

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DO
CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Larisse de Carvalho Cavalcante

CONSTRUÇÃO DE UM *CHECKLIST* PARA A CAIXA DE EMERGÊNCIA DO 2º
CENTRO DE SAÚDE DOMINGOS HONÓRIO DA SILVA.

Maceió

2021

Larisse de Carvalho Cavalcante

**CONSTRUÇÃO DE UM *CHECKLIST* PARA A CAIXA DE EMERGÊNCIA DO 2º
CENTRO DE SAÚDE DOMINGOS HONÓRIO DA SILVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Multiprofissional em
Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da
Universidade Federal de Alagoas, como requisito
parcial para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientador: Prof. Mestre Janine Melo de Oliveira

Maceió

2021

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

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

C376c Cavalcante, Larisse de Carvalho.
Construção de um *checklist* para a caixa de emergência do 2º. Centro de Saúde
Domingos Honório da Silva / Larisse de Carvalho Cavalcante. – 2021.
51 f.

Orientadora: Janine Melo de Oliveira.
Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 47-50.
Anexo: f. 51.

1. Atenção primária à saúde. 2. Emergências. I. Título.

CDU: 614:616-083.98

Dedico a realização deste trabalho primeiramente a Deus, que me amparou e me conduziu diante de todos os percalços encontrados nesta jornada. Aos meus pais Eronildes Ferreira Cavalcante e Sinforosa de Carvalho Cavalcante e a minha Irmã Lygia de Carvalho Cavalcante, sem o apoio e paciência deles não conseguiria chegar até aqui. A minha Orientadora Professora Janine Melo de Oliveira que conduziu de maneira muito gentil e atenciosa a construção deste trabalho. Agradeço ainda, a todos os professores que fizeram parte desta trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus

A gradeço a Deus pelo dom da vida e a dádiva de alcançar a conclusão de mais uma etapa nesta jornada de aperfeiçoamento que promove mais qualidade ao exercício de minha profissão. Sou imensamente grata à Deus, pois o Senhor esteve presente diante de todos os percalços enfrentados, me protegendo e conduzindo pelo caminho correto, o que foi essencial para a minha formação educacional e humana!

A Universidade

Sou grata a esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que possibilitaram o acesso aos instrumentos que constituíram meu processo de especialização.

Aos professores

A minha orientadora Professora Janine Melo de Oliveira, pelo comprometimento e dedicação concedida para a elaboração deste trabalho, e a todos os professores por contribuírem não somente com o meu processo teórico e prático da especialização, mas pelo incentivo à formação de enfermeiros com olhar humanizado e caráter crítico. Deixo a todos os meus eternos agradecimentos.

Aos parentes

Aos meus Pais Eronildes Ferreira Cavalcante e Sinforosa de Carvalho Cavalcante, que estiveram comigo durante toda esta jornada, me apoiando e auxiliando em todos os momentos. Sem os seus exemplos de honestidade, humanidade e dignidade não seria o que sou hoje!

A minha Irmã Lygia de Carvalho Cavalcante que, sempre esteve presente na trajetória da minha formação, me incentivando com suas sábias palavras e me auxiliando diante dos diversos obstáculos, proporcionando sempre seu apoio incondicional para que eu pudesse alcançar minhas metas.

Geral

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

O meu muito obrigada!

“A decisão correta pode salvar uma vida” (Danielly Camargo da Silva).

RESUMO

Introdução: A Atenção Básica em Saúde é considerada a porta de entrada para o atendimento das demandas de saúde no Sistema Único de Saúde. Esta característica configura um nível de capilaridade bastante abrangente, o que permite a esta esfera de saúde ofertar atendimentos desde o mais baixo nível de complexidade até as demandas onde ocorrem instabilidade das funções vitais. A Atenção Básica pode ser uma esfera capaz de ofertar assistência de alta complexidade, contudo é necessário que a mesma disponha de recursos para promover uma assistência segura e eficaz. **Objetivo:** Construir um *checklist* para a caixa de emergência do 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva, que é uma Unidade Básica de Saúde pertencente ao município de Arapiraca-Al. **Metodologia:** O presente estudo foi desenvolvido através dos métodos de planejamento estratégico situacional e de estimativa rápida. A proposta de intervenção para a resolução do problema identificado pela equipe multidisciplinar consistiu na construção de um *checklist* para caixa de emergência do 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva. Foi realizada uma revisão da literatura e levantado aspectos específicos referentes à realidade dos recursos do 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva. A revisão de literatura foi realizada de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas e utilizados os Descritores em Ciências da Saúde: Atenção Básica em saúde, Urgência e Emergência, articulados através de operadores booleanos *AND* ou *OR*, a fim de melhor direcionar a busca por textos voltados para a temática abordada. **Considerações finais:** A implementação de um *checklist* para a caixa de emergência do 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva se trata de uma estratégia inovadora que objetiva otimizar a assistência prestada diante de situações de urgência e emergência, intervindo sobre os nós críticos que prejudicavam a qualidade da assistência ofertada.

Palavras Chave: Atenção Básica em Saúde. Urgência. Emergência

¹ Discente do curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família pelo programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: cavalcantelaris900@gmail.com

² Orientadora Docente do curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família pelo programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: nine.melo@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Primary health care is considered the gateway to attend the demands in the Brazilian Healthcare System. This characteristic sets up a very embracing level of capillarity, which allows this sphere of health to offer care from the lowest level of complexity to the demands where the instability of vital functions occurs. Primary health care can be a sphere capable of offering highly complex assistance, nevertheless it is necessary to have the resources to promote safe and effective assistance. **Objective:** Create a checklist for the emergency kit of the Domingos Honório da Silva 2nd Healthcare Center, which is a Basic Health Unit in Arapiraca city. **Methodology:** the present study was developed using situational strategic planning and quick estimate methods. The intervention proposal to solve the problem identified by the multidisciplinary team consisted of creating a checklist for the emergency kit of the Domingos Honório da Silva 2nd Healthcare Center. A literature review was executed and specific aspects were raised regarding the reality of the resources of the Domingos Honório da Silva 2nd Healthcare Center. The literature review was executed according to the norms of the Brazilian Association of Technical Standards and the Health Sciences Descriptors were used: Primary Health Care, Urgent care and Emergency, articulated through Boolean operators AND or OR, in order to better direct the search for texts focused on the approached theme. **Final considerations:** The implementation of a checklist for the emergency kit of the Domingos Honório da Silva 2nd Healthcare Center is an innovative strategy that aims to optimize the assistance provided in urgent and emergency situations, intervening on the problems that used to impair the quality of care offered.

Keywords: Primary Health Care. Urgent care. Emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Unidades de saúde que abrangem as áreas de cobertura do município de Arapiraca	19
Quadro 2 - Problemas relacionados pela equipe multidisciplinar passíveis de intervenção	33
Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Baixa Grande, 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva, município de Arapiraca, estado de Alagoas	34
Figura 1 - Compartimento superior da caixa de emergência	42
Figura 2 - Compartimento inferior da caixa de emergência	43
Figura 3 - Parte externa da caixa de emergência	43
Quadro 4 - Base superior da caixa de emergência	44
Quadro 5 - Parte inferior da caixa de emergência	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aspectos demográficos do bairro Baixa Grande	26
Tabela 2 – Aspectos epidemiológicos do bairro Baixa Grande	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica em Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	Associação Esportiva de Arapiraca
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEMFRA	Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológico José Gláucio Gomes
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRIA	Centro de Referência Integrado de Arapiraca
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EBE	Enfermagem Baseada em Evidências
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAL	Gerenciamento de Ambiente Laboratorial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN	Laboratório Central
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunização
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Aspectos gerais do município	18
1.2	O sistema municipal de saúde.....	19
1.2.1	Organização dos pontos de atenção à saúde	21
1.3	Aspectos da comunidade	24
1.3.1	Aspectos socioeconômicos	24
1.3.2	Aspectos demográficos	25
1.3.3	Aspectos epidemiológicos	26
1.3.4	Principais causas de hospitalizações e óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à sua área de abrangência	27
1.4	A Unidade Básica de Saúde (2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva)	28
1.5	A Equipe de Saúde da Família do bairro Baixa Grande	29
1.6	O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe do bairro Baixa Grande.....	30
1.7	O dia a dia da equipe do bairro Baixa Grande.....	32
1.8	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	32
1.9	Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	34
2	JUSTIFICATIVA	35
3	OBJETIVO	36
3.1	Objetivo Geral	36
3.2	Objetivos Específicos.....	36
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	37
5.1	Atendimentos de Urgência e Emergência na Atenção Básica em Saúde e sua relevância.....	37
5.2	Condições necessárias para execução do atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Básica	38
5.3	Caixa de Emergência	39
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	41

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS	48
	ANEXO A	52

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica em saúde (ABS) consiste num conjunto de ações de saúde que envolvem o contexto individual e coletivo, visando a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Além disso, procura promover uma atenção integral que reflita sobre a situação de saúde e autonomia das pessoas, incidindo ainda, sobre seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2012).

A atenção básica em saúde caracteriza-se, de acordo com Mendes (2011), por desempenhar as funções de resolução, coordenação bem como, a de responsabilização quanto as questões de saúde que envolvem o usuário do serviço.

Para tanto, a atenção básica utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que auxiliam no atendimento das demandas de saúde, que ocorrem na área de abrangência onde o serviço de saúde é ofertado, atentando ainda, para critérios de risco, nível de vulnerabilidade, resiliência e segundo o mandatário ético, para que todas as demandas de saúde sejam acolhidas (BRASIL, 2012).

O acolhimento é um ato essencial, pois trata-se de uma tecnologia leve, utilizada nas relações entre usuários e profissionais de saúde nas situações de escuta e filtro, nas formas de lidar com intercorrências e facilita na construção de vínculos. Além disso, reflete sobre o posicionamento ético do profissional, o que contribui para o uso preciso de tecnologias leves e duras na assistência de saúde (BRASIL, 2013a).

Para o acolhimento promover a devida resolutividade das situações, se faz necessário, segundo Melo e Silva (2011), que a realização do mesmo esteja associada à classificação de risco, onde o atendimento da demanda do usuário aconteça respeitando critérios de prioridade.

O acolhimento com classificação de risco consiste na recepção do sujeito pelo profissional habilitado, que vai se responsabilizar pela escuta inicial, permitindo que o mesmo apresente suas demandas. Trata-se de um atendimento com responsabilidade, onde são recebidas as demandas espontâneas dos usuários. Diante de tais condições, são realizadas orientações ou direcionamento para serviços de saúde específicos, proporcionando assim, a continuidade da assistência e resolução da demanda apresentada (BRASIL, 2017).

O acolhimento da demanda espontânea é dotado de situações de natureza diversificada que podem se apresentar através da agudização de uma sintomatologia até uma condição que possa ocasionar risco de morte. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por exemplo, representam 67,3% do número de óbitos no país. Estas patologias são condições que são assistidas pela ABS, no entanto, seus portadores podem passar por momentos de instabilidade,

o que solicita atendimento de urgência, que inicialmente pode ser executado pela atenção básica (BRASIL, 2013b).

A equipe de Saúde da Família, na sua prática diária de atenção a um grupo populacional (população adscrita) e em espaço geográfico delimitado (território), pode se deparar com a demanda de atenção a uma ou mais pessoas em situação de instabilidade de funções vitais, com ou sem risco de morte imediata ou mediata. Essas situações podem se apresentar à equipe, no seu coletivo ou ao profissional isoladamente por circunstâncias não controladas, como ser o único profissional disponível naquele momento (MELO; SILVA, 2011, p. 11).

A assistência prestada pela equipe multidisciplinar nestas ocasiões precisa estar estruturada e organizada a fim assegurar medidas assistenciais adequadas, que proporcionem melhores prognósticos aos usuários com instabilidade de funções vitais (BRASIL, 2012).

Os instrumentos utilizados para solucionar situações de instabilidade de condições vitais, segundo Guimarães (2003), devem ser dispostos em caixas ou carros de emergência, que são padronizados de acordo com o ambiente ou setor em que se encontram.

A padronização das caixas ou carros de emergência nos diferentes ambientes dos serviços de saúde tem, segundo Gonzalvez et al. (2013), o objetivo de uniformizar a quantidade de materiais e medicamentos, disponibilizando os itens necessários para o atendimento de condições que configuram urgência ou emergência. Essa padronização deve considerar características como da idade, condições de saúde dos usuários e o local em que acontece o atendimento.

A consolidação da padronização de caixas ou carrinhos de emergência se dá através da construção e empregabilidade de listas de checagem ou *checklist*. Este instrumento, segundo Amaya et al. (2016) consiste numa estratégia que proporciona segurança aos usuários e aos profissionais de saúde, contribuindo para a redução de efeitos adversos e consequências ético-legais aos estabelecimentos de saúde bem como aos profissionais.

Diante das argumentações realizadas, e com o intuito de trazer subsídios para a prática da Enfermagem Baseada em Evidências (EBE), este estudo foi motivado pela vivência profissional de intercorrências em nível de urgência ou emergência no contexto da atenção básica em saúde.

Foi possível notar as dificuldades enfrentadas pela equipe multidisciplinar, como a deficiência de recursos materiais, humanos e educativos voltados para solucionar situações de instabilidade de condições vitais, o que dificultou a promoção de uma assistência mais eficiente diante de situações de urgência e emergência. Observou-se, também, a necessidade da existência de um instrumento, que norteasse a equipe para manutenção e uso adequado de

dispositivos como: caixas ou carrinhos de emergência, que devem existir em estabelecimentos de saúde independente do nível de complexidade da assistência prestada pela instituição.

O presente estudo visa a construção de um *checklist* para a caixa de emergência do 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva, unidade que presta assistência básica de saúde para as populações dos bairros Baixa Grande e Jardim Esperança situados na cidade de Arapiraca.

Percebe-se que a existência e empregabilidade deste instrumento na referida unidade de saúde poderia proporcionar mais qualidade e eficiência a assistência prestada pela equipe multidisciplinar diante de eventos que representam situações de urgência e emergência. Além disso, traria benefícios à organização e forma de armazenamento dos insumos e fármacos utilizados para solucionar as instabilidades das funções vitais.

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Arapiraca está situado no interior do estado de Alagoas e apresenta, segundo levantamentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma área territorial de 345,655 km². Apresenta população estimada de 231.747 pessoas, com densidade demográfica de 600,83 hab/km² (IBGE, 2019).

O nível de escolarização da população entre 6 a 14 anos é de 95,9% (IBGE, 2010). O município apresenta um índice de desenvolvimento humano municipal de 0,649 e Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 17.511,69 (IBGE, 2017).

Arapiraca, segundo Ticianeli (2015), teve sua elevação a categoria de município no dia 30 de outubro de 1924 por meio da lei nº 1.009, de 30 de maio de 1924, onde foi desmembrada do distrito de Limoeiro.

A economia de Arapiraca se destacou em meados do século XX pelo desenvolvimento da cultura fumageira, o que lhe conferiu o título de “Capital Brasileira do Fumo”, devido apresentar maior área de plantação de fumo em nível mundial. Com a crise na atividade fumageira nos anos 2000, a economia local sofreu enfraquecimento o que conduziu seus investimentos para outras atividades como o comércio e serviços, os quais expandiram e proporcionaram destaque no âmbito nacional, gerando emprego e renda para a população (TICIANELI, 2015).

Considerando os aspectos do trabalho e rendimento, o município de Arapiraca apresentou uma média salarial de 1.6 salários mínimos. Neste período, o percentual de pessoas empregadas era de 17,3%. O grupo com rendimento mensal de até meio salário mínimo por

pessoa compreendeu 44,8% da população, o que conferiu ao município a posição 100 dentre as cidade do estado e colocação 2167 de 5570 dentre as cidades do país (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de Arapiraca conta com 40 Unidades Básicas de Saúde e três Unidades Simplificadas, distribuídas pelas zonas urbana e rural. A zona urbana, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), possui 25 unidades com 49 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e duas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A zona rural por sua vez, apresenta 15 Unidades Básicas de Saúde, com 18 ESF (SMS ARAPIRACA, 2017).

A Atenção Básica no município é constituída por 67 equipes de Saúde da Família, duas equipes do PACS, 48 equipes de Saúde Bucal e 10 equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Apresenta 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e 97,86% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (SMS ARAPIRACA, 2017).

As unidades do sistema de saúde de Arapiraca abrangem as áreas de cobertura evidenciadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Unidades de saúde que abrangem as áreas de cobertura do município de Arapiraca.

Unidades de Saúde	Áreas de Cobertura
1º Centro	Bairros: São Luiz I, São Luiz II, Guaribas, Ouro Preto e Nova Esperança
2º Centro	Bairros: Baixa Grande e Jardim Esperança
3º Centro	Bairros: Caititus I, Santa Esmeralda (parte), Brasiliana, Santa Edwiges Mangabeiras e Jardim de Maria
4º Centro	Bairros: Itapoã, Brasília (parte), Novo Horizonte (parte), Jardim Tropical (parte) e Comunidade Rio dos Bichos. Sítios: Gaspar, Mocó, Pedra Preta e Campestre
5º Centro	Bairros: Centro, Capiatã e Alto do Cruzeiro
Bananeiras	Vila Bananeiras Sítios: Ingazeira, Riacho Seco, Terra Fria, São Bernardo, Piauí e Faz. São José
Boa vista	Bairros: Verdes Campos, Boa Vista e Guaribas (parte) Conjuntos: Alfaville, Residencial Bela Vista e Chácara das Palmeiras
Baixão	Bairros: Baixão e Eldorado
Bom Sucesso	Bairros: Massaranduba e Bom Sucesso Residenciais Arapiraca, Cerejeiras, Arueiras e Colibri Conjunto Mandacaru Vila do Grilo e Condomínio Zé do Ouro
Baixa da Onça	Povoados: Baixa da Onça, Tapera e Baixa da Hora Sítios: Perucaba e Barro Vermelho Logradouro São Pedro
Batingas	Sítios: Batingas, Alazão e Furnas Barracão, Beco da Granja, Poço de Sant'Ana e Conjunto Frei Galvão
Bom Jardim/ Pé Leve	Sítios: Bom Jardim e Pé Leve
Brisa do Lago	Conjuntos: Brisa do Lago e Lago do Sul Cazuzinhos
Cohab Nova	Bairro Planalto, Sítios: Quati e Serra dos Ferreira

	Povoado Olho D'água de Cima
Canaã	Vila Canaã, Assentamento Ceci Cunha, Sítios: Campestre, Breu, Fazenda, Itapicuru e Lagoa Nova
Canafistula	Bairros: Canafistula e Jardim Tropical (parte) Conjunto Frei Damião
Cangandú	Sítios: Cangandú, Flexeiras, Varginha, Barro Vermelho e Terra Fria
Carrasco	Sítios: Carrasco, Bom Nome, Sementeira, Bananeiras/Tabela e Olho D'água de Cima
Capim	Povoado Capim Sítios: Capim do Umbuzeiro, Mundo Novo, Bom Nome, Esporão, Riachão e Lagoa Cavada
Cavaco	Bairro Cavaco
Daniel Houly	Bairro Brasília
Edler Lins	Bairros: Zélia Barbosa Rocha, Poço Frio e Vale das Águas
Fernandes-Pau Ferro	Sítio Fernandes, Auto do Breu e Olho D'água do Brejão Fazendas Santa Helena Braunas e Magalhães Povoado São Lourenço e Baixa da Lama
Jardim das Paineiras	Bairro Jardim das Paineiras
João Paulo II	Bairro João Paulo II
Laranjal	Povoado Lagoa Seca Sítios: Laranjal e Bálsamo
Manoel Teles	Bairro: Manoel Teles
Nossa S^a Aparecida	Conjunto Nossa S ^a Aparecida
Nilo Coelho	Bairro Senador Nilo Coelho
Pau D'arco	Povoado Pau D'arco Sítios: Poção, Narciso, Sapucaia, Cajarana, Gruta D'água, Taboquinha e Taquara
Primavera	Bairro Primavera
Poção	Sítios: Poção, Oitizeiro, Lagoa do Poção e Mocó
Riacho Seco	Sítio Riacho Seco
Arnon de Melo	Bairros: Senador Arnon de Melo, Mangabeiras Sítio Mangabeiras Povoado Santa Mônica Condomínios: Auto Jardim Loteamentos: Ares da Serra e Cidade Nova
Teotônio Vilela	Bairro: Senador Teotônio Vilela
Vila São José	Vila São José Sítios: Tinguí, Xexeu, Azedem e Lagoa Azeda
Vila Aparecida	Vila Aparecida Sítios Lagoa D'água, Baixa do Capim, Genipapo e Poço da Pedra
Vila São Francisco	Vila São Francisco Sítios: Serrote de Cima, Serrote do João Dias, Alto dos Galdinos, Fazenda São José da Silva, Lagoa Cavada, Divisa com Capim, Divisa com Mundo Novo
Verdes Campos	Bairro Verdes Campos

Fonte: SMS ARAPIRACA, 2017.

A assistência em saúde da família conta com uma rede integrada de estabelecimentos de saúde que facilitam a referência e contrarreferência das demandas apresentadas pelos usuários. Nesta rede podem ser observadas a assistência em saúde mental, saúde da mulher, da criança e outras especialidades.

O presente estudo será realizado no 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva, que é um estabelecimento de saúde do município de Arapiraca, que promove assistência em saúde da família para as populações adscrita dos bairros Baixa Grande e Jardim Esperança.

1.2.1 Organização dos pontos de atenção à saúde

Em Arapiraca, o sistema de apoio e logística, de acordo com dados coletados no CNES (2020), conta com o Centro de Referência Integrado de Arapiraca (CRIA), um estabelecimento de saúde que presta serviços especializados a população em geral do município de Arapiraca e de outras localidades do estado de Alagoas.

Os serviços ofertados pelo centro de referência compreendem, segundo a SMS Arapiraca (2017), atendimentos de saúde realizados por profissionais especializados, que constituem uma equipe multidisciplinar. Estas especialidades, em sua maioria, não existem nas unidades básicas de saúde, que por sua vez, direcionam os usuários que necessitam de atendimento peculiar para este e outros centros de referência.

O CRIA apresenta uma equipe multidisciplinar constituída por enfermeiros, assistente social, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, pneumologista, hansenólogo, ginecologista, alergista, neurologista, dermatologista, otorrinolaringologista, técnicos em enfermagem, assistente administrativo e auxiliar de serviços gerais. Anexo ao CRIA existe o Centro de especialidade odontológico José Gláucio Gomes (CEO), que apresenta em sua equipe odontólogos com várias especializações, assistentes de saúde bucal, agente administrativo e auxiliar de serviços gerais (CNES, 2020).

O Centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST) tem como foco principal a prevenção e promoção da saúde do trabalhador bem como, vigilância. Foi habilitado em 19 de maio de 2004, através da portaria nº 177 do Ministério da Saúde (SMS ARAPIRACA, 2017).

A equipe do centro é composta por médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, assistente social, psicólogo, farmacêutico, técnico de segurança do trabalho, assistente administrativo e auxiliar de serviços gerais (CNES, 2020).

Nas visitas realizadas aos estabelecimentos, o CEREST realiza ações voltadas para promoção e prevenção da saúde do trabalhador, observando a existência dos riscos físico, químicos, biológicos psicológicos e ergonômicos; atenta para existência e uso equipamentos de proteção individual e coletivos por parte dos profissionais submetidos aos riscos (SMS ARAPIRACA, 2017).

O Centro de testagem e aconselhamento (CTA) é outra unidade de saúde da organização em rede, que segundo a prefeitura de Arapiraca (2019), realiza as sorologias para o diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e de algumas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como sífilis e hepatites. No município de Arapiraca, o CTA é o centro de

saúde para detecção, aconselhamento, tratamento e acompanhamento, realiza também atividades extra-muro, para alcançar populações mais vulneráveis à infecções por HIV e ISTs.

No CTA são ofertados à população serviços de coleta de material para exames específicos para a detecção de ISTs, o serviço de aconselhamento coletivo e individual, agendamento de consultas e exames, visitas domiciliares. Os exames de carga viral e CD4 são realizados no Laboratório Central (LACEN) em Maceió (ARAPIRACA, 2019).

O Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca (CEMFRA) é segundo a SMS (2017), o estabelecimento de saúde responsável pela reabilitação de pessoas com limitações físicas, intelectuais temporária ou permanente, progressivas, regressivas, ou estáveis. Este centro, oferece assistência à pessoas que demandam reabilitação física ou intelectual residentes nos municípios que constituem a 2ª Macrorregião de Saúde. Além disso, é responsável pela dispensação de bolsas de colostomia para usuários deste e de outros 45 municípios do estado de Alagoas.

O CEMFRA também realiza a oferta cadeiras de rodas e de banho, meios auxiliares de locomoção e aplicação de toxina botulínica. O mesmo fornece ainda, carteira de passe livre em microônibus adaptado para indivíduos que não apresentam condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional, ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (SMS ARAPIRACA, 2017).

O Laboratório Municipal realiza coletas de sorologia para as doenças de notificação compulsória, segundo a Portaria 204/2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). As coletas mais realizadas segundo a prefeitura de Arapiraca são: dengue, zika, *chikungunya*, coqueluche, tuberculose, HIV, sífilis, hepatites virais, doenças exantemáticas como sarampo e rubéola, febre amarela, doença meningocócica, doença de chagas, paralisia flácida aguda (ARAPIRACA, 2019).

A coleta de amostras, segundo a prefeitura de Arapiraca (2019), é encaminhada para o Laboratório Central, em Maceió, e seus resultados são disponibilizados dentro de prazos previamente estabelecidos, através do Sistema Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL).

No que diz respeito ao atendimento de gestantes, Arapiraca possui maternidades vinculadas à rede cegonha e o acompanhamento de pré-natal é realizado em todas as unidades básicas de saúde e nas unidades que possuem o programa saúde na hora, além disso, o município possui a unidade de Referência à Gestante de Alto risco e Pediatria, o Espaço Nascer (ARAPIRACA, 2019).

Segundo a atual gestão, este espaço é destinado às gestantes de alto risco, que são encaminhadas pela atenção básica para a complementação do pré-natal. Neste serviço, as gestantes contam com suporte de exames diagnósticos e laboratoriais com acompanhamento obstétrico e da equipe multidisciplinar (ARAPIRACA, 2019).

O Banco de leite Humano Ivete França Lima é um estabelecimento que compõe as redes cegonha e de atenção à saúde de Arapiraca. Tem como produto principal o leite materno humano. O ambiente de manipulação exige cuidados minuciosos e controle de qualidade (ARAPIRACA, 2019).

O público atendido pelo banco de leite humano de Arapiraca consiste em nutrízes, lactentes e puérperas. O foco principal é garantir a qualidade do alimento, ou seja, do leite materno e proporcionar melhores condições de saúde à puérpera com algum problema no início da amamentação e à nutriz que irá amamentar ou doar seu leite (SMS ARAPIRACA, 2017).

No contexto da saúde mental, a rede de saúde deste município conta com dois centros de atenção psicossociais e um hospital psiquiátrico. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Nise da Silveira, segundo a prefeitura de Arapiraca (2019), conta com equipe multiprofissional e atualmente, a unidade atende cerca 800 usuários que apresentam transtornos mentais.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) possui atendimento voltado para usuários de álcool e drogas que desejam, por livre e espontânea vontade se libertar do uso abusivo e do consumo indevido de drogas. O público alvo das ações do CAPS-AD, compreende adultos e adolescentes a partir dos 12 anos de ambos os sexos (SMS ARAPIRACA, 2017).

Os atendimentos realizados por esta modalidade de CAPS compreendem atendimentos individuais e compartilhados, executados por equipe multiprofissional; educação em saúde através de grupos de reencontro, prevenção de recaídas, reinserção social, fisioterapia, caminhada, orientação quanto as medidas de autocuidado e orientações farmacêuticas. Além disso, são realizadas oficinas de relaxamento e de geração de renda; comemorações temáticas; visitas domiciliares; trabalho intersetorial; promoção de alimentação balanceada e oferta do transporte aos usuários em tratamento diário. A partir da implementação do tratamento, são estabelecidas metas, pois o plano terapêutico é específico para cada paciente segundo as suas demandas (SMS ARAPIRACA, 2017).

Na abordagem aos pontos de atenção à saúde, observou-se que o município conta ainda, com uma unidade do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) que se encontra sob administração da esfera estadual e com o sétimo grupamento de bombeiros militar de Arapiraca (ARAPIRACA, 2019).

No âmbito hospitalar, onde são realizados diversos atendimentos de média e alta complexidade, o município conta com a Sociedade Beneficente Nossa Senhora do Bom Conselho, que é o Hospital Regional de Arapiraca. Esta instituição representa a porta de entrada para o atendimento de casos clínicos e está vinculado à rede cegonha apresentando uma maternidade em suas dependências. Vinculada à rede cegonha, também existe a Casa de saúde e maternidade Nossa Senhora de Fátima (SMS ARAPIRACA, 2017).

O hospital de emergência Dr. Daniel Houly, por sua vez, promove suporte aos casos de trauma. E por fim, o Complexo hospitalar Manoel André - Hospital Chama, executa tratamentos clínicos, oncológicos, nefrológicos e relativos aos casos de trauma. (ARAPIRACA, 2019).

Diante da situação vivenciada pela pandemia do *covid 19*, a rede hospitalar de Arapiraca vem sofrendo grandes modificações, visto que existe a necessidade de adequação dos ambientes para tratar esta patologia, e manter a assistência em saúde para a outras demandas existentes.

1.3 Aspectos da comunidade

O bairro Baixa Grande está situado na zona urbana de Arapiraca-Al, fazendo divisa com os bairros Cavaco, Jardim Esperança e Brasiliana. De acordo com dados do IBGE (2010) o bairro apresenta uma população de 4.691 habitantes, sendo a população do sexo masculino representada por 2.227 habitantes, e a população feminina, por 2.464 habitantes.

No bairro Baixa Grande está localizada a unidade básica de saúde (UBS) que foi alvo do presente estudo. Esta unidade possui duas equipes da estratégia de saúde da família, sendo a equipe I (que corresponde a equipe do bairro Baixa Grande) a escolhida para a realização deste estudo. Esta equipe, dividiu o bairro em nove micro áreas, onde duas destas compreendem micro áreas descobertas da atuação do agente comunitário de saúde (ESUS, 2020).

A equipe I apresenta 1148 famílias cadastradas com um total de 4374 usuários que configuram a população adscrita do bairro Baixa Grande (ESUS, 2020).

1.3.1 Aspectos socioeconômicos

O bairro Baixa Grande, segundo o Applocal bairros (2020), corresponde a um dos 42 bairros pertencentes ao município de Arapiraca. O mesmo apresenta um total de 56 ruas e 43 estabelecimentos comerciais, que se dividem por vários seguimentos do comércio, serviços e indústria. Estes estabelecimentos consistem em: casas de material de construção, supermercados, farmácias, lojas de peças de carros, lojas de roupas, lanchonetes, pizzarias, churrascarias, livraria, entre outros.

A maior ocupação dos moradores do bairro Baixa Grande se encontra no comércio local. Vários estabelecimentos comerciais existentes no centro da cidade compreendem a principal fonte de renda da população. O comércio do bairro também representa uma fonte de emprego em ascensão de acordo com o Applocal bairros (2020).

O espaço de socialização acessível à comunidade é o ginásio Acebílio Vieira, inaugurado em 2018. A edificação deste ginásio foi uma homenagem a um ícone do esporte de Arapiraca, o jogador Acebílio Vieira Leite, que fez história ao fazer parte do grupo que proporcionou o primeiro título do Campeonato Alagoano para a Agremiação Esportiva de Arapiraca (ASA) em 1953, configurando um incentivo a prática de esportes para a comunidade (ARAPIRACA, 2019).

De acordo com informações obtidas na UBS, no ginásio, além da prática de esportes, são realizadas reuniões por grupos da comunidade para tratar questões sociais. A UBS também utiliza o espaço para práticas educativas e ginástica laboral com grupos pertencentes a população adscrita das equipes de estratégia de saúde da família, que pertencem a esta unidade básica de saúde.

No contexto educacional o bairro Baixa Grande conta com três escolas de ensino fundamental e uma creche. A creche Maria Bergman e a Escola de Ensino Fundamental Fundação João XXIII são geridas pela esfera municipal. No âmbito estadual, apresenta apenas uma instituição de ensino fundamental, que é a Escola Estadual Dr. José Tavares. A Escola Virgem dos Pobres por sua vez, pertence a rede particular de ensino e executa o ensino fundamental (ESCOLAS, 2020).

A situação de saneamento básico no município, segundo a SMS Arapiraca (2017), contempla 81% de água fornecida pela rede pública; 99,4% de moradias particulares permanentes que possuem energia elétrica e 91, 3% de domicílios com coleta de lixo. No bairro Baixa grande, a coleta de lixo ocorre três vezes por semana e todas as casas apresentam energia elétrica e abastecimento de água pela rede pública, o esgotamento sanitário ocorre por meio de fossas sépticas que são construídas em cada residência pelos proprietários.

1.3.2 Aspectos demográficos

Os aspectos demográficos do bairro Baixa Grande foram coletados através do relatório mensal da equipe de saúde que é alvo deste estudo, e fazem referência ao mês de outubro de 2020 (Tabela 1).

Tabela 1 – Aspectos demográficos do bairro Baixa Grande.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
MENOS DE 01 ANO	13	10	23
01 ANO	17	18	35
02 ANOS	17	22	39
03 ANOS	17	23	40
04 ANOS	23	13	36
05 A 09 ANOS	138	150	288
10 A 14 ANOS	145	148	293
15 A 19 ANOS	149	188	337
20 A 24 ANOS	177	198	375
25 A 29 ANOS	169	165	334
30 A 34 ANOS	153	207	360
35 A 39 ANOS	127	213	340
40 A 44 ANOS	153	213	366
45 A 49 ANOS	147	179	326
50 A 54 ANOS	95	173	268
55 A 59 ANOS	91	136	227
60 A 64 ANOS	66	111	177
65 A 69 ANOS	88	104	192
70 A 74 ANOS	47	67	114
75 A 79 ANOS	34	43	77
80 ANOS OU MAIS	40	87	127

Fonte: Dados da pesquisa

1.3.3 Aspectos epidemiológicos

Diante dos aspectos epidemiológicos evidenciados pelo bairro Baixa Grande, também foram coletados dados específicos referentes ao mês de outubro de 2020 (Tabela 2) com equipe de saúde que faz o atendimento dos usuários, os quais pertencem as nove micro áreas em que o bairro foi dividido.

Tabela 2 – Aspectos epidemiológicos do bairro Baixa Grande

CONDIÇÃO DE SAÚDE	QUANTITATIVO (Nº)
GESTANTES	21
HIPERTENSOS	479

DIABÉTICOS	180
PESSOAS COM HANSENÍASE	00
PESSOAS COM TUBERCULOSE	02

Fonte: Dados da pesquisa.

A equipe I apresenta uma taxa de natalidade de aproximadamente 1,14% ao mês, segundo dados coletados através do ESUS (2020). A equipe realiza o acompanhamento gestacional através do pré-natal, assegurando o número mínimo de 6 consultas com enfermeiro e médico, conforme as preconizações do ministério da saúde. Diante de condições de alto risco, executa o sistema de referência e contrarreferência através dos serviços de assistência especializadas existentes no município (BRASIL, 2013c).

1.3.4 Principais causas de hospitalizações e óbitos, causas de internação e doenças de notificação referentes à sua área de abrangência.

As principais causas de hospitalizações que ocorrem com certa frequência no bairro Baixa Grande compreendem: internação de menores de 5anos por pneumonia ou desidratação e internação de crianças a partir do 28º dia de vida até 11 meses e 29 dias. No caso desta última faixa etária, não houve internações em outubro de 2020. As causas de internações para a faixa etária de 28 dias até 11 meses e 29 dias não foram encontradas nos relatórios do ESUS ou nas produções mensais do ano de 2020.

Na referida área de abrangência, também é comum ocorrer internações devido a complicações do diabetes, abuso de álcool e por outras causas. Contudo, no mês de outubro de 2020, não houve internações hospitalares de pessoas destes grupos, considerando as causas mencionadas. Além disso, não ocorreu internações de crianças de 28 dias a menores de cinco anos neste intervalo de tempo.

As causas de óbitos envolvendo a faixa etária de 28 dias a 1 ano, segundo a produção de outubro de 2020, teve como principais motivos patológicos: diarreia, infecção respiratória e outras causas. No caso das outras faixas etárias os óbitos ocorrem, em sua maioria, no intervalo de 10 a 49 anos de idade em ambos os sexos e abrangem tanto causas patológica quanto causas externas.

Contudo, não foi observado um padrão específico de adoecimento ou causa externa para esta faixa etária, visto que não foi possível ter acesso as produções mensais anteriores e relatórios do ESUS (2020). No mês de outubro de 2020, também não foram notificados óbitos considerando as causas anteriormente mencionadas.

As doenças de notificação compulsória com maior predominância de investigação na área de abrangência da equipe I são: dengue, hanseníase, tuberculose, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sífilis e hepatites virais.

Segundo dados obtidos através do ESUS (2020), foram notificados no mês de outubro apenas dois casos de tuberculose que seguem em tratamento domiciliar e acompanhamento da ABS. Quanto as outras doenças de notificação compulsória, não foi possível obter informações de sua ocorrência e notificação através do ESUS e SMS.

Não houve ocorrência das demais doenças de notificação compulsória que constam na Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. No caso do índice de adoecimento por COVID 19, Arapiraca encontra-se na fase azul. O último boletim epidemiológico oficialmente divulgado contabilizou um total de 263 casos confirmados no bairro Baixa Grande. O município teve 14.472 casos descartados, 10.399 casos confirmados, 11 hospitalizados, 173 óbitos e 8.318 casos curados (ARAPIRACA, 2020).

1.4 A Unidade Básica de Saúde (2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva)

O 2º Centro de Saúde está situado no município de Arapiraca-AL, na rua Expedicionários Brasileiros, nº 124, Bairro Baixa Grande, foi inaugurado no dia 24 de abril de 1988, na gestão do prefeito Severino Leão Barbosa. Em 2016, foi reinaugurado com o nome de 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva, uma homenagem ao doador do terreno onde atualmente está situada a unidade, e também um dos fundadores desta localidade. O Sr. Domingos Honório da Silva era oriundo de uma família tradicional no município de Arapiraca.

A estrutura física do 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva é constituída por sala de recepção, espaço para arquivamento de fichas e agendamentos dos atendimentos. Apresenta três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios odontológicos, uma sala da gerência, uma sala para o serviço social, uma farmácia, sala de vacinas, sala destinada à coleta de sangue para triagem neonatal, que possui um refrigerador para armazenamento das amostras coletadas e acondicionamento das insulinas, bem como, para o material do atendimento odontológico, que deve ser mantido sob refrigeração.

Apresenta uma sala, que atualmente vem abrigando os setores de: pré-consulta, acolhimento e classificação de risco, além disso, a mesma comporta o setor de preparo e administração de medicamentos, nebulização, servindo também, como sala observação para pacientes medicados e uma sala de curativos. Diante da pandemia do coronavírus a sala de

curativos passou a ser uma espécie de isolamento e consultório para atendimento das síndromes gripais.

A unidade de saúde dispõe ainda de uma sala de esterilização, dois banheiros para os usuários, dois banheiros para funcionários, uma copa, uma sala de reuniões, que foi ocupada por usuários apresentaram sintomas gripais nos meses onde houve pico para os casos de COVID 19. O objetivo desta era segregar os casos de síndromes gripais das outras patologias que também eram atendidas na unidade nos meses de pico.

O público atendido pelo 2º Centro de Saúde de Arapiraca é composto por moradores do bairro Baixa Grande os quais são atendidos pela equipe de saúde da família nº 1 e os moradores do bairro Jardim Esperança que são atendidos pela equipe nº 2.

Na referida UBS são prestados serviços voltados para prevenção e manutenção da saúde da população adscrita, que compreendem: pré-natal, hiperdia, puericultura com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, PNI (Programa Nacional de Imunização), o atendimento em consultório odontológico, NASF, saúde na escola e assistência à demanda espontânea.

Os serviços ofertados ao público desta comunidade compreendem: consultas médicas, de enfermagem, odontológicas incluindo os procedimentos de especialidades, consultas com ginecologista, nutricionista e psicólogo, atendimento do serviço social, imunização com todos os imunobiológicos disponíveis conforme o calendário de vacinas estabelecido pelo PNI, troca de curativo, retirada de pontos, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais e medidas antropométricas, dispensação de medicamentos e insumos para o cuidado, autocuidado e prevenção de doenças.

1.5 A Equipe de Saúde da Família do bairro Baixa Grande

A referida UBS é constituída por duas equipes da Estratégia Saúde da Família. A equipe 1, que abrange a comunidade do bairro Baixa Grande, apresenta população adscrita num total 4374 pessoas. A equipe multidisciplinar é constituída por: uma enfermeira, um médico, um técnico de enfermagem, uma odontóloga, uma Auxiliar de saúde bucal e sete Agentes Comunitários de Saúde.

Existe uma deficiência de vários recursos humanos há mais de três meses, sobrecarregando setores essenciais de atendimento à população. É importante salientar que os agentes de endemias não são diretamente vinculados à UBS, no entanto prestam assistências às comunidades, mediante vínculo com a secretaria municipal de saúde de Arapiraca.

As inter-relações entre os membros da equipe e demais profissionais de saúde que atuam no 2º Centro de saúde Domingos Honório da Silva, são fundamentadas no diálogo, entre os membros da equipe e demais profissionais bem como, na escuta qualificada dos usuários que buscam atendimento no serviço.

O que prejudica o bom andamento dos serviços e relacionamento entre os profissionais é a carência de recursos humanos, medicamentos, materiais e insumos. No ápice dos casos de *covid 19*, por exemplo, a unidade passou por imenso desgaste em virtude da falta de profissionais como: técnicos de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e assistentes administrativos, além da escassez de equipamentos de proteção individual. Houve momentos em que a unidade ficou sem técnicos de enfermagem, sem auxiliar de serviços gerais e agentes administrativos, devido afastamentos por infecção pelo *covid 19*, ou pelo fato de diversos profissionais se enquadrarem no grupo de risco.

Diante de eventos desta magnitude, percebe-se o desgaste nas relações interpessoais, os prejuízos trazidos na promoção da assistência, visto que prevalece a sobrecarga de trabalho e as vulnerabilidades diante de tais carências.

Apesar das deficiências e desgastes, percebe-se que os profissionais atuantes são comprometidos e têm como foco principal a promoção de uma assistência de qualidade para a população adscrita, buscando gerenciar de forma eficiente os recursos disponíveis de modo a atender as demandas apresentadas pelos usuários da melhor maneira possível, evitando que os mesmos retornem para casa sem a assistência necessária.

Observa-se neste contexto, que apesar das carências, a população adscrita acredita no serviço, e busca tanto os atendimentos por adoecimento, quanto a assistência preventiva ofertada pela equipe de saúde. Além disso, é notória a frequente busca de usuários de vários outros bairros do município, por imunobiológicos, medicamentos, troca de curativos, entre outros procedimentos que fazem parte do rol da atenção básica em saúde. Percebe-se um nível de confiança muito grande por parte da população do município, na assistência prestada pelo 2º Centro de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe do bairro Baixa Grande

O funcionamento da unidade ocorre de 7:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira, contando com atendimento médico, odontológico e de enfermagem durante todos os dias da semana, além da assistência do NASF.

Os atendimentos realizados durante a semana, que estão distribuídos para a demanda programada das duas equipes, correspondem: ao acompanhamento das gestantes através do pré-

natal que acontece duas vezes na semana. A puericultura, também é realizada duas vezes na semana por enfermeiro e médico; o atendimento de hiperdia é executado duas vezes na semana pelos dois profissionais anteriormente mencionados.

O atendimento odontológico é realizado de segunda a sexta feira, nos dois horários pelas duas equipes de saúde bucal e abrangem tanto a demanda programada considerando suas peculiaridades, quanto a demanda espontânea.

Em determinado momento da semana é realizado o atendimento direcionado a saúde da mulher com a realização do Papanicolau, consultas médicas e de enfermagem. São realizados ainda, testes rápidos para HIV, hepatites viris e sífilis durante as consultas de enfermagem, que envolvem a saúde da mulher e planejamento familiar, este acontece uma vez por semana. As visitas domiciliares por sua vez, acontecem em um turno de cada dia, sendo realizadas uma vez por semana por cada profissional. Nesta conjuntura, quando necessário as especialidades do NASF também executam a visita isoladamente ou juntamente com os médicos ou enfermeiras.

A demanda espontânea e acolhida pela equipe de enfermagem e corpo administrativo da UBS, neste contexto, são realizadas as escutas iniciais e direcionamento dos usuários para o atendimento necessário.

Os grupos com pacientes são realizados conforme a condição de saúde dos usuários que fazem parte da população adscrita. As equipes possuem grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e de idosos, que tiveram suas atividades limitadas em virtude da *covid 19*. No entanto, durante o mês eram realizadas de palestra e atividades de educação em saúde com estes públicos, além de práticas que estimulam a execução de atividades físicas pelo público, considerando é claro, as particularidades das condições físicas e de saúde do público que frequenta cada grupo.

As atividades de educação continuada ou permanentes são constantemente promovidas pelos enfermeiros e apoiadores da atenção básica no município. As atividades de educação permanente buscam proporcionar novos conhecimentos, otimizar práticas existentes ocorrendo de maneira democrática de modo que todos os envolvidos expõem suas opiniões e tragam suas contribuições para o trabalho que será executado.

A educação continuada por sua vez, proporciona conhecimentos atualizados quanto às práticas executadas ou implementadas no contexto da atenção básica a fim de otimizar o serviço de maneira que a assistência ocorra de forma eficiente e eficaz.

Aos sábados, o 2º Centro de Saúde, bem como os outros quatro centros de saúde que fazem parte da rede de atenção básica do município, funcionam promovendo o serviço de

pronto atendimento no âmbito clínico a toda população adscrita, e público em geral do município.

Nesta modalidade de serviços, a unidade funciona de 7:00 às 16:30h, ofertando atendimento médico, de enfermagem e do serviço social, além disso, ocorre o funcionamento da sala de vacinas, sala de curativos e administração de medicamentos. A equipe que atua nesta modalidade de serviço não é a mesma da semana, tratando-se de uma equipe terceirizada.

1.7 O dia a dia da equipe do bairro Baixa Grande

O processo de trabalho executado pela equipe busca executar as atividades estabelecidas pela estratégia de saúde da família, de modo a atender os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, adolescentes, mulheres em idade fértil, idosos entre outros, considerando todos os princípios do Sistema único de Saúde (SUS).

Para todos os grupos mencionados existe uma rotina de atendimentos específica, que é organizada pelas duas equipes, atendendo assim, as demandas das populações adscritas. A rotina dos atendimentos realizados pela equipe do bairro Baixa Grande compreende a distribuição dos atendimentos de pré-natal em dois dias da semana sendo realizados tanto pelo médico, quanto enfermeiro. Além disso, são realizados em dois dias da semana atendimentos específicos para hipertensos e diabéticos e saúde da criança.

Existe um momento semanal voltado para a realização de atendimentos da saúde da mulher e planejamento familiar, além da visita domiciliar. Todas estas atividades são realizadas geralmente pelo médico e enfermeiro.

Diante de algumas particularidades as visitas domiciliares, os atendimentos de pré-natal, hiperdia e puericultura contam também com a assistência especializadas dos profissionais que fazem parte do NASF, bem como da equipe odontológica. Para tanto, nem sempre é necessário que os usuários estejam inseridos em demandas programadas, se houver necessidade durante os atendimentos marcados com médicos ou enfermeiros, o usuário pode ser direcionado a especialidade que estará atendendo na UBS no dia da consulta marcada.

Procedimentos como: imunização, retirada de pontos, troca de curativos, aferição de sinais vitais e medidas antropométricas, coletas de sangue para triagem neonatal, entre outros procedimentos executados pela equipe técnica de enfermagem, são realizados diariamente pelos profissionais de nível técnicos que são cadastrados em qualquer uma das equipes.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Os problemas levantados nesta unidade básica de saúde são sempre discutidos entre os profissionais que fazem parte da equipe e comunidade e comunicados à gestão. No entanto, questões como a deficiência de recursos humanos, por exemplo, são pouco valorizadas pelos gestores, visto que categorias como serviços gerais e agentes administrativo atuaram com apenas um profissional há mais de 4 meses.

A equipe de enfermagem nesta pandemia, atuou com apenas um técnico de enfermagem por 5 meses. Os gestores municipais alegaram que não havia condições de contratar profissionais para suprir estas demandas, no entanto, a equipe de saúde não desistiu de lutar por melhorias.

Os insumos, por sua vez, não são totalmente abastecidos, mas sempre estão sendo complementados, mesmo que só exista apenas uma unidade de cada insumo ou dispositivo para a realização da assistência.

Para o presente estudo, foi elaborado um quadro (Quadro 2), onde estão elencados os problemas que, na visão da equipe multidisciplinar, são passíveis de intervenção, uma vez que os problemas que estão ao alcance da gestão são de difícil resolução.

Quadro 2 – Problemas relacionados pela equipe multidisciplinar passíveis de intervenção.

SETOR /ATIVIDADE	CAIXA DE EMERGÊNCIA + CHECKLIST	PRÉ-CONSULTA	SALA DE OBSERVAÇÃO	ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM
SITUAÇÃO IDENTIFICADA	Medicações específicas para o atendimento de urgência e emergência são armazenadas junto as medicações de rotina; Dificuldade no acesso as medicações durante as situações de urgência e emergência, devido à falta de organização.	Déficit em critérios de acolhimento e classificação de risco.	Déficit em organização da sala, devido a carência de técnicos de enfermagem e insumos.	Carência de técnicos de enfermagem; Dificuldade na distribuição das atividades.
AÇÕES PROPOSTAS	Construir uma caixa de armazenamento para medicações de urgência e emergência; Criar uma maneira de armazenar as medicações de	Atualizar protocolos de acolhimento e classificação de risco da unidade.	Organizar o setor junto a equipe de enfermagem.	Reivindicar a contratação de profissionais de enfermagem do nível técnico; Propor quadros com horários e escala de

	rotina em local diferente das medicações destinadas ao atendimento de urgência e emergência.			setores a fim de evitar sobrecarga.
ESTRATÉGIAS E SOLUÇÕES	Implementar caixa de emergência; Criar um <i>checklist</i> para a caixa de emergência; Realizar capacitação com toda a equipe de enfermagem.	Realizar capacitação com toda a equipe de saúde da família.	Selecionar momento com a presença de toda a equipe de enfermagem para a organização do ambiente.	Implementar escala de serviços e rodízio semanal de setores.
RESULTADOS ESPERADOS	Melhora do acesso e manipulação das medicações nas situações de urgência e emergência.	Melhora do atendimento e fluxo da demanda espontânea.	Melhora na organização e distribuição dos insumos no setor.	Admissão de técnicos de enfermagem Melhora na distribuição dos serviços entre profissionais; Minimizar sobrecarga de trabalho.
PRAZOS	3 meses	2 meses	3 meses	3 meses
RESULTADOS ALCANÇADOS	Melhora na organização dos materiais de urgência e emergência; Eficiência e eficácia na assistência prestada.	Melhora no direcionamento dos usuários aos atendimentos de suas demandas.	Melhor organização dos insumos no setor.	Adesão ao rodízio de setores; Redução da sobrecarga de trabalho.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 3 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde de Baixa Grande, 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva, município de Arapiraca, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Ausência de <i>checklist</i> para caixa de medicações de urgência e emergência	Alta	8	Parcial	1

Déficit em critérios de acolhimento e classificação de risco.	Média	2	Parcial	2
Déficit em organização da sala de observação	Média	5	Parcial	2
Carência de recursos humanos;	Alta	6	Fora	1
Dificuldade na distribuição das atividades entre os membros da equipe de enfermagem	Alta	2	Parcial	1
Medicações utilizadas em caráter emergencial são acondicionadas junto as medicações de rotina	Alta	7	Parcial	1

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo teve como motivação a vivência profissional no âmbito do 2º centro de saúde Domingos Honório da Silva diante das situações de urgência e emergência, que solicitam condutas rápidas e precisas para minimizar os riscos de sequelas para os usuários acometidos por tais condições e impulsionar bons prognósticos.

Este trabalho pretende promover a construção de um *checklist* que facilite a uniformização e organização de materiais, equipamentos e medicamentos da caixa de emergência do 2º centro de saúde Domingos Honório da Silva.

A implementação deste instrumento seria uma estratégia facilitadora, visto que nortearia os profissionais de saúde habilitados para realização de conferência e reposição do conteúdo da caixa, além de melhorar assistência prestada aos pacientes acometidos por situações de urgência ou emergência.

A ausência de um *checklist* para caixa de emergência evidencia as falhas no processo de atendimento das urgências ou emergências, uma vez que a ausência dos materiais, equipamentos e medicamento obriga os profissionais a se deslocarem até a farmácia satélite ou almoxarifado em busca dos insumos necessários, acarretando assim, prejuízos à assistência a ser prestada.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Construir um *checklist* para a caixa de emergência do 2º Centro de Saúde Domingos Honório da Silva.

3.2 Objetivos Específicos

- Efetuar levantamento dos equipamentos, materiais e medicamentos que uma caixa de emergência deve apresentar, condizente com a fundamentação teórica e com a realidade de recursos apresentados pela secretaria de saúde do município;
- Elaborar uma relação de itens que a caixa de emergência de uma unidade básica de saúde deve possuir.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo foi desenvolvido através dos métodos do planejamento estratégico situacional e estimativa rápida, que possibilitaram a identificação do problema de saúde que fundamentou a realização deste trabalho, bem como dos nós críticos e ação para a resolução do problema detectado (FARIA et al., 2018).

O Planejamento Estratégico Situacional foi um método desenvolvido por Carlos Matus a partir da demanda de ampliação da capacidade de governar. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo que antecede e comanda a ação, envolvendo a capacidade de aprendizagem, correção e aprendizagem diante da problemática abordada (LACERDA et al., 2016).

A estimativa rápida, segundo Faria et al. (2018), consiste num método utilizado para a obtenção de um diagnóstico de saúde em determinado território. Trata-se de um método de coleta e análise de informações, que possibilitam o desenvolvimento de um plano de ação. As principais fontes de informação deste método consistem na análise de registros, execução de entrevistas e observação ativa da área estudada, esta foi a fonte utilizada para a elaboração deste trabalho.

Através do planejamento estratégico situacional, foi possível reconhecer os problemas enfrentados pela equipe que atua na unidade básica em questão. Os problemas, foram elencados no quadro 2, onde também foram apresentadas possíveis sugestões e estratégias para a resolução dos problemas identificados pela equipe.

Contudo, diante da ativa observação realizada através do método de estimativa rápida, percebeu-se a necessidade de classificar os problemas identificados por nível de prioridade, de modo que fosse possível ofertar uma resolução eficaz para o problema mais crítico

considerando-se a realidade da UBS, e a capacidade de resolutividade da equipe, bem como dos gestores.

O planejamento estratégico situacional solicita a participação do sujeito do planejamento em todo o processo. Nesta conjuntura, o mesmo deve entender sobre o espaço em que está inserido de maneira que haja discussões sobre os atores envolvidos, identificação dos problemas assim como sua tipificação. Além disso, é necessária a análise do cenário e definição dos momentos de planejamento, onde sejam determinadas as etapas explicativa, normativa, estratégica e o tático-operacional do plano de ação (LACERDA et al., 2016).

A classificação para priorização do problema possibilitou a identificação da demanda mais prioritária, permitindo a aplicação do planejamento estratégico situacional, visto que no quadro 3 foram evidenciados o nível de importância dos problemas, a capacidade de enfrentamento destes e o grau de urgência para a resolutividade de cada um. Diante disto, foi eleito como prioritário o problema que aborda a ausência de um *checklist* para a para caixa de medicações de urgência e emergência da referida UBS.

Durante a execução do método de estimativa rápida, foi observado o nível de importância que a existência de um *checklist* traria para a equipe, para os profissionais de saúde e para o público que utiliza os fármacos contidos na referida caixa.

A assistência prestada diante da instabilidade de sinais vitais seria mais eficiente e eficaz, visto que a conferência diária de um *checklist* poderia evitar a falta de medicamentos e insumos utilizados nos atendimentos de urgência e emergência no ambiente em questão.

Para fundamentação deste plano de intervenção foi realizada revisão de literatura conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): atenção básica em saúde, urgência e emergência, articulados através de operadores booleanos *AND* ou *OR*, a fim de melhor direcionar a busca por textos voltados para a temática abordada.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atendimentos de Urgência e Emergência na Atenção Básica em Saúde e sua relevância.

A atenção básica no Brasil é desenvolvida com maior nível de capilaridade e descentralização. É considerada a porta de entrada e centro de comunicação com toda rede de atenção à saúde assistindo às demandas programadas e espontâneas da população adscrita para cada região de saúde (BRASIL, 2012).

O cuidado direcionado à demanda espontânea na atenção básica deve ser fundamentado nos princípios do acolhimento e da escuta qualificada, aliado à uma gestão local reflexiva e às boas práticas de atendimento, proporcionando assim, um atendimento humanizado, resolutivo (BRASIL, 2013b).

Cordeiro Júnior et al. (2014), ressaltaram que a redução do agravamento das condições de saúde dos usuários antes do primeiro atendimento, vem de um acolhimento e classificação de risco estruturada o que amplia a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde, além de racionalizar o consumo de recursos.

O acolhimento à demanda espontânea associado ao atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, visto que a Atenção Básica trabalha em equipe, e possui o conhecimento prévio do histórico de saúde do usuário atendido em situação de urgência ou emergência (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica dispõe na maioria das vezes, de registros em prontuário que abordam a condição de saúde do usuário que busca o atendimento na demanda espontânea, o que viabiliza: o processo de referência e contrarreferência para a atenção primária, o acompanhamento do quadro de saúde do indivíduo e o estabelecimento de vínculo, caracterizando a continuidade do cuidado, e não somente em um atendimento pontual (BRASIL, 2013b).

5.2 Condições necessárias para execução do atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Básica

A promoção de um resolutivo atendimento que envolva casos de urgência e emergência deve considerar o perfil epidemiológico e demográfico da população adscrita, onde normalmente são evidenciados os índices de natalidade, mortalidade por causas externas, por doenças cardio e cerebrovasculares. Além disso, devem ser consideradas as faixas etárias com maior índice de mortalidade e nível de envelhecimento da população (BRASIL, 2013a).

O estudo de Cossinelli et al. (2019) demonstrou ser necessário a realização de investimentos e adequação dos serviços de urgência e emergência que possam ser ofertados pela atenção básica, visto que a atenção primária é considerada a porta de entrada ao sistema de saúde pública.

Diante do conhecimento do perfil epidemiológico, a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) objetiva articular equipamentos de saúde, ampliar e qualificar o acesso aos usuários de maneira humanizada e integral, além de garantir a agilidade

no atendimento daqueles que estejam sofrendo com instabilidade de funções vitais (BRASIL, 2013a).

Além disso, se faz necessário a implementação de práticas atualizadas para intervir neste contexto da saúde, o que permitirá, uma assistência resolutiva, humanizada e acolhedora, diante do entendimento e inclusão dos serviços de urgência na rede local (BRASIL, 2009).

A reordenação da RUE é outra condição necessária para a assistência de urgência e emergência na atenção básica. Esta deve acontecer de modo que a articulação com a rede de atenção básica promova o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de maneira qualificada e resolutiva (BRASIL, 2013a).

5.3 Caixa de Emergência

As buscas realizadas através desta revisão bibliográfica demonstraram que o termo Caixa de Emergência não é um descritor em ciências da saúde, no entanto, foi observado no estudo de Cossinelli et al. (2019) que as medicações e insumos utilizados para promover a adequada assistência às condições de vulnerabilidade das funções vitais em uma UBS, normalmente estão dispostos em armários ou caixas no âmbito da atenção básica.

Na esfera hospitalar, os insumos e fármacos utilizados para intervir em situações de urgência e emergência, segundo Gonzalez et al. (2013), geralmente estão dispostos em carrinhos com gavetas, bandejas e prancha de modo a facilitar o deslocamento dos materiais para o encontro com indivíduo que passa por instabilidade de funções vitais.

O carro de emergência é, de acordo com o parecer do Conselho Federal de Enfermagem - COREN-SP CT 037/2013, um aliado indispensável para a assistência às urgências e emergências nos diversos setores de unidades de saúde, unidades hospitalares e extra-hospitalares.

O conteúdo do carro de parada ou de emergência, segundo Gonzalez et al. (2013) deve ser classificado em níveis de prioridades. O primeiro nível indica os itens essenciais que devem estar disponíveis imediatamente; o segundo nível evidencia os artigos altamente recomendados, que devem estar disponíveis no local onde ocorreu a parada no tempo máximo de quinze minutos; o terceiro nível por conseguinte, determina itens recomendados, mas de caráter opcionais.

A parada cardiorrespiratória, segundo Bortolotti (2008) pode ser entendida como morte súbita de origem cardíaca. Trata-se de uma condição de instabilidade das funções vitais, que ocorre de maneira inesperada e pode ser ocasionada por obstrução das artérias coronárias,

devido a existência de placas de ateroma, alterações repentinas dos níveis pressóricos, disritmias graves, isquemia miocárdica, entre outras causas.

A identificação precoce de uma parada cardiorrespiratória associada a execução imediata de manobras de reanimação são imprescindíveis para que a vítima de parada possa ter um prognóstico favorável. Guimarães (2003) e Bortolotti (2008) evidenciaram em seus estudos, que as manobras de reanimação agregadas ao uso de instrumentos de desfibrilação ou cardioversão e a infusão de fármacos propícios, são imprescindíveis no tratamento de uma parada cardíaca.

Os profissionais de saúde que atuam na assistência e na conjuntura da urgência e emergência, devem segundo Gonzalez et al. (2013), conhecer o carro de emergência e ter habilidade em seu manuseio.

O parecer COREN/GO Nº 034/CTAP/2016 ressalta que o enfermeiro é o responsável técnico pela montagem, conferência e reposição do material pertinente ao carro de emergência. Além disso, enfatiza que a checagem do carrinho de parada pode ser uma função delegada aos profissionais de enfermagem, visto que a atuação do auxiliar e técnico de enfermagem é supervisionada pelo enfermeiro.

O enfermeiro possui, segundo Silva e Invenção (2018), um arcabouço teórico e prático fundamentado no cuidado, considerando o seu conhecimento especializado, seu nível de entendimento diante da complexidade das atividades executadas, além das habilidades padronizadas fora da instituição e atendimento direto aos usuários. O enfermeiro, poderia ser um importante membro do núcleo operacional, na base da organização dos dispositivos que envolvem a assistência em urgência e emergência.

A padronização do carro de emergência, segundo Guimarães (2003) e Gonzalez et al. (2013), deve ser realizada considerando o setor da unidade de saúde e a faixa etária dos usuários atendidos pelos serviços.

Os materiais necessários para a montagem do carro de emergência ou de parada, podem, segundo o parecer COREN/SP CT 037/2013, seguir os protocolos e diretrizes atualizados elaborados por órgãos como: a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde, COREN, entre outras instituições que tenham competência técnica e científica para tal função. Contudo, é recomendado pelo COREN/SP, que sejam observadas as particularidades de cada estabelecimento, bem como as demandas setoriais e locais para a montagem do equipamento.

No âmbito da ABS, devido aspectos relacionados à estrutura física da unidade básica de saúde, questões financeiras que dependem do posicionamento de gestores, os carrinhos de

parada normalmente não são implementados. Nesta conjuntura, as caixa ou maletas de emergência são os instrumentos utilizados para atender a demanda de usuários apresentando instabilidade das funções vitais.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta desenvolvida para intervenção do problema priorizado foi fundamentada na tática do planejamento estratégico situacional que tem o intuito de ampliar a capacidade gerencial do ambiente que demanda melhores condições de governo (LACERDA et al., 2016).

Nesta conjuntura, observou-se que na sala de observação do 2º Centro Domingos Honório da Silva, a caixa de emergência utilizada para auxiliar nos atendimentos das situações de instabilidade das funções vitais não era organizada e abastecida com a frequência necessária para o seu efetivo uso.

Diante desta situação, foi percebido através da vivência dos profissionais, e da utilização do método de estimativa rápida apresentado por Faria et al. (2018), que a falta de organização e reposição de fármacos e insumos da caixa de emergência da referida sala de observação comprometia a qualidade e eficiência da assistência ofertada em situações de urgência e emergência.

Para tanto, foi desenvolvido pela pesquisadora um *checklist* fundamentado nas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia e nos pareceres do conselho regional de enfermagem, de maneira a desenvolver um instrumento que promova eficiência e segurança à equipe que oferta a assistência de urgência e emergência e cuidado necessário ao usuário que necessita de tal auxílio.

Contudo, o desenvolvimento deste *checklist* precisou considerar a realidade em que é abastecida a farmácia e almoxarifado da referida UBS, visto que nem sempre é possível dispor de todos os insumos preconizados para uma caixa ou carrinho de emergência.

Considerando a arquitetura do dispositivo disponibilizado para a função de caixa de emergência, trata-se de um dispositivo de material plástico, lavável, semelhante a uma maleta, com dois compartimentos superior e inferior, onde o superior (Figura 1) é móvel e apresenta treze divisórias com diversas variações de tamanho o que permite a disposição de várias ampolas de medicamentos e determinados insumos.

Figura 1 – Compartimento superior da caixa de emergência.



Fonte: Dados da pesquisa

O compartimento inferior (Figura 2) da referida caixa é profundo, permitindo o acondicionamento de insumos de maior porte e fármacos. A caixa apresenta uma fechadura semelhante a uma maleta com tampa transparente (Figura 3), o que viabiliza a identificação de diversos fármacos antes de sua abertura.

Figura 2 – Compartimento inferior da caixa de emergência.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 3 – Parte externa da caixa de emergência.



Fonte: Dados da pesquisa

Diante da realidade apresentada, o *checklist* da caixa de emergência do 2º Centro Domingos Honório da Silva, foi desenvolvido considerando aspectos preconizados pelas diretrizes estabelecidas pela sociedade brasileira de cardiologia e conselho regional de enfermagem, no entanto, diante dos recursos disponibilizados para abastecer a caixa de

emergência, não foi possível seguir a ordem indicada para a organização de um carrinho de emergência, por exemplo.

Na base superior da caixa ou maleta (Quadro 4) foram organizados os fármacos injetáveis e dispositivos para a realização de acessos venosos periféricos do tipo *abbocath*. Considerando que a base superior é móvel, diante de um evento de instabilidade de sinais vitais, a maleta seria apoiada em uma superfície rígida, onde seria removida a base superior e acomodada ao lado da parte inferior da caixa, de modo que todos os insumos ficassem acessíveis aos profissionais de saúde.

Na parte inferior (Quadro 5) por sua vez, estariam dispostos soluções intravenosas que fazem a manutenção do acesso venoso periférico do usuário e configuram o meio para a infusão dos fármacos específicos para as instabilidades vitais apresentadas. Além disso, nesta parte do dispositivo, ficariam armazenados, equipos macro gotas, seringas, agulhas, garrote e esparadrapo para a fixação do acesso venoso.

Assim sendo, o *checklist* para a caixa de emergência da referida UBS apresentou a seguinte configuração:

Quadro 4 - Base superior da caixa de emergência.

Base superior as caixa de emergência	
Material	Quantidade
<i>Abbocath</i> Nº: 22, 20 e 18	03 unidades de cada calibre
Água destilada 10 ml amp	10 ampolas
Atropina 0,25mg amp	10 ampolas
Adrenalina 1mg/ml amp	20 ampolas
Gluconato de cálcio 100mg/ml amp	04 ampolas
Bicarbonato de sódio 8,4% amp	05 ampolas
Glicose 50% amp	10 ampolas
Furosemida 10mg/ml amp	05 ampolas
Aminofilina 24mg/ml amp	04 ampolas
Hidrocortisona 500mg amp	05 ampolas
Noradrenalina 4mg/2ml amp	08 ampolas
Fenitoína sódica 5%/5ml	10 ampolas
Hidralazina	04 ampolas
Fitomenadiona 10mg (Vit. K)	05 ampolas
Fenobarbital 200mg	04 ampolas
Cloreto de potássio 19,1%	05 ampolas
Cloreto de sódio 20%	05 ampolas

Diazepam 10mg	05 ampolas
Bicarbonato de sódio 8,4%	05 ampolas

Quadro 5 - Parte inferior da caixa de emergência.

Parte inferior da caixa de emergência	
Material	Quantidade
SF 0,9%	01 frasco
SG 5%	01 frasco
SRL	01 frasco
Equipo macrogotas	03 unidades
Seringa 20ml com agulha 25x7	05 unidades
Seringa 10ml com agulha 25x7	05 unidades
Seringa 5ml com agulha 25x7	03 unidades
Agulha 30x8	10 unidades

Considerando a configuração proposta o esboço do *checklist* elaborado consta no anexo (Anexo A) deste trabalho.

A caixa de emergência do 2º centro de saúde Domingos Honório da Silva era um dispositivo onde ficavam armazenados fármacos de alto custo, medicações controladas ou para atendimento das demandas de urgência e emergência.

Esta organização para uma caixa que é utilizada para o atendimento de situações de urgência e emergência trazia prejuízos à assistência, visto que a caixa em questão apresentava caráter multifuncional e ao mesmo tempo prejudicava a celeridade dos procedimentos, pois vários insumos essenciais não se encontravam disponíveis na caixa diante das demandas apresentadas.

Considerando estas dificuldades, foi sugerido pela enfermeira e um estudante de enfermagem a adequação desta caixa, para que sua finalidade fosse promover suporte aos atendimentos de caráter urgência ou emergência. A caixa foi implementada no ano de 2018, contudo, a sua reposição após o uso não era frequentemente realizada. Quando executada, era feita por profissionais de nível técnico e as supervisões no setor onde a caixa se encontrava não eram frequentemente realizadas.

A caixa de emergência em 2020 se apresentava novamente como multifuncional e os problemas nos atendimentos de urgência e emergência emergiam outra vez. Nesta conjuntura, através dos métodos de planejamento estratégico situacional e estimativa rápida foram identificados alguns nós críticos, que prejudicavam o abastecimento e manutenção da caixa de emergência na referida unidade.

Faria et al. (2018) ressaltaram que os nós críticos seriam os fatores determinantes para a ocorrência do problema, No caso da caixa do 2º Centro, seria a falta de reposição dos insumos da caixa, a utilização da caixa para fins diversos, a falta de supervisão do enfermeiro no setor, visto que este profissional de saúde apresenta respaldo legal para exercer esta função.

A princípio, foi resgatada a função da caixa de urgência e emergência através da reposição dos insumos necessários para correção de instabilidade das funções vitais. Em seguida, foi realizada uma revisão na literatura brasileira para atualizar a equipe sobre os medicamentos e insumos que devem estar disponíveis em carrinhos, maletas ou caixas de emergência.

Considerando a nova fundamentação teórica foi articulado com o farmacêutico da UBS a aquisição de fármacos e insumos que são preconizados para caixas ou carrinhos de parada. Entretanto, nem todos os materiais apresentados pela literatura são passíveis de aquisição neste momento pelos gestores.

Assim sendo, foi elaborado uma lista de checagem constituída por materiais e medicamentos de caráter essencial para assistência da urgências e emergências que ficaria sob a responsabilidade da farmácia para embasar o pedido mensal e sob a custódia do enfermeiro para garantir a organização e manutenção da caixa de emergência na UBS.

O *checklist* ou lista de checagem é considerado nesta conjuntura o instrumento de intervenção que irá desatar os nós críticos encontrados e consequentemente manter o funcionamento efetivo da caixa de emergência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do uso dos dispositivos de urgência e emergência na atenção básica se deve ao fato desta ser considerada a porta de entrada do SUS. A existência destes dispositivos de urgência e emergência previnem o agravamento das enfermidades dos usuários até a chegada das equipes de atendimento pré-hospitalar, minimizando o risco de sequelas quando o primeiro atendimento é realizado no interior da unidade básica, o que garante uma assistência de qualidade ao usuário.

Este plano de intervenção surge como uma tentativa de promover melhorias no âmbito da UBS que foi alvo do estudo, demonstrando as dificuldades do dia a dia da equipe de saúde. Além disso, permitiu visualizar lacunas do sistema único de saúde que muitas vezes são maiores que o esforço técnico e humano dos profissionais de saúde que atuam na equipe.

Diante do reconhecimento de tais lacunas, foi possível reconhecer os pontos onde seria possível a intervenção dos profissionais da equipe de modo a superar as dificuldades

encontradas. Foi o caso da construção do *checklist* para a caixa de emergência da referida unidade básica de saúde.

O *checklist* ou lista de checagem consiste num instrumento que viabiliza a organização dos ambientes e dispositivos utilizados na assistência em saúde, de maneira que proporcionam mais qualidade ao serviço prestado, segurança para os profissionais atuantes e para os usuários do serviço de saúde segundo Cossinelli et al. (2019).

A padronização dos dispositivos como caixas ou carrinhos de emergência segundo Guimarães (2003) e Gonzalez et al. (2013) devem considerar o ambiente onde será executado o atendimento, neste contexto, a atenção básica em saúde, além da organização de fármacos e insumos prioritários para atender casos onde ocorre a instabilidade das funções vitais.

As inovações das ações no contexto da saúde configuram estratégias importantíssimas, pois proporcionam assistência resolutiva, humanizada e acolhedora, através da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local (BRASIL, 2009).

A implementação de um *checklist* para a caixa de emergência do 2º Centro Domingos Honório da Silva surge como uma estratégia inovadora, intervindo nas dificuldades apresentadas para organizar e repor os materiais preconizados para a referida caixa de emergência, além de promover mais segurança e agilidade durante a assistência prestada.

REFERÊNCIAS

AMAYA, M. R.; et al. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. esp, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500421>. Acesso em: 30 out. 2020.

APPLOCAL BAIROS. **Tudo Sobre o Bairro: Baixa Grande em Arapiraca**. Disponível em: <<https://applocal.com.br/bairro/baixa-grande/arapiraca/al>>. Acesso em: 02 mai. 2020.

ARAPIRACA. **Secretaria municipal de saúde**. 2019. Disponível em: <<http://web.arapiraca.al.gov.br/secretarias-e-orgaos/secretaria-municipal-de-saude/>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

_____. **Secretaria municipal de saúde**. 2020. Disponível em: <<https://web.arapiraca.al.gov.br/>>. Acesso em: 13 out. 2020.

BORTOLOTTI, F. **Manual do Socorrista**. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1:23, 18 fev. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 08 mai. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. Série E. Legislação em Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Datasus. Brasil. **Consulta estabelecimento**. 2020. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=6749720>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo. Parecer CT N° 037/2013. **Carro de emergência: composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição**. Conselho regional de enfermagem, 2013. Disponível em: <<http://www.portal.corensp.gov.br>>. Acesso em 19 nov. 2020.

_____. (Goiás) Parecer COREN/GO N° 034/CTAP/2016. **Exclusividade do enfermeiro em realizar checklist de carro de emergência e materiais que compõem o estoque**. Disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Parecer-n%C2%BA034.2016-Exclusividade-do-enfermeiro-em-realizar-check-list-de-carro-de-emerg%C3%Aancia-e-materiais-que-comp%C3%B5em-o-estoque.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; et al. **Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos**. Grupo brasileiro de classificação de risco, 2014. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

COSSINELLI, F.; et al. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. **Saúde e Pesquisa**, v.12, n.2, p.317-322. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7019/3521>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

ESCOLAS. Troque experiências sobre escolas. 2020 Disponível em: <https://www.escol.as/escolas/search?utf8=%E2%9C%93&q=&city_id=1652&proximity_id=&category_ids=15&dependencia%5B%5D=estadual&mediacao%5B%5D=presencial>. Acesso em: 04 nov. 2020.

ESUS. **Atenção Primária**. Sistema fornecido pelo Ministério da Saúde. Versão 4.0.13. Ministério da Saúde: 2020. Disponível em: <<http://arapiraca.al.datasysconsultoria.com.br:8080/#/pec/user/relatorios/producao?SzEoHizL9BfZZwOj5w0ObR84BBS9CPbWZz>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FARIA, H. P.; et al. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2018. Disponível em: <http://ava.ead.ufal.br/pluginfile.php/459882/mod_resource/content/2/Planejamento%2C%20>

avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20programa%C3%A7%C3%A3o%20das%20a%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2020.

GONZALEZ, M. M.; et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 2, supl. 3, Ago. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

GUIMARÃES, J. I.; et al. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia – código azul – registro de ressuscitação – normatização do carro de emergência. **Arq Bras Cardiol.** v. 81, supl. 4. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v81s4/20229.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Área Territorial. Densidade demográfica. **Cidades e estados.** 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/arapiraca.html>>. Acesso em 02 mai. 2020.

_____. Densidade demográfica. **Cidades e estados.** 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/arapiraca.html>>. Acesso em 02 mai. 2020.

_____. Receitas realizadas. Despesas empenhadas. PIB per capita. **Cidades e estados.** 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al/arapiraca.html>>. Acesso em 02 mai. 2020.

LACERDA, J. T.; et al. **Planejamento na Atenção Básica.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/atencaoBasica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2020.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Prefeitura municipal de Arapiraca. **Plano Municipal de Saúde:** PMS 2018-2021. Arapiraca: 2017.

SILVA, A.M.; INVENÇÃO, A. S. A atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa.** v. 15, n. 39, abr./jun. 2018. Disponível em: <<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1015/u2018v15n39e1015>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

TICIANELI, E. **História do município de Arapiraca**. 2015. Disponível em:
<<https://www.historiadealagoas.com.br/historia-de-arapiraca.html>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

ANEXO A - CHECKLIST DA CAIXA DE EMERGÊNCIA

2º CENTRO DE SAÚDE DOMINGOS HONÓRIO DA SILVA

Data: __/__/____

Assinatura do responsável _____

Base superior as caixa de emergência	
Material	Quantidade
Abbocath Nº 22, 20 e 18	03 unidades de cada calibre
Água destilada 10 ml amp	10 ampolas
Atropina 0,25mg amp	10 ampolas
Adrenalina 1mg/ml amp	20 ampolas
Gluconato de cálcio 100mg/ml amp	04 ampolas
Bicarbonato de sódio 8,4% amp	05 ampolas
Glicose 50% amp	10 ampolas
Furosemida 10mg/ml amp	05 ampolas
Aminofilina 24mg/ml amp	04 ampolas
Hidrocortisona 500mg amp	05 ampolas
Noradrenalina 4mg/2ml amp	08 ampolas
Fenitoína sódica 5%/5ml	10 ampolas
Hidralazina	04 ampolas
Fitomenadiona 10mg (Vit. K)	05 ampolas
Fenobarbital 200mg	04 ampolas
Cloreto de potássio 19,1%	05 ampolas
Cloreto de sódio 20%	05 ampolas
Diazepam 10mg	05 ampolas
Bicarbonato de sódio 8,4%	05 ampolas

Parte inferior da caixa de emergência	
Material	Quantidade
SF 0,9%	01 frasco
SG 5%	01 frasco
SRL	01 frasco
Equipo macrogotas	03 unidades
Seringa 20ml com agulha 25x7	05 unidades
Seringa 10ml com agulha 25x7	05 unidades
Seringa 5ml com agulha 25x7	03 unidades
Agulha 30x8	10 unidades