

Relacionando com o pensamento de Paulo Freire (1994), lembramos que o autor sempre ressaltava o quanto é louvável ao profissional reconhecer que seu conhecimento apreendido nas faculdades não está acabado, definitivo. E lembrava que a formação do profissional deve estar sempre em constante aperfeiçoamento. Freire dizia que “A humildade nos ajuda a reconhecer esta coisa óbvia: ninguém sabe tudo; ninguém ignora tudo. Todos sabemos algo; todos ignoramos algo. Sem humildade dificilmente ouviremos com respeito a quem consideramos demasiadamente longe de nosso nível de competência.” Portanto, destaca-se aqui a humildade em reconhecer que não podemos dar conta de tudo, que é sempre necessário ir além dos nossos limites.

O que autor tenta fazer é provocar os profissionais que se acomodam e não procuram aprimorar aquilo que aprenderam, sem reconhecer que devem sempre procurar formação continuada para renovar seus conhecimentos e, assim, trabalhar com mais qualidade.

5.2 Condições infraestruturais da AB para atender casos de urgência e emergência

Nesse tema, serão abordadas questões relacionadas às condições de infraestrutura que as unidades de saúde da AB apresentam para responder às demandas de urgência e emergência. Tais condições compreendem, segundo as participantes, dois aspectos fundamentais: os recursos materiais e a organização do processo de trabalho.

5.2.1 Subtema 1 – Educação premente é importante, mas insuficiente: a infraestrutura em pauta

Os depoimentos das entrevistadas apontaram que capacitar os profissionais é importante para tornar o sistema mais resolutivo, no entanto entendem que apenas capacitar não é suficiente, já que, para o acolhimento dessas demandas, é imprescindível que as unidades disponham de recursos materiais adequados.

Seria fundamental a capacitação com os enfermeiros, médicos, técnicos, os agentes e todos os envolvidos no atendimento e na atenção ao paciente, mas não depende apenas disso, depende de muitos fatores, entre os quais a estrutura física, medicamentos de que a gente não dispõe. (E1).

Porque o profissional se vê aqui... às vezes ele está capacitado, mas não tem estrutura. Às vezes tem estrutura, mas não está capacitado, né? Então, a gente que tem que agrupar isso para não pôr o paciente mais em risco, aumentar ainda mais o seu problema. Então, assim... a gente vai se preparando, mas o serviço também tem que dar condições, vai se aperfeiçoando e se moldando às novas realidades (E4).

As entrevistas afirmam que há unidades básicas que não possuem condições estruturais de responder a essa demanda. Não se trata apenas de capacitação adequada, mas envolvem recursos materiais, instrumentos e insumos. Tais problemas acabam dificultando a realização de procedimentos mínimos voltados para as urgências possíveis de serem atendidas na AB.

A Portaria nº 2.436/ 2017 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica afirma que é função das Secretarias Municipais de Saúde garantir a provisão de recursos materiais, insumos para o funcionamento e execução dos conjuntos de ações propostas. Do mesmo modo, institui que é obrigação dessas secretarias adotar mecanismos para que as equipes que trabalham nas AB possam atuar de acordo com as necessidades de saúde das pessoas. Também há a responsabilidade de manter atualizado o cadastro das equipes;

profissionais; carga horária e oferecer serviços para suprir as unidades com equipamentos, conforme rege a legislação (BRASIL, 2017).

No entanto, a realidade tem sido bastante distante do que ditam as portarias, legislações e políticas públicas. Ferreira et al. (2018, p. 754) aponta como fator limitante à atuação da AB o número reduzido de enfermeiros nessas unidades, além da sobrecarga de trabalho administrativo e gerencial. Pesam ainda a falta de organização para atendimento da demanda espontânea, posto que, conforme frisa a Portaria nº 2.436/2017, é responsabilidade da Gestão Municipal arcar com essas demandas. Logo, possui encargos sobre a organização da unidade para seu melhor funcionamento.

Nesse cenário, nas unidades de Atenção Básica, o profissional da enfermagem também é responsável pelo planejamento, supervisão, coordenação, execução e avaliação dos projetos, ou seja, organizar espaços físicos e também de atendimento para a realização de consultas e atendimentos. Cabe evidenciar ainda que a coordenação dos serviços da parte da Enfermagem implica a organização física do estabelecimento, isto é, pensa nas condições de trabalho que favoreçam o melhor desempenho do enfermeiro.

Soder et al. (2018) afirmam que a organização dos processos de trabalho dentro da UBS contribui para tornar o trabalho mais produtivo e eficiente. Entende também que não basta ter profissionais qualificados, se não há boas condições de trabalho e organização na gestão de cuidado.

Nessa direção, o papel da enfermagem nesse processo é fundamental, o que se comprova ainda na visão de Soder et al.:

Na perspectiva de uma organização articulada, capaz de facilitar o acesso dos usuários aos diferentes níveis de complexidade, torna-se fundamental a participação efetiva e integrada da enfermagem com todas as categorias profissionais da saúde, fomentando ações intersetoriais e estimulando a participação da comunidade, buscando tornar o sistema de saúde mais resolutivo e acolhedor às demandas da população (2018, p. 77).

Os autores tratam sobre a necessidade de desenvolver estudos sobre a gestão de cuidados na Atenção Básica a partir da perspectiva do enfermeiro, posto que é um desafio que deve ser enfrentado para dar viabilidade ao atendimento da urgência e emergência na AB.

A gestão do cuidado à saúde e enfermagem abrange diferentes dimensões, buscando organizar as complexas relações que envolvem a rede de atenção à saúde. Por esse olhar reflexivo, a gestão do cuidado caracteriza-se como múltipla, envolvendo não só a assistência, mas o modelo de gestão, o respeito e a responsabilidade ao ser humano e sua vida. Dessa forma, o modelo de gestão está contemplado dentro de um sistema difuso, em que a enfermagem corpora um campo de conhecimento diferente e complementar às demais profissões da saúde, compreendendo o cuidado como

fenômeno multidimensional, priorizando a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado, como preconiza os fundamentos de organização da ESF (SODER et al., 2018, p. 79).

Igualmente afirmam que:

Nessa conjuntura, a gestão dos recursos é parte da responsabilidade dos gestores do cuidado à saúde, sendo importante ao profissional da enfermagem conhecer os trâmites administrativos e burocráticos que perpassam o sistema de saúde. Por meio do conhecimento dos processos, o profissional potencializará suas estratégias e ações na atenção à saúde, planejando, executando e avaliando a organização da gestão do cuidado ESF (SODER et al., 2018, p. 79).

Sabemos que todas as dimensões que envolvem o atendimento e processo doença-cuidado estão inter-relacionadas. Nesse sentido, pensar sobre a eficiência e resolutividade para atendimento das urgências e emergências na Atenção Básica não diz respeito apenas à questão física, de equipamentos e materiais, mas também a processo de trabalho e organização.

Portanto, esses fatores, quando não estão bem articulados, podem dificultar a prática cotidiana, até mesmo para o atendimento clínico que acaba sendo comprometido. Além disso, a incapacidade das unidades de Atenção Básica de atenderem situações de urgência também está relacionada a outros conjuntos de fatores que incluem: a pouca oferta de serviços, funcionários desmotivados e baixos salários. Tudo isso afeta não somente o trabalho dos profissionais, do mesmo modo que compromete a eficiência da Atenção Básica (OLIVEIRA; TRINDADE, 2017).

Oliveira e Trindade (2017) afirmam que uma das maiores raridades dentro de uma AB é a presença de um médico plantonista. Segundo os autores, isso afeta o atendimento às situações de urgência, pois, ao chegar às unidades, não resta outra solução senão encaminhar para os hospitais.

[...] vê-se a falta de preparação, conhecimento e, sobretudo, de uma normatização nas UBS frente a um paciente em processo evolutivo, inicial ou até mesmo abrupto de alguma enfermidade de caráter emergencial. Vê-se a deficiência no processo de Sistematização de Assistência de Enfermagem e a implementação de uma anamnese abrangente, completa e que proporcione um agrupamento de dados relevantes para obtenção de um diagnóstico preciso, muito mais do que precoce. Deve pautar-se na busca por determinantes e condicionantes das urgências e implementar ações transeitoriais de responsabilidade pública (OLIVEIRA; TRINDADE, 2017, p. 5).

Para os autores, o potencial da Atenção Básica para atendimento tem sido comprometido, gerando um impacto negativo sobre o processo assistencial, bem como custos desnecessários ao sistema de saúde.

Outro tema abordado refere-se à presença de medicação para atendimento de casos de urgência e emergência. Os relatos das entrevistadas apontaram ausência de medicamentos mais básicos:

Nós não temos suporte nenhum. Não temos soros, jaleco. Não temos medicação de urgência, dipirona injetável, adrenalina, corticoide etc. Essas drogas de urgência que poderiam ser usadas nós não temos nenhuma (E11).
A gente não tem condições. A gente não tem nenhum oxigênio, material, não tem nada para a emergência. (...) A gente não tem nada (E 13).

Esses entraves tornam a AB incapaz de atender às demandas espontâneas e de urgência e emergência. São dificuldades que se encontram interligadas, sem as quais o trabalho da enfermagem não pode ser realizado com efetividade.

Somando-se às dificuldades já mencionados, há ainda a ausência de espaço físico adequado para atendimento dessas ocorrências.

Muitas unidades são casas alugadas que são adaptadas para o uso, ou seja, não tem uma estrutura adequada. São corredores apertados e salas pequenas. Quando acontece de algum paciente passar mal, é um desespero só porque a gente não sabe onde colocar. A equipe não se ajuda. Todos aqui precisam de capacitação. Fora que aqui não tem nada para urgência emergência. Nada, nada... nem torpedos, nem medicamento, nem a nebulização. (E16).

A Portaria nº 2.436/ 2017 estabelece diretrizes que são um “conjunto de procedimentos” (p. 12) que visa adequar uma estrutura física da AB às necessidades de saúde da população. Estabelece que uma unidade deve apresentar espaços físicos e ambiência, organizados de acordo com as normas sanitárias e as normativas de infraestrutura em vigor em nosso país (BRASIL, 2017).

Segundo a referida norma, o espaço físico de uma AB deve ser capaz de proporcionar um ambiente acolhedor e humanizado.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017, p. 15).

Segundo Hermida et al. (2016), sem uma área física adequada, o trabalho fica prejudicado, e a capacidade da unidade fica totalmente comprometida.

Reforça-se que os serviços de saúde precisam estar habilitados tecnicamente e possuir adequada infraestrutura física, de pessoal, recursos materiais e equipamentos para o primeiro atendimento ou para a estabilização dos quadros de urgência a fim de posterior encaminhamento da vítima às unidades de maior complexidade (HERMIDA et al., 2016, p. 1176).

Oliveira et al. (2016), ao falarem sobre a percepção dos profissionais sobre atendimento de urgência e emergência, verificaram uma incoerência com a estrutura padrão determinada pelo MS e a realidade de muitas AB: foi percebido que algumas delas funcionam em casas pequenas, improvisadas, sem acessibilidade e o mínimo adequado para acolher as demandas que chegam até o local.

Algumas equipes estavam em galpões improvisados pela população, visto a unidade sede estar em reforma; e outras trabalhavam em meio à reforma, sem qualquer condição para atender à demanda eletiva, muito menos à espontânea. Além disso, os profissionais percebem a qualidade do serviço prejudicada quando precisam conciliar as ações ambulatoriais, eletivas e as inesperadas e imediatas, devido ao grande número de famílias atendidas (OLIVEIRA, et al., 2016, p. 1403).

Moreira et al. (2017) também observaram que muitas unidades da AB não possuíam espaço físico específico para atendimento de urgência e emergência e encontravam-se instaladas em prédios improvisados, que não seguem a legislação que regula o tema. Afirmaram ainda que muitas das unidades funcionam em prédios alugados, sem a possibilidade de realizar reformas para adaptar as necessidades dos serviços de saúde.

Igualmente, Lopes et al. (2015) apresentam relatos acerca das deficiências estruturais de espaço físico que dificultam o acolhimento:

[...] há outros fatores no discurso que impedem as relações recíprocas entre trabalhadores e usuários, como estrutura física deficiente, demanda excessiva, precariedade da rede de referência, visão do usuário médico-centrada, vulnerabilidade da população e não entendimento do usuário sobre o acolhimento. Esses fatores permitiram a troca de dádivas egoístas como desafeto, descrença, desconfiança, desrespeito e injustiça (LOPES, 2015, p. 122)

Além da supracitada norma, o Ministério da Saúde tem publicado manuais, diretrizes que objetivam orientar os profissionais e gestores para a planejamento, organização, e construção das unidades de saúde. Entre essas publicações, encontra-se o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2008), que apresenta algumas orientações que visam planejar, programar e elaborar projetos de reforma, ampliação ou construção de espaços físicos da ESF. São normas que direcionam, até mesmo, a locação de imóveis para instalação da AB.

No Manual, são indicados quais os principais espaços, salas, equipamentos e insumos que uma AB deve possuir para atuar com efetividade. São orientações que tratam desde a

ambiência, iluminação até a área externa, bem como ações e serviços dos profissionais de saúde.

Assim,

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros. (BRASIL, 2008, p. 27)

De acordo com o Manual, determinados ambientes devem integrar uma unidade básica de saúde como, por exemplo, sala de recepção, espera, reuniões, prontuários, ACS; isso no que se refere à parte administrativa (BRASIL, 2008). Em relação à parte clínica, o Manual aponta que a AB deve conter, principalmente, consultório, sala de vacina e sala de procedimentos. Essa última é destinada à realização de determinadas ações, como administração de imunobiológicos e de medicação injetável, entre outros, bem como pode ser utilizada como sala de observação para atendimento de urgência e emergência.

Trata-se de um espaço que deve apresentar área mínima de 9m² com dimensão mínima de 2,50m. Deve evitar luz solar incidental, possuir bancadas, pias e torneiras, além de mobiliário e equipamentos adequados. Recomenda ainda que na AB com até duas ESF pode possuir mais de uma sala de procedimentos e definir como as ações/serviços de saúde serão realizados (BRASIL, 2008).

O referido documento prescreve não apenas a estrutura física como um todo, mas também que a unidade disponha de uma sala de observação que poderia ser utilizada pela sala de procedimentos para atender a ocorrências de urgência e emergência na AB. Contudo, na realidade, muitas das unidades visitadas para essa pesquisa não possuíam uma sala de procedimentos.

É preciso salientar que, tanto nas falas quanto na bibliografia anteriormente mencionada (MOREIRA et al., 2017; FARIAS et al., 2015), há unidades que não dispõem sequer de uma linha telefônica. Ou ainda de uma ambulância de emergência, computadores, acesso à internet. Verifica-se, então, que há um baixo investimento das Secretarias voltado para suprir as deficiências estruturais, sobretudo no que tange às urgências e emergências, especialmente na região Nordeste (MOREIRA et al., 2017).

Vale mencionar a responsabilidade do Gestor em oferecer aos funcionários e usuários o mínimo de infraestrutura necessária para que a AB possa atender casos de urgência e emergência. Para tanto, é preciso somente cumprir as portarias e decretos que dizem respeito à organização dessas unidades, bem como sobre as condições estruturais mínimas que uma unidade deve possuir.

Porém, a situação revelada tanto nas falas das entrevistadas quanto na literatura consultada demonstra que tais problemas não devem ser reduzidos apenas na questão de condições de trabalho, pois envolvem os atores que atuam nesses processos. Isso ocorre mais precisamente com o profissional da Enfermagem, do qual se espera não apenas que cumpra suas funções técnicas e burocráticas, mas também desempenhe o papel social, que corresponde ao seu campo de atuação (MOREIRA et al., 2017; FARIAS et al., 2015; LOPES et al., 2015; OLIVEIRA, et al., 2016).

A Enfermagem, além da sua dimensão tecnicista e burocrática, envolve uma dimensão social essencial para tornar o trabalho do enfermeiro eficaz e de qualidade. Essa “dimensão social” refere-se à conscientização da condição do profissional enquanto sujeito ativo, capaz de identificar e refletir sobre os problemas que perpassam seu campo de atuação e, assim, buscar a transformação, exigindo melhores condições de trabalho.

Relacionando essas questões ao pensamento freiriano, lembramos que Freire acredita que o profissional deve ser um sujeito ativo, político que toma uma posição na luta por melhores condições de vida e por uma sociedade mais justa e igualitária. Conforme dito em parágrafos anteriores, o pensamento freiriano busca conscientizar socialmente o indivíduo, capacitando profissionais não somente para que sejam conscientes dos problemas que cercam sua realidade, mas também tomar uma posição ativa diante dela.

No Pensamento Freiriano, a conscientização surge como um esforço crítico sobre os obstáculos que se colocam frente do indivíduo. Freire (1996) vê a conscientização como uma exigência humana. Como uma prática epistemológica que deve ser construída nos homens, a fim de que conheçam a sua realidade e seus problemas, de modo a intervir sobre ele.

Uma consciência crítica é aquela que não apenas reflete sobre a realidade, seus problemas e necessidades, mas também consegue agir sobre ela.

Assim, segundo o autor:

Esta tomada de consciência não é ainda a conscientização, porque esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência. A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. A conscientização é, neste sentido, um

teste de realidade. Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em “estar frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora das “práxis”, ou melhor, sem o ato ação – reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens (FREIRE, 1979, p. 15).

No entanto, na pedagogia freiriana, a conscientização não anda separada da realidade, mas se fundamenta na relação “consciência-mundo” (p.15). Assim, a conscientização é, na verdade, “[...] o processo de desenvolvimento de saberes verdadeiros a respeito das condições materiais nas quais os indivíduos se encontram, seu papel no modo de produção, sua situação de classe.” (DAMO, et al., 2011, p. 12).

Portanto, a conscientização pode ajudar os profissionais de enfermagem a refletir criticamente sobre a sua realidade, identificando problemas em seu ambiente de trabalho para exigirem melhores condições de trabalho. É importante salientar que a consciência crítica exige um comprometimento dos profissionais diante da sua realidade, visando como objetivo último a transformação.

No caso específico das entrevistadas, essas foram capazes de identificar os problemas que afetavam o acolhimento de urgências, percebendo-os como entraves para o atendimento. Contudo, apenas perceber e refletir não basta. É preciso que as enfermeiras saibam exigir melhores condições de trabalho, agindo e atuando ativamente para a sua transformação.

Enquanto sugestão para superação dessas dificuldades, seria a aplicação das leis, manuais e portarias que regulam questões referentes ao tema, visando garantir a estrutura básica necessária para atendimento de urgência e emergência nas unidades. Os documentos existentes sobre o tema são suficientes para superar tais problemas. Para tanto, é preciso que eles cheguem até os profissionais, mediante educação permanente e formação, a fim de que consigam se informar o suficiente sobre o tema.

5.2.2 Subtema 2 – Organização dos serviços para atender casos de urgência e emergência

De acordo com os relatos apresentados, algumas enfermeiras afirmaram desconhecer Caderno de Acolhimento do Ministério da Saúde (2013), onde são indicados os principais procedimentos a serem adotados para serviços de atendimento de urgência e emergência na AB.

Não. O Caderno eu não conheço não. Eu conheço que há um tempo, muitos anos, alguém do Ministério da Saúde fez uma supervisão e falou se a gente atendia demanda espontânea. (E11).

Não. É tanto caderno que esse Ministério tem e fica até uma crítica, a gente antes tinha esses cadernos em mãos. Tudo o Ministério manda via e-mail, via sistema. (...) são manuais que são interessantes ter na unidade, porque direcionam essas coisas para a gente, mas muitas vezes a gente não tem acesso, nem da internet, nem logística para conseguir imprimir e deixar disponibilizado para os profissionais. (E15).

O Manual de Acolhimento é uma publicação do Ministério da Saúde que traz instruções para organizar o trabalho na Atenção Básica, uma vez que apresenta orientações para atendimento da população. Brasil (2013) afirma que o acolhimento às urgências em unidades de Atenção Básica é bastante distinto daqueles realizados em pronto-socorro ou pronto atendimento. Afirma também que, para um bom atendimento, é importante que a equipe médica da AB conheça a população para qual oferece atendimento, possuindo registros em seus prontuários, o que possibilita o retorno para acompanhamento do quadro. Isso estabelece vínculos e garante a integralidade do cuidado e não tão somente um atendimento pontual.

Segundo o Manual, há situações em que apenas o olhar do profissional é o bastante para reconhecer uma situação de demanda espontânea, pois há casos em que é preciso estabelecer uma relação de compreensão e diálogo para ouvir as queixas/reclamações que não estão aparentemente visíveis (BRASIL, 2013).

De acordo com os relatos, o acolhimento é realizado sem quaisquer direcionamentos ou protocolo. De acordo com os depoimentos, quando situações de urgências chegam às unidades, as enfermeiras afirmaram que, em geral, acionam a SAMU ou encaminham para outras unidades como UPA ou HGE.

A gente encaminha, quando tem condições de ir com a família, a gente orienta a família e encaminha para UPA dependendo do caso ou para a Unidade de Emergência, onde é o HGE. (...). Então, vai depender do caso. Se o familiar tiver condições de levar, tudo bem, mas se for caso que não leva, a gente aciona o SAMU. Entendeu? (E2).

A gente não segue diretamente como manda o manual da atenção básica por conta dos entraves. A gente faz o que a gente pode até os nossos limites. Mas se precisa de estrutura, materiais ou outro profissional, esse é o entrave [...] (E3).

Tudo muito informal, eu posso dizer assim. Mas assim, quando é um caso de hipertensão, é “nosso” (Saúde da Família). Então, toma um remédio, a gente conversa, verifica a pressão. Acolhimento acontece lá fora. (...) não tem nada protocolado. A gente atende porque tem boa vontade e olha o próximo. Dá uma ajuda, né? (E13)

O paciente entra e, dependendo da queixa, serão feitos os primeiros atendimentos (...) de certa forma essa primeira porta de entrada vai dar uma estabilizada. Dentro das condições que a gente tem até para achar um serviço ou para o paciente se deslocar para um lugar melhor (E14).

Os relatos denotam que as profissionais, diante de certos casos de urgência, por conta da falta de capacitação adequada e recursos, acabam realizando um acolhimento de maneira bastante informal. Porém, conforme os relatos, não são todas as queixas, posto que há aquelas que podem ser atendidas, mas com limitações, devido aos problemas já mencionados.

Para algumas entrevistadas, o acolhimento na AB deve ser bem planejado e executado.

O que eu quero deixar claro é o seguinte: os casos de urgência e emergência podem atrapalhar a gente na rotina de Atenção Básica. Digamos que eu esteja fazendo um pré-natal e chega um caso desse, daí paro o pré-natal e vou atender a urgência. Fico lá, quer dizer... quando eu parar talvez não dê para atender todas as gestantes do dia. É um atendimento que deve ter alguém assim disponível com estrutura para fazer. Porque você está na Atenção Básica e ser ao mesmo tempo Atenção Básica e urgência e emergência não dá (E10).

Das 16 (dezesesseis) entrevistadas, somente 3 (três) afirmaram conhecer os protocolos de atendimento inscritos no Manual, porém não costumam adotá-los, já que, em sua prática cotidiana, existem entraves que impedem que obedeçam às normas. Desse modo, tais relatos revelam uma distância entre as orientações de acolhimento dos Manuais e os modos de acolher revelados pelas enfermeiras na sua prática cotidiana.

Para Lopes et al. (2015), a ausência de um protocolo de atendimento para demandas espontâneas reflete a falta de comunicação entre os profissionais e a população, o que, conseqüentemente, dificulta as práticas de atenção à saúde.

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe [...]. Nesta percepção, o acolhimento adquire o discurso de inclusão social em defesa do SUS, subsidiando a geração de reflexões e mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na ideia do acesso universal, na retomada da equipe multiprofissional e na qualificação (LOPES, 2015, p. 115).

Oliveira et al. (2016) afirmam que os enfermeiros da AB desconhecem os protocolos de acolhimentos para atendimento de urgência e emergência e não fazem muito além de encaminhar para as unidades de referência. Afirmam também que a implementação de sistemas informação, fluxogramas e normas de acolhimento não são suficientes se não existem melhores condições de trabalho e melhor gestão dos processos de atendimento. Tais afirmações coadunam-se aos relatos das entrevistadas apresentados ao longo deste tópico.

Farias et al. (2015), em um estudo sobre acolhimento e resolutividade na Atenção Básica, revelaram que os profissionais confundem a prática de acolher com a triagem, a qual está bastante distante do que é preconizado pelas portarias e manuais do MS. Do mesmo modo, apresentaram dificuldades em identificar uma situação de urgência e emergência. Além

disso, foi identificado que há aqueles que acreditam não ser responsabilidade da AB acolher essas demandas.

Amaral et al. (2018) afirmam que esse tipo de demanda foge da capacidade dessas unidades e, mesmo em casos em que necessitam de atendimento imediato, não costumam ser priorizadas. Portanto, são pouco resolutivas para urgências/emergências.

Assim, a maior parte dos estudos levantados apontam que o acolhimento de situações de urgências na AB é pouco efetivo e precário. Tal situação está relacionada à ausência de condições materiais adequadas, organização e planejamento das práticas de trabalho.

A forma de realizar acolhimento da demanda espontânea não deve ocorrer simplesmente fazendo uma distribuição de senhas e encaminhar ao médico, tal como é feito em algumas unidades de AB, pois o método de organização dessas unidades estabelece que a equipe deve contextualizar as ofertas e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013).

É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções. (BRASIL, 2013, p. 22).

Portanto, o acolhimento não deve ser realizado tendo como parâmetros territórios, salas ou tecnologias, mas sim através nas relações entre profissionais de saúde e usuários, nos modos de escuta, nas formas de lidar com os imprevistos e na construção de vínculos, bem como na sensibilidade ao ouvir o paciente.

Para a Atenção Básica, o Caderno de Acolhimento nº 28 prescreve algumas estratégias, que partem inicialmente da Recepção, posto que esse é o primeiro contato do usuário com o profissional. Já em casos de demandas espontâneas, primeiramente é preciso ser avaliado para definição dos cuidados necessários. Desse modo, segundo o Caderno, para devido acolhimento, deve existir um espaço físico adequado para “escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções.” (BRASIL 2013, p. 26). Portanto, é importante ter uma sala de acolhimento, especificamente voltado para essa função.

Assim, após a recepção, aqueles com atividades agendadas devem ser direcionados para o local. Já as demandas espontâneas exigem uma organização da unidade com profissionais encarregados de analisar os riscos de vulnerabilidades, ofertas no local e algum

grau de resolutividade. No entanto, mesmo existindo uma orientação de atendimento, essa deve ser flexível e se ajustar às particularidades da população atendida. Para atendimento dessas instruções, é preciso que sejam feitas adaptações como, por exemplo, aumentar o número de equipes, o que tornará o atendimento mais ágil para demanda espontânea (BRASIL, 2013).

Por isso que, em certos casos, aquele que faz o acolhimento não pode realizar as intervenções. Na verdade, a preocupação é não burocratizar o atendimento, tornando-o inflexível, mas sim ajustá-lo à demanda. Desse modo, após o acolhimento e escuta qualificada, é preciso fazer avaliação de vulnerabilidade entre “não agudo” (intervenções programadas) e “agudo” (atendimento imediato, prioritário ou no dia). Em seguida, encaminhar para o atendimento adequado a cada demanda, conforme exemplificado no quadro abaixo.

Quadro 3 – Condutas possíveis para acolhimento em demandas espontâneas na AB

Situações	Condutas possíveis
Situação não aguda – (O que fazer?)	Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade; <ul style="list-style-type: none"> • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez); • Agendamento/programação de Intervenções
Situação aguda	<p>Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento.</p> <p>Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe.</p> <p>Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial</p>

Fonte: Brasil (2013, p. 34).

O acolhimento é um método de escuta qualificada para prestar um atendimento a pacientes com qualidade, encaminhando-o para unidades específicas, caso seja necessário. Brehmer e Verdi (2010) falam da importância do acolhimento e escuta como uma diretriz fundamental para a concretização de um modelo humanizador, em que o profissional e o usuários participam ativamente dos processos de trabalho. Segundo os autores, esse modelo se sustenta em “[...] pilares como a garantia da acessibilidade universal e a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o

serviço ofereça uma resposta sempre positiva aos problemas apresentados pelos usuários” (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3571).

Acolhimento e escuta qualificada estão relacionados ao entendimento de que a saúde é um direito dos cidadãos e, como tal, é imprescindível que existam espaços e organização adequados para valorizar o usuário e a coletividade. Essas formas de atendimento possibilitam também que haja trocas e interação entre o profissional e o paciente.

Nesse sentido, uma acolhida sincera no atendimento deve ser pautada no diálogo entre o profissional da saúde e o usuário, o qual não deve se restringir a uma simples conversa, mas em uma abertura para conhecimento das necessidades, problemas e da realidade do Outro.

Freire (1996), em *A Pedagogia da Autonomia*, afirma que o diálogo é a abertura para o conhecimento do Outro. Portanto, para uma acolhida sincera, o conceito freiriano de diálogo – em que o Um se abre para conhecer/compreender a realidade do Outro – é perfeitamente aplicável. Isso proporciona maior humanidade aos processos de trabalho e evita que o acolhimento seja feito de forma tecnicista (BREHMER; VERDI, 2010).

Assim, um profissional com responsabilidade social é aquele consciente de que seu conhecimento é limitado pelas suas condições de existência, e que conhecer o Outro amplia seu universo, melhorando o seu trabalho. Assim, como afirma Freire (1996), “Minha segurança se funda na convicção de que sei algo e de que ignoro algo a que se junta a certeza de que posso saber melhor o que já sei e conhecer o que ainda não sei” (FREIRE, 1996, p. 49).

Portanto, o diálogo, em Freire, é uma ferramenta de disponibilidade à escuta respeitosa aos outros. E, por isso, é importante tornar esse instrumento um objeto de reflexão crítica do trabalho da enfermagem.” Seria impossível saber-se inacabado e não se abrir ao mundo e aos outros à procura de explicação, de respostas a múltiplas perguntas. O fechamento ao mundo e aos outros se torna transgressão ao impulso natural da incompletude.” (FREIRE, 1996, p. 49).

Desse modo, a relação dialógica seria um instrumento fundamental para embasar o acolhimento de enfermagem e a escuta qualificada. Seria uma ferramenta para dar maior qualidade ao atendimento, inibindo uma ação tecnicista e mecânica em favor de uma humanizadora.

Para superação dessa problemática, poderia-se relacionar a escuta e acolhimento a criação de espaço adequado e organização para atendimento dessas demandas, conforme rege a legislação que regula o tema. Além disso, é importante realizar treinamento com os

profissionais para que tenham conhecimento das diretrizes operacionais para acolher casos de urgência e emergência que chegam à unidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta resultados sobre a atuação dos enfermeiros da Atenção Básica em casos de urgências e emergências que aparecem nessas unidades. Apesar de a legislação vigente determinar que as unidades básicas de saúde devam coordenar ações saúde na população adstrita, garantindo a integralidade da assistência, deve atender casos de urgência/emergência de baixa gravidade que chegam a AB. Contudo, ao longo do trabalho, foram apontadas fragilidades e deficiências que dificultam o atendimento desse tipo de ocorrência na AB. Além disso, alguns entraves relacionados à formação, capacitação, condições e processos de trabalho para garantir que a AB tenha condições de atender com resolutividades a essas demandas também foram registrados.

Foi evidenciado, inclusive, que, entre os fatores que limitam o atendimento dessas ocorrências, há precariedade das condições trabalho e a falta de capacitação/conhecimentos dos profissionais para acolher essas demandas. A ausência de materiais, espaço físico adequado e insumos foram apontados como principais entraves, posto que, sem uma infraestrutura básica, as enfermeiras, ao receberem essas demandas, acabam acionando a SAMU, ou encaminhando para algum pronto-socorro mais próximo ou UPA.

Muitas desses casos são ocorrências de baixa gravidade que poderiam ser atendidas em uma AB adequadamente equipada, mas tais obstáculos acabam impossibilitando o atendimento, obrigando os profissionais a encaminharem a outras unidades, sobrecarregando-as. Das 16 (dezesseis) entrevistadas dos 8 (oito) distritos da capital, todas apontaram ausência ou inadequação de estrutura básica, falta de medicamentos necessários para essas ocorrências, bem como de equipamentos, além de problemas na organização dos processos de trabalho.

A ausência de capacitação adequada para atendimento dessas ocorrências também foi apontada como um fator limitante para o atendimento de ocorrências de urgência/emergência na AB. Vale apontar que a maior parte dos enfermeiros entrevistados não possuíam uma formação acadêmica que contemplasse esses conhecimentos; poucas profissionais apresentaram capacitação necessária para lidar com esses casos.

Foi verificado que, entre as enfermeiras entrevistadas, algumas possuíam esse conhecimento, mas que teria sido apreendido em suas rotinas cotidianas ou foi buscado por conta própria, realizando cursos de pós-graduação e/ou capacitação, ou ainda os adquirindo na prática, isto é, nas rotinas do centro de saúde. Porém, neste último caso, foram saberes obtidos no cotidiano do trabalho, sem direcionamento metodológico ou de protocolos. Geralmente,

ocorrem com base nas referências que as entrevistadas se apropriam em seu dia a dia de trabalho.

Para suprir essa lacuna, a literatura especializada aponta que a Educação Permanente poderia contribuir para a falta de competências das profissionais, oferecendo cursos de capacitação na área de urgência e emergência. Seria uma maneira de resolver esses problemas de forma prática.

Portanto, são entraves que impedem tornar as unidades de AB referência entre a população como local para atendimento de urgência e emergência de baixa gravidade, sem que, para tanto, os usuários necessitem se deslocar para prontos-socorros, UPA ou HGE. Isso tornaria o sistema de saúde mais eficaz, resolutivo, capaz de oferecer um atendimento de qualidade à população.

Essas foram os principais resultados apontado por essa pesquisa. Desse modo, percebeu-se que não basta simplesmente ter uma capacitação e/ou formação adequada sem que as unidades apresentem condições mínimas para que esses tipos de ocorrências possam ser resolvidos no local sem necessidade de encaminhamentos para outras unidades.

Portanto, as discussões trazidas a partir desse estudo – juntamente com outros trabalhos já realizados sobre o tema – pretendem contribuir para a reflexão e tomada de decisões sobre a organização e atenção de urgência e emergência na AB, de modo a elevar a qualidade do atendimento.

Além da Educação Permanente outras sugestões foram apontadas ao longo do trabalho como: discutir sobre o processo de ensino-aprendizagem em favor de uma perspectiva mais contextualizada com os desafios diários que o profissional se depara em seu cotidiano; criar um protocolo de atendimento para acolhimento de demandas de urgência e emergência, evitando improvisos da parte dos profissionais que desconhecem os procedimentos básicos para atendimento dessas ocorrências; ofertar cursos para os enfermeiros com foco nas diretrizes e políticas públicas e nos processos de acolhimento de tais casos.

Embora a pesquisa tenha sido realizada entre profissionais da rede pública de saúde, suas sugestões e discussões podem ser aplicadas em outros contextos, desde que obedeçam às especificidades de cada espaço.

Espera-se, com isso, contribuir com outros estudos sobre o tema, a partir de outras perspectivas, apontando os problemas, potencialidades e fragilidades da Atenção Básica. O objetivo é procurar saná-los, incentivando as autoridades a serem mais rigorosas com a aplicação da legislação vigente sobre o atendimento de urgências/emergências nas unidades de Atenção Básica, já que existem vários dispositivos e documentos legais que direcionam a

AB ao atendimento dos casos de urgência e emergência. Isso seria importante, também, para criar uma cultura na população de procurar esses locais para resolução de ocorrências de baixa gravidade, sem que recorram imediatamente aos prontos-socorros e UPA. Espera-se, ainda, que as lacunas deixadas pelo presente trabalho possam incentivar a realização de outros estudos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Carolina Siqueira do; RECK, Ana Zilda de Castro; SOUZA, Dante Lucas Santos; NUÑEZ, Ângela Regina Groff; BLATT, Carine Raquel; WEIS, Alísia Helena; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. **Journal Health NPEPS**. v. 3, n. 1, p: 241-252, 2018. Disponível em: <https://www.ufcspa.edu.br/ufcspa/ensino/posGraduacao/enfermagem/tesesedissertacoes/artigo_qualif_publicado2018.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BARATERI, Tatiane; ALMEIDA, Keroley Paes de; LENTSCK, Maicon Henrique; NATAL, Sonia. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 1, p: 54-63, jul/2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848256>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BASTOS, Fabrício; DUTRA, Carla; SILVA, João Almeida da; PACHECO, Kitiana; SILVA, Tiago. Saúde mental no atendimento pré-hospitalar móvel: concepções de profissionais. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, esp. 4, p: 17-23, Out/2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-848256>>. Acesso em: 07 jun. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/icse/2014.v18n48/177-186/>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 de junho de 1986. Brasília, DF Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 12 jun. 2019.

_____. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, 5 de novembro de 2002. Brasília, DF Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, 29 de setembro de 2003. Brasília, DF Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. **Diário Oficial da União**, 29 de setembro de 2003. Brasília, DF Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Portaria nº 2072, de 30 de outubro de 2003 Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 30 de outubro de 2003. Brasília, DF Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2072_30_10_2003.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. **Diário Oficial da União**, 16 de dezembro de 2004. Brasília, DF Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, 20 de agosto de 2007. Brasília, DF Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, 7 julho de 2011. Brasília, DF Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 21 outubro de 2011. Brasília, DF Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 jun. 2019.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, 21 de setembro de 2017. Brasília, DF Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Resolução COFEN nº 375/2011. **Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html>. Acesso em: 12 jun. 2019.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 de junho de 2011. Brasília, DF Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II), disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017
. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.. Disponível em: <https://lex.com.br/legis_27574951_RESOLUCAO_N_564_DE_6_DE_NOVEMBRO_DE_2017.aspx>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15,

Supl. 3, p: 3569-3578, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl3/3569-3578/pt>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

CHAGAS, Natália rocha; RAMOS, Islane Costa; SILVA, Lúcia de Fátima da; et. al. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Revista Ciencia Y Enfermeria**, v. 15, n 2, p: 35-40, 2009. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n2/art05.pdf> >. Acesso em: 02 fev. 2019.

COELHO, France Araújo; OLIVEIRA, Maria Augusta Coutinho de Andrade; FORTUNATO, Rodrigo Santos; PEREIRA, Renato Gomes. Evidências da contribuição da atenção primária de qualidade no serviço de atendimento de urgência e emergência: uma abordagem do município de Ubá-MG. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 1, p: 19-22, 2016 Disponível em: <<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/6/144>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

DAMO, Andreisa; MOURA, Danieli Veleda; CRUZ, Ricardo Gauterio. Conscientização em Paulo Freire: consciência, transformação e liberdade. **Revista n Contribuciones a las Ciencias Sociales**, jan/2011. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/11/dmc.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

DAVID, Grazielle Custódio; SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Everton Nunes da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 39, n. Esp., p. 232-245, Dez/ 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/232-245/pt>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

FARIAS, Deborah Curvelo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; PEIXOTO, Juliane Berenguer de Souza; BARBOSA; Mayara Lima; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Acolhimento e resolubilidade das urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p: 79-87, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0079.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6 p:1869-1878, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n6/1869-1878/pt>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PERICO, Lisiane Andreia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Goncalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p: 752-7, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf >. Acesso em: 14 fev. 2019.

FORTUNA, Volnei. A relação teoria e prática na educação em Freire. **REBES - Rev. Brasileira de Ensino Superior**, vol. 1, n 2, p:64-72, out/dez. 2015. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/REBES/article/view/1056>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. [Tradução de Kátia de Mello e Silva; revisão técnica de Benedito Eliseu Leite Cintra]. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. 5 ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17 eds. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

_____. **Professora sim, tia não**. 4. ed. São Paulo: Olho D'água, 1994.

GARZON, Adriana Marcela Monroy; SILVA, Kênia Lara da. MARQUES, Rita de Cássia. Pedagogia crítica libertadora de Paulo Freire na produção científica da Enfermagem 1990-2017. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p:1854-61, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1751.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2019.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GOMES, Gelmar Geraldo. **Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde**. 2013. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/759M.PDF>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

HADDAD, Sérgio. Política, educação e atualidade do Pensamento freiriano. **Educação em Revista**, (Dossiê - Paulo Freire: O Legado Global), Belo Horizonte, v.3 5, esp. p: 1-16, 2019.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BELAVER, Guilherme Mortari, et. al. Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. **Revista de Enfermagem da UFPE**. Recife, v. 10, n. 4, p: 1170-8, abr/2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11100/12561>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades- Maceió**. 2019. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

JESUS, Maria Cristina Pinto de; FIGUEIREDO, Mariangela Aparecida Gonçalves; SANTOS, Sueli Maria dos Reis; AMARAL, Arlete Maria Moreira do; ROCHA, Letícia de Oliveira; THOLLENT, Michel Jean Marie. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p:1229-36, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; THOFEHRN, Maira Buss; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n 4, p: 1121-9, out/dez 2015. Disponível em:

<file:///E:/Downloads/pedagogia%20cr%C3%ADtica/000981529_unlocked.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2019.

LOPES, Adriana Santos; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; MELO, Ricardo Henrique Vieira de; FRANÇA, Raiane Caroline da Silva. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan/mar 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100114&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 jan. 2019.

LOPES, Alessandra Guimarães; SANTOS, Gracilene; RAMOS, Marines Marques; MEIRA, Venina Francisca; MAIA, Luiz Faustino dos Santos. O desafio da educação permanente no trabalho da enfermagem. São Paulo, **Revista Remecs**, v. 1, n.1, p.: 13-23, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaremececs.recien.com.br/index.php/remecs/article/view/2/pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

LUMER, Sandra; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista APS**, v. 14, n. 3, p: 289-295, jul/set, 2011. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/898/506>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

LUCHTEMBERG, Marilene Nonnemacher; PIRES, Denise Elvira Pires de. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n 2, p:194-201, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267045808002/>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Cobertura de Atenção Básica do município de Maceió**. Maceió: SMS, 2017.

MATSUMOTO, Norma Fumie. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 201f. 1999. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=291822&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p: 631-5, 2004 jul/ago, 2004. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n2/0717-9553-cienf-23-02-00147.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MELO, Maria do Carmo Barros de; SILVA, Nara Lúcia Carvalho da. **Urgência e emergência na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MORAIS FILHO, Luiz Alves; MARTINI, Jussara Gue; LAZZARI, Daniele Delacanal;

VARGAS, Mara Ambrosina; BACKES, Marli Schubert; FARIAS, Glaucea Maciel de. Estratégias utilizadas para o ensino de urgência/ emergência em um curso de graduação em enfermagem. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, v. 27, n 4, p: 1-9, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e3210016.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2019.

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 Enferm**, v. 22, n. 2, p: 1-10, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

OLIVEIRA, Millena; TRINDADE, Marcela Ferreira. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, v. 5, n. 2, p. 160-171, 2010. Disponível em: <<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/view/3978>>. Acesso em: 04 jan. 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, abr.mai.jun. 2013. Disponível em: <<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/6/144>>. Acesso em: 01 jan. 2019.

OLIVEIRA, Thais Alexandre de; MESQUITA, Gerardo Vasconcelos; COSTA VALLE, Andréia Rodrigues Moura da; MOURA, Eliete Batista; TAPETY, Fabricio Ibiapina. Percepção de profissionais da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência. **Revista enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, Supl. 3, p: 1397-406, abr/ 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11080/12521>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

OLIVEIRA, Wender Antônio de; BRANDÃO, Eralayne Camapum; REIS, Michelle Cristina Guerreiro dos; GIUSTINA, Flávia Pinheiro Della. A importância do enfermeiro na evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil. **Revista Refaci**. Brasília, v.2, n 2, jan/jul, 2017. Disponível em: <<http://revista.faciplac.edu.br/index.php/REFACI/article/view/268>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

REZENDE, Roseli; OLIVEIRA, Júlia Epischina Engrácia de; FRIESTINO, Jane Kelly Oliveira. Educação permanente em enfermagem e o uso das tecnologias: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**. v. 10, n. 1, p. 190-199, jan/mar. 2017. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/946>>. Acesso em: 15 jun. 2019

ROCHA, Renata Lacerda Prata; VELLOSO, Isabela Silva Cancio; ALVES, Marília. Relações entre profissionais de uma unidade básica de saúde e do sistema de atendimento móvel de urgência. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 19, n. 4, p: 317-324, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=546409&indexSearch=ID>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ROZENDO, C.A., et al., Problematizing in nursing education: Freire's contribution to transformative practice. **Nurse Educ. Today** (2016). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27554401>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

RIBEIRO, Deolinda. Freire e educação. (Resenha). **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v.29, n. 2, dez/ 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-91872016000200017>. Acesso em: 14 fev.2019.

QUEVEDO, Erica Gomes; ESCOBAR, Ariel Aline Jardim Alves; NUNES, Thaila Thaian Garcia; ANTUNES, Marilandi Melo; CARDOSO, Leticia Silveira; RIOS, Eduardo Massoco. Implementação de cronograma sobre urgência e emergência na atenção básica: relato de experiência. In: SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 10. 2018. Rio Grande do Sul. **Anais...** Porto Alegre: UNIPAMPA, 2018. Disponível em: <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/38788/23604>>. Acesso em: 02 jan. 2019.

SADE, Priscila Meyenberg Cunha; PERES, Aida Maris; BRUSAMARELO, Marques Tatiana, et. al. Demandas de educação permanente de enfermagem em hospital de ensino. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/57130>>. Acesso em: 14 fev.2019.

SANTOS, Sérgio Valverde Marques dos; RIBEIRO, Michelly Esteves; MOTTA, Ana Letícia Carnevalli et al. Construção do saber em enfermagem: uma abordagem reflexiva teórica e metodológica para a formação do enfermeiro. **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 10, n. 1, p: 172-8, jan/ 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10935/12232>>. Acesso em: 07 fev.2019.

SANTOS, José Luís Guedes dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 4, p: 695-702, dez/2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SANTOS, Fabiana Cristina; CAMELO, Silvia Helena Henriques; Laus, Ana Maria; LEAL, Laura Andrian. El enfermero de unidades hospitalarias oncológicas: perfil y capacitación profesional. **Enfermería Global**, n 38, 2015. Disponível em: <<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/190061/174331>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

SCOCUGLIA, Afonso Celso. As interconexões da pedagogia crítica de Paulo Freire. **Filosofia e Educação**. Campinas, SP, v.10, n.1, p. 200-232, jan. /abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8652006/17703>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

SILVA, Mary Gomes; FERNANDES, Josicelia Dumêt; TEIXEIRA, Giselle Alves da Silva; SILVA, Rosana Maria de Oliveira. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p: 176-84, jan/mar, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

2016. Disponível em:
<<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/38788/23604>>. Acesso em: 18 jun.
2019.

APÊNDICES 1

Questionário semiestruturado

Roteiro de entrevista

1.Nº da entrevista:	2.Nome do entrevistador:	3.Data da entrevista:	4.Hora início
5.Código de identificador da entrevista:	6.Local de desenvolvimento da entrevista:	7.Turno: 1. Matutino 2. vespertino	8.Hora final:

I Informação sociodemográfica

A1. Qual a sua idade? _____	A2. Sexo: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino	A3. Qual sua escolaridade? 1. <input type="checkbox"/> Superior Completo 2. <input type="checkbox"/> Superior com Pós-Graduação Em: _____ 3. <input type="checkbox"/> Superior com Mestrado Em: _____ 4. <input type="checkbox"/> Superior com Doutorado Em: _____ 5. <input type="checkbox"/> Superior com Pós-doutorado Em: _____
A4. Tempo formada? _____ anos de	A5. Instituição de Formação em nível superior: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	
A6. Tempo de serviço na Atenção Básica? ? _____ anos	A7. Realizou alguma capacitação ou curso de urgência e emergência? Sim <input type="checkbox"/> Qual? _____ Não <input type="checkbox"/> Foi oferecido pelo: serviço <input type="checkbox"/> ou conta própria <input type="checkbox"/>	

II Questão de análise

Qual é a sua percepção sobre o processo de formação durante a graduação para atuar em casos de urgência e emergência na ESF?

Como você se sente preparada para atuar em casos de urgência e emergência na ESF?

A Atenção Básica é a primeira porta de entrada do indivíduo aos casos de urgência e emergência?

Você tem o conhecimento do caderno de acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na ESF?

Como se dá o acolhimento aos pacientes que apresentam alguma situação de urgência e emergência?

A ESF está preparada para atender os casos de urgência e emergência?

Se você fosse ter uma capacitação de urgência e emergência, que temas seriam importantes nessa capacitação para contribuir na sua atuação como enfermeira na ESF?

APÊNDICES 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado/a a participar do projeto de pesquisa com o título **A formação do enfermeiro para atuar em casos de urgência e emergência na Atenção Básica**, das pesquisadoras Sra. Janyne Aline Correia de Lima Garcia e da Sra. Professora Dra. Célia Alves Rozendo. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a avaliar a formação do enfermeiro para atuar em casos de urgência e emergência na Atenção Básica.
2. A importância deste estudo é buscar contribuir com a ampliação e reflexão de informações sobre as fragilidades encontradas na formação acadêmica dos enfermeiros para atuar em casos de urgência e emergência na Atenção Básica.
3. Os resultados que se desejam alcançar são: conhecer o processo de formação em enfermagem para atuar em casos de urgência e emergência na Atenção Básica, bem como a percepção dos enfermeiros acerca do seu processo de formação para atuar em casos de urgência e emergência na Atenção Básica e entender se os enfermeiros sentem-se preparados para atuarem em casos de urgência e emergência na Atenção Básica.
4. A coleta de dados começará em maio de 2018 e terminará em agosto de 2018. No entanto, o início da coleta de dados dar-se-á somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em conformidade com o cronograma de execução proposto pelos pesquisadores
5. O estudo será feito da seguinte maneira: propõe-se a realização de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros que atuam na Atenção Básica. Os dados serão analisados posteriormente, preservando o anonimato das informações.
6. A sua participação na pesquisa será durante a etapa da entrevista.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: os participantes estarão sujeitos à inibição ou constrangimento diante de um observador, bem como algum incômodo no momento de responder aos questionamentos. Caso aconteça alguma das situações previstas, o pesquisador irá se responsabilizar para saná-las. Para minimizar os riscos, a pesquisadora adotará uma abordagem acolhedora; realizará a entrevista com

linguagem acessível e uma postura empática; interromperá a entrevista sempre que alguma situação de risco surgir efetivamente e tranquilizará o participante, reforçando a garantia de sigilo e confidencialidade; deixará claro, sempre, o direito do participante se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: a possibilidade de contribuir para uma reflexão e possível reorientação acerca da estrutura e organização curricular do curso superior de enfermagem, repensando principalmente os conteúdos e práticas voltados para formação do enfermeiro para atuar nos casos de urgência e emergência, em especial na atenção básica, agregando, assim, subsídios para a comunidade acadêmica, através de novos conhecimentos e produzindo elementos que suscitem reflexão sobre a temática, visto que a literatura é escassa sobre o assunto.

09. Você será informado/a do resultado final do projeto e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

10. A qualquer momento, você poderá recusar continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
13. Você será indenizado/a por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
14. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu,
tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA

ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço dos/as responsável/is pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Rua Sandoval Arroxelas, nº227, Ponta

Verde Complemento: Edf. Luna Dorata, Apto. 1102

Cidade/CEP: Maceió, Cep – 57035-230

Telefone: (71) 99350-5413

Ponto de referência: Próximo ao supermercado Ponta Verde

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,
Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Contato de urgência: Sr(a). Célia Alves Rozendo

Endereço: Residencial Vert Paradisil. Quadra J, lot 12, Bairro Antares

Complemento:

Cidade/CEP: 57048-375

Telefone: 3214-1142

Ponto de referência: Auto Vanessa

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica do/a voluntário/a ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXOS


UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió-AL, 04/11/2019

Senhor(a) Pesquisador(a), Janyne Aline Correia de Lima Garcia

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 20/06/2019 e com base no parecer emitido pelo (a) relator(a) do processo nº **86108417.0.0000.5013**, sob o título **A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAR NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12 e Resolução CNS 510/16.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CFP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV, 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resoluções CNS 466/12 e 510/16.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: **DEZEMBRO** de 2020.


Comitê de Ética em Pesquisa - UFAL



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	05800. 95075 2017 MINUTA 77
INTERESSADO	Universidade Federal de Alagoas
ASSUNTO	S Solicitação de autorização para pesquisa



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

PROCESSO Nº	05800. 95075 2017 MINUTA 77
INTERESSADO	Universidade Federal de Alagoas
ASSUNTO	S Solicitação de autorização para pesquisa

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 21/11/2017

- Autoriza-se Janyne Aline Correia de Lima para a realização da pesquisa intitulada: "A formação do enfermeiro para atuar nos casos de urgência e emergência na atenção básica". Tendo como unidade proponente a Universidade Federal de Alagoas.
- Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada nas unidades básicas de saúde, com os enfermeiros que atuam na ESF da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvidas. Tendo a pesquisadora que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho a esta Secretaria.

JOSÉ THOMAZ NONÓ
Secretário Municipal de Saúde