

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SIMONE DE FÁTIMA CRISPIM

**CONHECIMENTO TEÓRICO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CONDUTAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**



CAMPO GRANDE

2016

SIMONE DE FÁTIMA CRISPIM

**CONHECIMENTO TEÓRICO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CONDUTAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Joel Saraiva Ferreira.
Co-orientador (a): Profa. Dra. Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves.

CAMPO GRANDE

2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU), especialmente aos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família, à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional em Saúde da Família.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, fonte de vida e inspiração, que me proporcionou saúde, força, ânimo, perseverança e determinação para alcançar mais este objetivo. Obrigada por me manter firme em meio às dificuldades encontradas ao longo da vida e por colocar tantas pessoas boas em meu caminho. Agradeço pela proteção diária em todas as atividades desenvolvidas.

Aos meus pais, **Antonio Crispim** e **Luiza Ferrari Crispim** (*in memoriam*), pelo dom da vida, pelo amor incondicional e por terem sido exemplos de humildade, dignidade e bondade, minha eterna gratidão!

Ao meu irmão **Edson**; meus sobrinhos e filhos do coração **Leonardo** e **Gustavo**, que são a minha família, razão da minha existência. Obrigada pela presença em minha vida e pela alegria que me proporcionam diariamente.

Ao meu amor, **Antonio Lastória**, exemplo de competência profissional e sabedoria. Obrigada pelo carinho, apoio, compreensão e companheirismo durante esta trajetória do mestrado.

Ao meu orientador Professor Dr. **Joel Saraiva Ferreira**, por aceitar o convite de orientação, pela tranquilidade, paciência e dedicação durante a orientação do mestrado. Pelos ensinamentos e competência, minha eterna admiração, muito obrigada!

A minha co-orientadora e amiga Professora Dra. **Crhistine Maymone**, pelo incentivo desde o início, pelas ricas contribuições, pelo carinho e empenho.

Aos **professores avaliadores**, Professora Dra **Sônia Maria Oliveira de Andrade**, por sua atenção e inigualáveis lições durante o mestrado; Professor **Dr. João Ricardo Filgueiras Tognini** e Professora Dra **Olinda Maria Rodrigues de Araujo**, pela influência edificadora em minha trajetória profissional na assistência e no ensino das Urgências e Emergências, pela disponibilidade e valiosas colaborações para este trabalho.

Aos **médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem** que participaram desta pesquisa, pelo interesse e cooperação, tornando possível esse trabalho.

A minha amiga e colega de trabalho **Cleuzieli Moraes**, por previamente me falar sobre a seleção desse mestrado; pela disposição em ajudar, pelo apoio, carinho e amizade sincera.

Aos **colegas do mestrado**, que tornaram a caminhada mais fácil, por todos os momentos vividos.

Aos **docentes do Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família** pelos significativos ensinamentos.

A todos meus **amigos instrutores dos Núcleos de Educação em Urgência e Emergência**, pelo companheismo e amizade verdadeira, pela troca de saberes, pela cumplicidade e dedicação em ensinar.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa.

Muito obrigada!

*Se um de nós puder salvar novamente uma vítima,
você pode mudar o mundo.*

(Norman McSwain)

RESUMO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada um componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), tornando-se, assim, corresponsável pelo atendimento da população adstrita em situações de urgência e emergência. Considerando esse contexto, a presente pesquisa foi realizada com o objetivo de avaliar o conhecimento teórico de profissionais atuantes na ESF de Campo Grande-MS, sobre condutas em urgência e emergência. Para isso, procedeu-se a aplicação de um questionário estruturado, elaborado especificamente para o presente estudo, tendo como referencial os protocolos padronizados, validados e reconhecidos mundialmente relacionados ao atendimento das urgências e emergências. Responderam ao questionário, de forma individual, os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de todas as ESF do município de Campo Grande-MS. Foram obtidos 201 questionários ao final da coleta de dados, dos quais 46,8% eram de técnicos de enfermagem; 31,5%, de enfermeiros; e 21,7%, de médicos. Dentre esses profissionais, 82,8% estão há mais de um ano atuando na ESF e destes, 41,4% estão há mais de cinco anos. Os resultados indicaram que apenas 23,2% dos profissionais investigados possuem algum tipo de formação em urgência e emergência; entre os profissionais médicos, 43,18% afirmaram possuir alguma formação em urgência e emergência; na categoria enfermeiros, somente 11,8%; e; entre os técnicos de enfermagem, 21,42% têm curso na referida área. Em relação aos acertos das questões sobre o atendimento inicial em urgência e emergência contidas no instrumento de coleta de dados, os resultados evidenciaram que a categoria médica com curso em urgência e emergência não apresentou diferença estatística em relação a seus pares sem curso; entre os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, houve uma diferença estatística a favor dos profissionais com curso em relação aos sem curso. Ao analisar os acertos entre as diferentes categorias investigadas, comparando apenas aqueles com curso em urgência e emergência, os enfermeiros foram os que obtiveram a maior porcentagem de acertos nas questões relacionadas ao tema enquanto que as outras categorias (médicos e técnicos de enfermagem) apresentaram similaridade no índice de acertos. A comparação dos acertos das categorias sem curso revelou que os enfermeiros novamente se sobressaíram, seguidos dos médicos que apresentaram uma sutil diferença de acertos em relação aos técnicos de enfermagem. As questões mais erradas do questionário foram as relacionadas com o atendimento da parada cardiorrespiratória; com a abordagem no controle da dor e o sangramento oriundo de uma fratura; e com o dispositivo mais adequado para o fornecimento de oxigenioterapia frente a um doente em situações de urgência ou emergência. Espera-se que o resultado desta pesquisa subsidie a gestão municipal e seus representantes a avançar no planejamento e na implementação de ações para o desenvolvimento das equipes de ESF no sentido de se investir na educação permanente voltada às urgências e emergências na APS, aumentando a resolutividade dos problemas agudos ou da agudização dos crônicos, acolhendo os usuários das regiões adstritas de cada equipe de ESF, minimizando a morbimortalidade dos mesmos e colaborando, também, com a diminuição da demanda excessiva nas portas de entrada de níveis secundários e terciários, tornando a RUE mais efetiva e a APS mais resolutiva.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Educação Continuada. Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

In the Primary Health Care (PHC), the Family Health Strategy (FHS) is considered a component of the Emergency Care Network (RUE) and becomes co-responsible for the care of the respective population in emergency situations. Considering this context, this research was conducted with the objective of assessing the theoretical knowledge of the professionals working at FHS in Campo Grande-MS. So a structured questionnaire specifically designed for this study was used, having as reference the worldwide standardized, validated and recognized protocols related to the emergency assistance. The questionnaire was individually answered by doctors, nurses and nursing technicians of all FHS in the municipality of Campo Grande-MS. The total number of respondents was 201 (46.8% nursing technicians, 31.5% nurses and 21.7% doctors). Among these professionals, 82.8% have been working in the ESF for more than one year and, out of these, 41.4%, for more than five years. The results indicated that only 23.2% of the investigated professionals have some sort of training in emergency care – among medical professionals, 43.18% reported having some training in emergency care in; among nurses, only 11,8%; and among nursing technicians, 21.42%. Regarding the correct answers on the initial care in emergency rooms, the results showed that no statistically significant difference was seen between the medical professionals with and without emergency training. When professional nurses and nursing technicians were compared, a statistically significant difference was seen favoring the former team. On analyzing the correct answers among the different categories investigated, comparing only those with emergency room training, the nurses were the ones with the highest percentage of correct answers on issues related to the theme whereas the other categories (doctors and nursing technicians) showed similarity in the correction index. Comparing the correct answers of the categories without training, the findings revealed that nurses again stood out, followed by doctors, who came slightly ahead of nursing technicians. The most quantity of wrong answers in the questionnaire were those related to the care of cardiac arrest; the approach in controlling pain and bleeding coming from a fracture, and the most suitable device for providing oxygen therapy to a patient in an emergency situation. The result of this research is expected to subsidize municipal management and its representatives so that they can make headway in the planning and implementation of actions for the development of FHS teams by investing in continuing education towards emergency care in PHC; by increasing the solving of acute problems and acute exacerbations of chronic problems; by welcoming the members of the related regions of each FHS team; by minimizing morbidity and mortality; and, also, by collaborating with decreasing referrals to secondary and tertiary levels, consequently making RUE more effective and PHC more resolute.

Keywords: Primary health care. Family Health. Continuing Education. Emergency Medical Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distritos sanitários do município de Campo Grande-MS	47
Figura 2 - Formação em urgência e emergência dos profissionais médicos, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme faixa etária (n=44).....	58
Figura 3 - Formação em urgência e emergência dos profissionais enfermeiros, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme faixa etária (n=59).....	61
Figura 4 - Formação em urgência e emergência dos profissionais técnicos de enfermagem, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme faixa etária (n=98).....	61
Figura 5 - Formação em urgência e emergência dos profissionais médicos, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme tempo de atuação na ESF (n=44).....	65
Figura 6 - Formação em urgência e emergência dos profissionais enfermeiros, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme tempo de atuação na ESF (n=59).....	66
Figura 7- Formação em urgência e emergência dos profissionais técnicos de enfermagem, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme tempo de atuação na ESF (n=98).....	67
Figura 8 - Diferença entre acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência das categorias profissionais pesquisadas, com curso nessa área, lotada na ESF de Campo Grande-MS (n=201).....	74
Figura 9 - Diferença entre acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência das categorias profissionais pesquisadas, sem curso nessa área, lotada na ESF de Campo Grande-MS (n=201).....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação das características sociodemográficas das categorias profissionais pesquisadas lotadas na ESF de Campo Grande-MS e a formação em urgência e emergência (n=201).....	55
Tabela 2 - Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência entre profissionais médicos com e sem formação nessa área, lotados na ESF de Campo Grande-MS (n=44).....	68
Tabela 3 - Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência entre profissionais enfermeiros com e sem formação nessa área, lotados na ESF de Campo Grande-MS (n=59).....	69
Tabela 4 - Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência entre profissionais técnicos de enfermagem, com e sem formação nessa área, lotados na ESF de Campo Grande-MS (n=98).....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Número de Unidade Básica de Saúde da Família e de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário, Campo Grande-MS	47
Quadro 2 - Nome das Unidades Básicas de Saúde da Família e número de Equipes Estratégia Saúde da família por Distrito Sanitário, Campo Grande-MS.....	48
Quadro 3 - Sequência de prioridades no atendimento inicial ao paciente vítima de trauma.....	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente comunitário de saúde
ACLS	<i>Advanced Cardiac Life Support</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
APS	Atenção Primária em Saúde
ATCN	<i>Advanced Trauma Care for Nurses</i>
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
AVC	Acidente vascular cerebral
BLS	<i>Basic Life Support</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
DCV	Doenças cardiovasculares
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DS	Distrito Sanitário
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
FN-SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEU	Núcleo de Educação em Urgência
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALISUS	Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RO	Rádio Operador
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SE	Sala de Estabilização
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande

SESFACS	Serviço de Gestão da Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARM	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	24
2.2.1 Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	26
2.2.2 Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	31
2.2.2.1 Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde.....	31
2.2.2.2 Atenção Básica em Saúde.....	31
2.2.2.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).....	32
2.2.2.4 Centrais de Regulação Médica das Urgências.....	33
2.2.2.5 Sala de Estabilização.....	34
2.2.2.6 Força Nacional do SUS.....	34
2.2.2.7 Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas.....	35
2.2.2.8 Componente Hospitalar.....	35
2.2.2.9 Componente Atenção Domiciliar.....	35
2.2.3 A Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....	36
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE E A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	39
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 OBJETIVO GERAL	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4 METODOLOGIA.....	46
4.1 ASPECTOS GRÁFICOS DO TRABALHO.....	46
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	46
4.3 LOCAL DA PESQUISA.....	46
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA.....	47
4.5 INSTRUMENTO UTILIZADO.....	49
4.6 COLETA DE DADOS.....	50

4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	91
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	102
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	104
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	107

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988 e a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, iniciou-se no Brasil um processo de organização do sistema com caráter universal, orientado por um modelo de atenção a partir da atenção primária à saúde (APS). Em 1994, foi instituída a Estratégia Saúde da Família (ESF) visando consolidar os princípios do novo modelo de reorientação da saúde brasileira, por meio de ações de promoção, proteção e prevenção o mais próximo da comunidade, de forma que esta fosse o primeiro recurso dos usuários para resolução de seus problemas de saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Desde então, a política de saúde foi se estruturando de forma a promover o acesso da população à rede de saúde preferencialmente pelos Serviços de Atenção Básica. Os mesmos precisam estar aptos a acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde, inclusive a realização do primeiro atendimento às urgências, sendo que, os agravos não resolvidos nesse nível de atenção, necessitam ser referenciados para serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 2006a).

No entanto, mesmo com os avanços do SUS, ainda nota-se a grande dificuldade em modificar o cenário brasileiro caracterizado pela fragmentação das ações e dos serviços de saúde, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. Tal estruturação mostra-se insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros. A partir desse contexto, o Ministério da Saúde publicou em 30 de dezembro de 2010 a Portaria nº 4279, que trata das Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde do SUS (BRASIL, 2010).

A RAS fundamenta-se na APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

Desta forma, as atribuições e prerrogativas das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todas as equipes de ESF

em todos os municípios brasileiros, sendo que as mesmas devem ser capacitadas continuamente para dispensar assistência baseada no acolhimento dos quadros agudos, necessitando assim, de estrutura física e materiais apropriados para o atendimento das situações de urgência e emergência, bem como da formação adequada dos profissionais que podem intervir nessas condições (MOURA, 2013).

Observa-se, no entanto, diversos autores que apontam as dificuldades que ocorrem na tentativa de reorganização do modelo da atenção à saúde brasileira tendo a APS como ordenadora do cuidado. Barros e Sá (2010) destacam a não inclusão do usuário nas agendas das unidades básicas de saúde da família (UBSF), a falta de medicações, a incapacidade de realização de exames de urgência e o atendimento não prioritário pelo não reconhecimento do caso como urgência pelos profissionais, como fatores diretamente ligados à superlotação dos outros níveis de atenção por agravos inerentes à atenção primária. Esses autores afirmam, ainda, que grande parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência e emergência representam agravos que poderiam ser resolvidos na atenção primária e a redução do número de atendimento hospitalar seria um dos resultados assistenciais da ESF.

Gaccia Bava *et al.* (2011) ratificam a afirmação dos autores supracitados, apontando que a sobrecarga dos serviços de nível secundários e terciários por pessoas com queixas compatíveis com a atenção primária, cujos procedimentos podem ser oferecidos pela ESF, aumentam a demanda e congestionam os serviços de maior complexidade.

Assim, a superlotação dos serviços hospitalares e a consequente sobrecarga nos serviços secundários e terciários pela procura frequente de resolução de agravos muitas vezes concernentes à assistência inicial na ESF induzem a uma análise sobre a efetividade no acolhimento das urgências e emergências na atenção primária e sobre os protocolos seguidos para referenciamento dos agravos considerados de maior complexidade (LUMER; RODRIGUES, 2011).

De acordo com Lumer e Rodrigues (2011) é pressuposto que a oferta de serviços de urgência pela ESF possa fornecer atendimento resolutivo para casos de baixa complexidade que não demandam alta tecnologia para o seu controle e tratamento, além de realizar o primeiro atendimento capaz de estabilizar o quadro de pacientes mais graves para transporte e ainda ajudar a regular a porta de entrada dos serviços de emergência.

No que diz respeito aos encaminhamentos, autores destacam o referenciamento de pacientes sob agravos de urgência e emergência para os serviços de atenção secundária e/ou terciária sem prévia estabilização, colocando em risco a vida dos que procuram a atenção primária como referência em assistência, muitas vezes por seguimento inadequado dos protocolos clínicos e de referenciamento das redes de atenção (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

Turci (2008) afirma que a falta de capacitação das equipes para atendimento de urgência na APS configura-se com o um dos principais problemas relacionados à deficiência dos aparelhos formadores para o enfrentamento das urgências. A lacuna na formação faz com que os profissionais de saúde, ao se depararem com situações de urgência, por insegurança, tenham o impulso de fazer um rápido encaminhamento para unidades de mais complexidade, mesmo antes de avaliar ou estabilizar o quadro.

Em relação à formação, estudos de Oliveira e Mesquita (2013) indicam a falta de treinamento dos profissionais envolvidos com a ESF no tocante ao atendimento de urgência e emergência, bem como a carência de recursos materiais e de infraestrutura para o referido tipo de cuidado, sendo necessário, portanto, a qualificação da equipe e melhoria da infraestrutura e recursos materiais no acolhimento às situações emergenciais, otimizando a relação equipe-população e contribuindo para diminuição da sobrecarga nos demais níveis de atenção.

Em estudo realizado por Torres e Santana (2011) foi evidenciado que a maioria dos profissionais da ESF não se sente preparada para atuar em situações de emergência e não dominam o conhecimento teórico-prático das urgências e emergências e metade deles não conhecem o suporte básico de vida, o que reflete a necessidade de maiores investimentos na ESF pelos gestores e a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam nesse serviço, bem como o estabelecimento de protocolos de atenção.

O despreparo dos profissionais das ESF frente às situações de urgência e emergência é considerado um fator crítico para a saúde pública, os mesmos não estão suficientemente qualificados para prestar esse tipo de assistência, portanto, investimentos nas ações de infraestrutura e equipe são cruciais para aprimoramento dos cuidados na abordagem primária do indivíduo nesse nível de atenção, visando uma assistência adequada e precoce objetivando o aumento da taxa de sobrevivência.

dos pacientes com risco de vida e minimização de possíveis sequelas (TORRES; SANTANA, 2011).

Neste sentido também corroboram Oliveira, Mesquita (2013), quando afirmam que é imperativa a capacitação profissional e seguimento de protocolos clínicos para efetividade da assistência na abordagem primária às urgências dentro da ESF. Assim, tanto profissionais como os usuários do serviço sentir-se-ão seguros dentro do seu próprio território, fortalecendo, contudo, os propósitos da Saúde da Família como modelo de redimensionamento assistencial do SUS e este por sua vez, como modelo de reorientação da percepção de saúde.

Frente a este contexto, apresenta-se esta pesquisa que objetivou avaliar o conhecimento teórico dos profissionais médicos e de enfermagem atuantes na ESF de Campo Grande-MS, sobre condutas em urgência e emergência, por meio da aplicação de um questionário baseados em protocolos internacionais padronizados, validados e reconhecidos mundialmente. Destaca-se que o conteúdo do questionário refere-se ao atendimento inicial a pacientes em situações de urgências e emergências clínicas e/ou traumáticas na APS. Os resultados da pesquisa poderão contribuir na melhoria da qualidade da atenção às urgências e emergências oferecida à população no nível primário de saúde, no sentido de auxiliar no planejamento e implementação de ações para o desenvolvimento profissional das equipes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde a implantação do SUS, por determinação da Constituição de 1988 e regulamentação das Leis 8.080 e 8.142 (1990), a atenção à saúde no Brasil propõe um modelo baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Além disso, reconhece fatores condicionantes e determinantes para a saúde: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Existem evidências suficientes que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde, menor custo, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social, como é o caso do Brasil (MENDONÇA, 2009).

A APS brasileira está definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, destinadas a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006b).

Neste contexto, na década de 1990, teve início a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) atualmente denominado ESF, com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propondo a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. O PSF se apoia em três fatores principais: a experiência bem-sucedida das ações do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos que um programa desta ordem poderia representar. Ainda

que num primeiro momento o PSF tenha sido entendido como um programa, posteriormente se transforma em referencial estratégico para reorientação do modelo assistencial e passa a se denominar ESF (CONILL, 2008).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (BRASIL, 2006b).

A ESF considerada como a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no Brasil, pelo potencial de inversão da lógica tradicional, centrada no tratamento da doença. Aponta para uma nova dinâmica de estruturação dos serviços de saúde com vistas a prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades. A imperatividade de estruturar todo o sistema segundo essa lógica, sob risco de fracasso, exige a integração entre os vários níveis de atenção (BRASIL, 2000).

A Portaria nº 2488 de 21/10/2011 que aprova a PNAB criada em 2006 e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS, afirma também, que a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada dos usuários e centro de comunicação da RAS, sendo a organizadora da Rede e ordenadora do cuidado. Vale lembrar aqui, que a PNAB considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde no território brasileiro (BRASIL, 2011a).

A atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, deve ser constituída de equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. A equipe de ESF deve ser composta, no mínimo, por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os

profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011a).

Conforme a Portaria nº 2488, para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe, o qual é de 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011a).

Uma das diretrizes da PNAB é de que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, portanto, deve realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, bem como o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2011a).

Apesar dos esforços da PNAB na tentativa de reorganizar-se em direção à valorização e fortalecimento da APS no seu sentido mais ampliado, a mesma ainda não se configura como a principal "porta de entrada" do sistema, neste sentido, Sousa e Hamann (2009) afirmam que a agenda para o programa de saúde da família é incompleta porque não conseguiu, ao longo desses anos de implantação e implementação, ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil. Para as autoras, os pontos cruciais dessa agenda giram em torno de um modo de

financiamento incompatível com o porte do projeto enunciado, de uma política de formação da força de trabalho frágil e insuficiente e do crítico desafio de expandir a cobertura do ESF para os grandes centros urbanos.

Cecílio *et al.* (2012) apontam que há o reconhecimento de que, apesar de todos os esforços, a promessa colocada na APS de alcançar uma configuração mais integrada e equitativa dos sistemas de saúde, funcionando sempre como sua porta de entrada, ou, pelo menos, como porta preferencial para o conjunto de serviços de saúde, parece nunca ser plenamente alcançado.

Os estudos apontam a existência de problemas no processo de reorientação do modelo assistencial. Konder (2013) acredita que as adversidades experimentadas pela APS têm substantiva explicação na inexistência ou precariedade da rede de serviços, seja pela carência de adequados mecanismos de coordenação dos recursos da rede, seja pela sua escassez pura e simples. Todavia, os processos internos a APS, da produção do cuidado e do processo de trabalho são igualmente importantes para explicar a impressão de modesto ganho oriundo da implementação da ESF, principalmente em grandes centros urbanos.

Favoreto e Camargo Jr (2002) reforçam que a reestruturação do modelo assistencial não se realizará sem a revisão e o desenvolvimento das práticas cotidianas e das concepções subjacentes. Para os autores, a limitação a uma estratégica político-organizacional da rede de serviços será insuficiente para se operar mudanças qualitativas reais.

Estudos apontam que, através da percepção do usuário, é possível identificar que a expansão de cobertura da ESF não implicou necessariamente em acesso efetivo. Considerando variadas dimensões do acesso à saúde: geográficas, organizacionais, socioculturais e econômicas. Tanto questões concernentes à produção do cuidado e o processo de trabalho na ESF, quanto à desorganização da rede de serviços, sem aceitável integração dos níveis assistenciais respondem pela avaliação de acesso estreito e limitado (AZEVEDO; COSTA, 2010; SCHWARTZ *et al.*, 2010).

Diante disso, existe a concordância quanto à ideia de que a APS sob a ESF, seria a porta de entrada mais adequada do sistema local de saúde, por todo seu potencial de melhor cuidado em saúde, porém, a mudança no modelo atual não terá chance de se realizar na ausência de uma mudança que atravesse toda a organização do sistema público da saúde (KONDER, 2013).

Sendo assim, a proposta de RAS vem-se mostrando uma alternativa promissora no sentido de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessitam com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A proposta de Rede é quase secular, concebida na década de 1920, pelo governo Inglês, com o Relatório Dawson. Este relatório destinava instituir serviços de saúde para toda a população de uma dada região, com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa, os quais estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área, onde a unidade de ideias e propósitos seria indispensável, assim como a comunicação completa e recíproca entre hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de onde esses centros estivessem situados, no campo ou na cidade (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A proposta do Relatório Dawson propunha que a porta de entrada no sistema se daria por meio de um centro de saúde, localizados em regiões periféricas e que estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, denominado secundário, e os casos que não pudessem ser resolvidos nesses centros seriam direcionados aos hospitais – níveis terciários. Esses conceitos – porta de entrada, regiões, níveis de complexidade – já estavam delimitados e claramente definidos no referido relatório (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Para cumprir as funções do primeiro nível, diferentes países optaram por composições distintas de recursos humanos, como generalistas autônomos, equipes em centros de saúde ou policlínicas, porém, em todos os casos, o primeiro nível é dotado de resolutividade, dada a partir da qualificação dos profissionais, do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos e das articulações funcionais com os demais componentes da rede (RICO; SALTMAN; BOERMA, 2005).

Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes, a partir do Relatório Dawson, foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, como os nórdicos e o Canadá, com as devidas adaptações às especificidades locais. Preconizado pela Organização Mundial de Saúde, compõe a base da proposta dos Sistemas Locais de Saúde,

estratégia desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde a partir de meados da década de 1980 (PAGANINI; CAPOTE; ROBERTO, 1990).

A partir dos anos 1990, esta asserção foi rediscutida e conformada em "sistemas integrados de serviços de saúde", nos Estados Unidos da América; "sistemas integrados de saúde", no Canadá; "sistemas clinicamente integrados", no Reino Unido e "organizações sanitárias integradas", na Espanha (BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, o estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira, adquire maior relevância no final da década de 1990, utilizando-se o termo "Redes de Atenção à Saúde" e culminando com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

A referida Portaria acenava a RAS como estratégia fundamental para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, a transparência na alocação de recursos, além de destacar os fundamentos conceituais essenciais para a organização da mesma nos territórios como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2013a).

A RAS é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão e fundamenta-se na APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

É caracterizada por um conjunto de serviços de saúde organizados poliarquicamente e hierarquicamente, vinculados entre si por uma missão única, por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população. Assim, o SUS conta com serviços de níveis primários, secundários e terciários, que são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente para desenvolver a integralidade do cuidado às ações de urgência. Dessa forma, o atendimento aos usuários com quadros agudos é prestado por todas

as portas dos serviços de saúde do SUS, que possibilitam resolutividade à demanda, ou transferem para um serviço de maior ou menor complexidade que possa dar a resolutividade (MENDES, 2008).

Ainda acerca das publicações do Ministério da Saúde em relação à RAS, o Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011- que também tem o propósito de fortalecer o SUS, por meio da regulamentação da Lei nº 8080/90 e tem o papel importante de regular a estrutura organizativa do SUS - reforça que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Consideram-se Portas de Entrada na RAS, os serviços de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011c).

A partir deste Decreto oficializou-se no país a opção de organização dos serviços na conformação de Redes, entre estas a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que tem como um de seus componentes a APS (BRASIL, 2011c).

2.2.1 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Antes da abordagem específica da RUE, cabe diferenciar os termos Urgência e Emergência. O Conselho Federal de Medicina (CFM) define Emergência como “a constatação médica de condições de agravos a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” e, Urgência como “a ocorrência imprevista de agravos a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CFM, 1995).

Dentre as Redes Temáticas prioritárias do Ministério da Saúde, a RUE se destaca, tendo em vista a relevância das situações clínicas envolvidas, além da constante superlotação dos prontos-socorros. O grande marco da Atenção às Urgências foi dado em razão da necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências no país, em todos os níveis de atenção, por meio do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, pela Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, com suas normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos serviços (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2002).

O texto da Portaria nº 2.048 diz ser imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar fixa (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitado os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2002).

Em 07 de julho de 2011 foi publicada a Portaria nº 1.600, a qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a RUE no SUS. Esta Rede objetiva articular e integrar todos os serviços de saúde, mediante ampliação e qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários, em situação de urgência e emergência. O texto afirma que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2011d).

A referida Portaria define, ainda, que a RUE deve ser implantada em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional, priorizando, portanto, linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas (BRASIL, 2011d). Essa estratégia foi adotada devido à mudança do perfil sociodemográfico da população brasileira, em que a maior expectativa de vida, somada ao aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e outras doenças crônicas, e a amplificação de situações de violência e acidentes de trânsito passou a exigir um novo modelo de atenção à saúde (WEISS *et al.*, 2010).

De acordo com a normatização da RAS e a necessidade de reordenamento dos serviços de saúde, a atenção às urgências tenta caminhar no sentido de se constituir como uma rede de fato. A estruturação da rede de serviços e de mecanismo de regulação do acesso às urgências em nível regional, aliados ao aprimoramento da assistência primária, são atributos essenciais dos gestores na

organização dos fluxos e na busca pela garantia do acesso aos acometidos por agravos de urgência e emergência (BRASIL, 2010).

Apesar dos avanços do sistema de saúde brasileiro nos últimos anos em relação à formação da rede de atendimento, ainda tem predomínio, na maioria das cidades, a desorganização da atenção às urgências (WEISS *et al.*, 2010). Observa-se que a assistência às condições agudas continua ocorrendo, principalmente, nas unidades hospitalares e de pronto atendimento que funcionam 24 horas do dia. Esses serviços respondem por situações que vão desde aquelas de sua exclusiva responsabilidade, bem como uma grande parte de ocorrências que poderiam ser atendidas em estruturas de menor complexidade (SANTOS, 2010).

Segundo Bittencourt e Hortale (2009), os prontos-socorros e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são caracterizados atualmente por leitos ocupados, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera para atendimento acima de uma hora, alta tensão da equipe de saúde e grande pressão para novos atendimentos, indicando um baixo desempenho do sistema de saúde, o que induz à baixa qualidade da assistência, contribuindo para a formação de serviços de saúde fragmentados, com falhas na integralidade da atenção à saúde. Desta forma, os serviços de urgência e emergência são acessados como porta de entrada do sistema, para solucionar questões que seriam resolvidas na maioria das vezes, na APS que se caracteriza pela promoção, prevenção e educação em saúde, portanto porta de entrada da rede.

Dessa maneira, os prontos-socorros e as UPA são percebidos como serviços de baixa resolutividade e qualidade, pois são permeados por filas e tumulto. Soma-se a isso como obstáculo, a precariedade das condições materiais e tecnológicas, o número insuficiente de profissionais de saúde, a ausência de critérios de atendimento, a falta de humanização e acolhimento dos profissionais para com os usuários (QUEIROZ; MORAES; CORREA, 2012).

Em 2004, foi instituído a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (Programa QualiSUS) - que definiu as diretrizes para a estruturação e organização da atenção às urgências nos componentes pré-hospitalar fixo (incluindo a rede básica) e hospitalar da RUE. Esse projeto teve como argumento que o atendimento de urgência nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis nos serviços de saúde, porque apesar de lidar com

situações vitais, as unidades em sua grande maioria não estão devidamente organizadas e preparadas para este tipo de atendimento (BRASIL, 2005).

Com isso, foi então criada a Política Nacional de Humanização (PNH) como um meio de rever valores morais e ético-humanos que foram “adormecendo” ao longo do tempo, principalmente nos serviços de urgência e emergência, por apresentarem alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros (BRASIL, 2009a).

Conforme a PNH, é preciso repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local. Nesse sentido, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários, visando prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e sua família com relação a outros serviços de saúde na continuidade da atenção e articulando com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2009a).

Um dos maiores desafios no acolhimento é o saber ouvir os usuários para coletar as informações de forma correta e poder atender as expectativas dos mesmos, considerando que são características do serviço de urgência e emergência: o ambiente conturbado, a impessoalidade e falta de privacidade devido ao grande número de pacientes, a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de saúde, o número insuficiente de médicos, o ritmo excessivo de trabalho e a ansiedade, que tendem a gerar uma comunicação impessoal e mecanizada com o passar do tempo (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado, portanto, o acolhimento e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde

pressupõe a determinação de maior ou menor agilidade no atendimento, a partir de um protocolo pré-estabelecido, que analisa o grau de necessidade do usuário, proporcionando uma assistência baseada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2009a).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009a).

O acolhimento e classificação de risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, sendo necessário, portanto, que todos os componentes da RUE utilizem tal ferramenta (BRASIL, 2009a).

A RUE é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgências, devendo estes pontos, atuarem de forma integrada, articulada e sinérgica, bem como, estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013a).

Os componentes da RUE, conforme a Portaria nº 1.600 são: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, Componente Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011d).

2.2.2 Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

2.2.2.1 Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde

As causas externas - acidentes e às violências - têm sido um crescente e importante problema na saúde pública e implicam diretamente a assistência prestada pelos pontos de atenção da RUE sendo um desafio incorporar as ações de vigilância, prevenção e promoção nesta rede. As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes, particularmente aquelas causadas no trânsito, se colocam como prioridade na RUE para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção. As causas externas constituem-se na primeira causa de óbito em homens de 1 a 39 anos e à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (BRASIL, 2010).

O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (BRASIL, 2011d).

2.2.2.2 Atenção Básica em Saúde

As unidades fixas de urgência e emergência são locais que se destinam a promover serviços médicos requeridos em caráter de urgência e emergência, para prolongar a vida ou prevenir consequências críticas, os quais devem ser realizados imediatamente e podem ser prestados por: Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde - realiza atendimentos de quadros agudos ou crônicos agudizados de baixa gravidade/complexidade, na sua área de cobertura (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Destaca-se o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica, principalmente através da ESF pode e deve ter na constituição da RUE, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade com o cotidiano da vida das

pessoas e dos coletivos em seus territórios. As equipes de ESF têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na cogestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias e linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atender as necessidades de saúde de modo integral (BRASIL, 2013a).

2.2.2.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011d).

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS, as unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser (BRASIL, 2013a):

I – Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) – viatura tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II – Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) – viatura tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III – Equipe de aeromédico – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

IV – Equipe de embarcação – equipe composta por no mínimo dois ou três profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V – Motolância – motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI – Veículo de intervenção rápida (VIR) – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Segundo a Portaria nº 1600, entende-se como atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão e atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2011d).

2.2.2.4 Centrais de Regulação Médica das Urgências

A central de regulação médica das urgências é parte integrante do SAMU 192, definida como uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio-operadores (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013a).

São as Centrais de Regulação Médica das Urgências que ordenam o fluxo e as medidas de transferência dos usuários, articulando-se com os serviços da rede e com as demais centrais de regulação, como as de leito hospitalares, procedimentos de rede e com as demais centrais de regulação, como as de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, consultas especializadas e da atenção primária, etc. Assim, as Centrais de Regulação Médica das Urgências constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos de necessidade/resposta, que garante ao usuário as respostas correspondentes as suas necessidades (BRASIL, 2006a). A articulação dos serviços de saúde no que diz respeito ao fluxo de usuários é necessária para garantir o adequado atendimento e a continuidade da assistência. Para isso, é fundamental que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede.

2.2.2.5 Sala de Estabilização

O componente Sala de Estabilização (SE) deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. A SE não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde (BRASIL, 2011d).

2.2.2.6 Força Nacional do SUS

A Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos (BRASIL, 2011d).

A FN-SUS é um componente humanitário do SUS, estruturante para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sob gestão do Ministério da Saúde. Foi aprovada mediante a Resolução nº 443, de nove de junho de 2011, e deverá ser organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais a que esteja exposta a população brasileira e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade. Exemplos de situações elegíveis para a atuação da FN-SUS: alagamentos e seca, desabamentos, enchentes, incêndios, epidemias/pandemias, acidentes nucleares, eventos com grande concentração de pessoas, como a Copa do Mundo e as Olimpíadas (BRASIL, 2013a).

2.2.2.7 Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos e realizando atendimento referente ao primeiro nível de assistência da média complexidade que devem funcionar 24hs por dia. As UPA 24 h e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade ou para outros pontos de atenção da RAS, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2011d; SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

2.2.2.8 Componente Hospitalar

O Componente Hospitalar é constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011d). As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência se constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (BRASIL, 2013a).

2.2.2.9 Componente Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio,

com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde, tendo como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, para a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para a retaguarda das urgências e a preservação dos vínculos familiares, além da ampliação da autonomia dos usuários e familiares para o cuidado em saúde. É uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2013a).

2.2.3 A Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A APS, tendo como eixo estruturante a ESF, está inserida na RUE, como componente de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados às urgências e emergências, tudo em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011d).

Mesmo identificando muitos avanços na organização da APS no Brasil, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar o papel da Atenção Básica como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (LAVRAS, 2011).

Considera-se como um dos entraves o fato de que, apesar da ESF ser componente da RUE, o atendimento em urgência e emergência não é uma prática rotineira no serviço, devido ao insuficiente preparo dos profissionais quanto à conduta adequada, falta de recursos físicos e materiais e carência de vínculos positivos entre a comunidade e a equipe, acarretando em procura excessiva pelo serviço de atenção secundária e/ou terciária (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

Considerando o aspecto geográfico, a ESF é vista como local de fácil acesso às urgências e emergências, haja vista a proximidade e inserção de atendimento junto à comunidade, a relação equipe de saúde e usuário do serviço, conhecimento de sua história pregressa e patologias no âmbito territorial e o rápido acesso da

população ao referido serviço. Portanto, na sua prática diária a equipe da ESF pode se deparar com a demanda de atenção a pessoas em situações de instabilidade de funções vitais, com ou sem risco de morte imediata ou mediata (MELO; SILVA, 2011; OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

Disponibilizar um pronto-atender na APS é fundamental para que se alcance o cuidado integral e humanizado, portanto, o cuidado aos quadros agudos e descompensações de doenças crônicas deve ser parte do cotidiano da ESF, num processo de complexificação do seu atendimento (PUCCINI; CORNETA, 2008).

Lima *et al.* (2009) alertam que há uma precariedade do serviço de atendimento de urgência na ESF, em função da baixa capacitação dos profissionais nessa temática, bem como inadequada infraestrutura das unidades básicas de saúde e carência de materiais/ insumos. Outras fragilidades apontadas por Haggerty; Yavich; Báscolo (2009) que dificultam o acesso à atenção às urgências na APS, são os reduzidos horários de atendimentos, escassez de profissionais, baixa capacidade resolutiva e inúmeras dificuldades para coordenar a atenção com os outros níveis assistenciais.

Kovacs *et al.* (2005) problematizam o acesso às ações básicas de saúde a partir do estudo de uma população de usuários dos serviços de urgência. A conclusão desses autores identifica duas classes de explicações para incompatibilidade entre a demanda apresentada pelos usuários e suas necessidades de saúde. De um lado, processos macroestruturais participam do recurso aos pronto-atendimentos, merecendo destaque a valorização da maior densidade tecnológica neles encontrada, de outro o cotidiano dos serviços, na perspectiva do acesso que apresenta dificuldades. Curiosamente, porém, o estudo evidenciou que a preferência pelos serviços de pronto-atendimento foi o fator preponderante, explicado por questões como confiança nos serviços, expectativas sobre qualidade, experiência pessoal ou da rede social e acessibilidade geográfica.

Barros e Sá (2010) ao estudarem a persistência da demanda aos serviços de urgência num município com total cobertura pela ESF, identificaram em sua gênese o processo de trabalho na ESF. Essas autoras verificaram que o cuidado não ocorre de forma integrada, carecendo de suficiente acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários e apontaram ainda que a formação dos profissionais é inadequada, engendrando baixa adesão ao projeto assistencial e pouca credibilidade perante a população.

Estudos apontam que uma atenção primária resolutive traz consequências positivas para toda a rede, já que diminui a demanda nos demais níveis de atenção. Sistemas de referência e contrarreferência organizados e a definição de pontos de contato entre a atenção primária, secundária e terciária, favorecem a integração e a troca de experiência entre profissionais. Essa interação facilita o planejamento do acesso e os fluxos de atendimento aos usuários, em conjunto com a atenção primária (ERDMANN *et al.*, 2013).

As ESF representam parte da rede de atendimento pré-hospitalar fixa, na qual o atendimento precisa ser realizado por profissionais competentes, qualificados, além de recursos físicos e materiais adequados, em relação a tudo o que for essencial para estabilização do quadro dos pacientes e para evitar possíveis sequelas e até mesmo a morte (GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

É consenso, portanto, que a ESF é porta de entrada dos serviços do SUS, bem como o primeiro contato ou referência para resolução de instabilidades clínicas ou traumáticas. Com isso, torna-se necessário que a equipe de profissionais da ESF esteja preparada para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las, se necessário, para um nível de maior complexidade da RAS (BRASIL, 2011c; OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

Portela e Ribeiro (2011) apontam a perspectiva de que, principalmente nos grandes centros, a garantia da sustentabilidade econômico-financeira da ESF não será suficiente para reorientar o sistema. A realidade de uma rede de serviços de saúde diversificada e complexa competindo com a estruturação e a consolidação da ESF permite entrever razões para a baixa cobertura proporcional da mesma.

O estudo de experiências consolidadas de reestruturação da APS mostra que as limitações como restrição do horário de atendimento, dificuldade de manejo da demanda espontânea e baixa resolutividade ainda persistem. Aponta-se, ainda, problemas ligados à formação dos profissionais da equipe e ao acesso dificultado a especialistas. Dessa forma, abrir as portas da APS para a demanda espontânea, dispor do apoio de diagnose e terapia e acesso mais fácil aos especialistas, assim como oferecer profissionais capacitados são imperativos de qualidade e condição de possibilidade de legitimidade perante a população (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Como visto, a luta para a realização de um novo paradigma em saúde tem apostado fortemente na ESF como ferramenta para alavancar essa transformação. Todavia, prover cuidado adequado e oportuno, colocando as necessidades dos

usuários no centro das ações em saúde é um desafio que obriga a pensar o sistema de saúde de forma global, em todos os seus pontos de atenção. A concepção de rede, a busca pela integralidade da atenção e a integração dos serviços de saúde são fundamentais para a construção de um “sistema sem muros” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para tanto, a superação deste modelo ocasionará necessidade de maiores investimentos no sentido de proporcionar avanços e melhorias diretamente na infraestrutura das APS, na expansão das equipes da ESF e no desenvolvimento de uma política de recursos humanos orientada pela educação permanente dos profissionais das equipes como forma de qualificar o atendimento dos pacientes e familiares em casos de urgência e emergência, de acordo com a classificação de riscos e vulnerabilidades preconizada (FARIA; CAMPOS, 2012; D’AGOSTIN *et al.*, 2012).

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A proposta da educação permanente em saúde (EPS) surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS) para o desenvolvimento dos Recursos Humanos na Saúde, reconhecendo a necessidade de profunda transformação na teoria e na prática da educação dos profissionais dessa área (MEDEIROS *et al.*, 2010; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2009b).

No que diz respeito ao desenvolvimento da EPS nos serviços de urgência e emergência, Silva e Sena (2006) reforçam a importância de se trabalhar a partir da definição de áreas de competência, possibilitando a integração de diferentes saberes e conhecimentos e a interação multiprofissional, contribuindo para a formação de um profissional que agregue aptidões para a tomada de decisões, comunicação, liderança e gerenciamento. Essas devem ser as características dos profissionais que atuam na urgência e emergência, pois permanentemente se deparam com situações que exigem aptidões, além do conhecimento técnico-científico. Para isso, o processo ensino-aprendizagem deve responder a essas necessidades, adequando-se à complexidade e à imprevisibilidade, características do processo de trabalho em saúde nessa área.

No processo de trabalho do atendimento às urgências, essas características se expressam das mais variadas formas, seja pela necessidade de responder aos agravos de qualquer natureza: clínica, traumática, obstétrica ou psiquiátrica, que nem sempre coincidem com as áreas de profissionalização do trabalhador ou de sua formação específica, seja pela necessidade de estar preparado para atender pacientes de quaisquer faixas etárias e de assumir o cuidado em situações completamente adversas (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

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, sendo assim, dentre várias estratégias, uma a ser priorizada é a qualificação dos diversos componentes de atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2013a).

Dados da OMS dão conta da enorme significância dos agravos relacionados às urgências e emergências: morrem, no mundo, mais de nove pessoas por minuto devido às causas externas (trauma ou violência) e estima-se que esse número aumente drasticamente por volta do ano 2020, com projeção de aumento de 80% nas mortes devidas a colisões automobilísticas nos países com renda baixa ou média. Os eventos traumáticos são a causa de morte mais comum nas primeiras quatro décadas de vida, nos idosos, aparece como a sétima causa. Apenas na quinta década de vida, as causas de morte por neoplasias e doenças cardiovasculares competem com o trauma (COMITÊ DO TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012).

Diante deste cenário no contexto mundial, surgiu no ano de 1978, em Nebraska, nos Estados Unidos da América, o primeiro curso relacionado ao atendimento às urgências e emergências traumáticas e formalmente baseado em evidências científicas, o referido curso foi desenvolvido pelo *American College of Surgeons* e denominado *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, o qual baseou-se na premissa de que o atendimento inicial, prestado de forma adequada e em tempo hábil, poderia melhorar significativamente o prognóstico do traumatizado grave. A promulgação internacional do ATLS começou em 1980 (COMITÊ DO TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012).

Desde então, o programa ATLS representa mundialmente uma modalidade de ensino, capacitação e atualização que simboliza o que pode e deve ser feito no

atendimento inicial ao traumatizado, beneficiando anualmente centenas de milhares de vítimas de trauma, constituindo-se também, em instrumento de conscientização de médicos e enfermeiros para a importância do trauma como problema de saúde pública, definindo o perfil dos recursos mínimos imprescindíveis ao tratamento da vítima, estabelecendo uma forma de comunicação com uma linguagem universal entre os profissionais de saúde, visando à redução de morbidade e mortalidade por trauma, o qual, conforme já citado, representa importante causa de morte no mundo, principalmente nas primeiras quatro décadas de vida (COMITÊ DO TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012).

Outros programas paralelos ao ATLS foram desenvolvidos nos moldes do mesmo, como o *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) que é destinado aos enfermeiros e ocorre em paralelo ao ATLS e o *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS), o qual é destinado para socorristas, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos que atuam no componente pré-hospitalar móvel e é desenvolvido pela *National Association of Emergency Medical Technicians* (COMITÊ DO TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012).

Em nível mundial, fomentou-se ainda, a uniformização dos procedimentos e de técnicas para o atendimento das urgências e emergências clínicas, como a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), que ocorreu pela primeira vez também nos Estados Unidos, em 1966, na Primeira Conferência Nacional de Ressuscitação Cardiopulmonar. Esse acontecimento propiciou a ampla divulgação e recomendação da capacitação de profissionais da saúde de acordo com os padrões da *American Heart Association* (AHA), (BERDEN *et al.*, 1992).

A partir dessa Conferência de RCP, foram desenvolvidos os cursos relacionados às urgências e emergências clínicas: o *Basic Life Support* (BLS) e o *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), os quais referem-se ao tratamento da parada cardiorrespiratória (PCR), do infarto agudo do miocárdio (IAM), do acidente vascular cerebral (AVC), dentre outros agravos clínicos, abordando protocolos de tratamentos básicos e avançados mundialmente validados e reconhecidos. As manobras básicas associadas com a implantação precoce e eficiente do suporte avançado aumentam as chances de recuperação imediata e de sobrevivência além do alívio do sofrimento, a restauração da saúde e limitação das incapacidades decorrentes da PCR (SILVA; ALMEIDA, 2013).

A teoria e as habilidades práticas da equipe durante as manobras de suporte básico (SBV) e avançado de vida (SAV) contribuem para o sucesso da RCP, logo, uma equipe bem preparada é indispensável, já que esta situação envolve ações rápidas, eficazes e integradas, que serão executadas pela mesma. O SBV e o SAV são de conhecimento prioritário de qualquer profissional de saúde, independente de sua especialidade e de qual nível de atenção ele atua (LIMA *et al.*, 2009; FEITOSA-FILHO *et al.*, 2006).

No Brasil, são oferecidos regularmente tanto os cursos de BLS e ACLS sob a permissão e supervisão da *American Heart Association*, quanto os cursos ATLS, ATCN e PHTLS sob a égide da *Society of Trauma Nurses*, do *American College of Surgeons* e da *National Association of Emergency Medical Technicians*, respectivamente, propiciando o conhecimento com tecnologia adequada e certificação da atuação dos profissionais, porém, muitas vezes, estão fora das possibilidades financeiras dos interessados (BELLAN, 2006).

No que diz respeito à formação e capacitação na área de saúde, em nosso país, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com objetivo de mudança tanto na formação técnica, quanto na graduação e pós-graduação. Objetivava desencadear um processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde com vistas a uma atenção integral à população e ao fortalecimento do SUS. Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e foram criados Polos de EPS em todo país (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009b).

O redirecionamento do atual modelo de atenção à saúde no Brasil impõe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (BRASIL, 2011d).

No contexto das urgências e emergências, o ministério da saúde, por meio da portaria nº 2048, propôs aos gestores do SUS, em 2002, a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU), pois reconheceu que o insuficiente investimento tanto na formação como na EPS dos trabalhadores nessa área, em seus diversos componentes, resultava em comprometimento da qualidade da assistência e na gestão do setor. Dessa forma, possibilitaria a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços, estabelecendo o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências dentro de cada nível de atenção, garantindo o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde, bem como, da necessidade de garantir aos profissionais, habilitação formal e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências (BRASIL, 2002).

Os NEU surgiram com a proposta de terem como objetivos estratégicos e operacionais de constituírem-se em núcleos de excelência regional, estadual e nacional, para a formação de profissionais de saúde a serem inseridos na atenção às urgências, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos, instrumentalizada a partir de uma rede de núcleos regionais, os quais articulados entre si podem incorporar paulatinamente critérios de atenção e profissionalização às urgências, por meio da capacitação dos componentes de atenção às urgências e emergências nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2002).

Para atingir aos objetivos do NEU e organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, assim como no contexto mundial e segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os quarenta anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o IAM e o AVC. Soma-se a isso, o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas (BRASIL, 2013a).

Diante dessa realidade, os diversos componentes da RUE são importantes na assistência à saúde e exigem profissionais preparados e habilitados que possam

oferecer cuidados imediatos e seguros aos indivíduos em estado grave decorrentes de agravos clínicos ou traumáticos (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

A literatura recomenda que as atualizações e capacitações para manter o conhecimento e habilidade, especialmente na área de urgência/emergência, devem ser a cada seis meses, uma vez que os conhecimentos teóricos e as habilidades tendem a declinar com o passar do tempo (BELLAN, 2006).

Acerca da EPS em urgência e emergência dos profissionais da APS do município de Campo Grande-MS, local da realização da presente pesquisa, foi desenvolvido durante ano de 2011, pela Secretaria Municipal de Saúde com o apoio dos profissionais atuantes no SAMU 192, um projeto de capacitação para equipe de enfermagem das UBS e UBSF, a fim de atender a necessidade de capacitação para estes profissionais na área de urgência e emergência. Esse projeto teve como meta desenvolver 20 horas semanais de capacitação teórico-prática sobre o referido tema, totalizando 60 horas de treinamento. Ressalta-se que, não foi contemplada neste projeto de capacitação a categoria médica pertencente à APS.

Foram capacitados 380 profissionais da enfermagem; os assuntos abordados nessas capacitações foram decorrentes do levantamento feito pelo SAMU 192 de Campo Grande, onde constatou-se, naquela ocasião, que as solicitações de atendimento secundário provenientes dessas UBSF eram decorrentes de condições que poderiam ser resolvidas na própria UBSF ou pelo menos que o atendimento fosse iniciado enquanto a ambulância do SAMU estava em deslocamento. Dentre as ocorrências mais comuns estavam: urgências clínicas cardiológicas, neurológicas e urgências traumáticas. O referido projeto foi realizado de forma pontual, sem que houvesse prosseguimento do mesmo nos anos subsequentes (SESAU, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento teórico dos profissionais médicos e de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) atuantes na ESF de Campo Grande-MS, sobre condutas em urgência e emergência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as categorias profissionais investigadas, quanto aos dados sociodemográficos: sexo, idade, profissão, jornada semanal de trabalho, tempo de atuação na ESF e formação em urgência e emergência.
- Comparar a formação em urgência e emergência com as variáveis idade e tempo de atuação na ESF, entre as diferentes categorias profissionais envolvidas na pesquisa.
- Confrontar os acertos das questões avaliadas no instrumento de coleta de dados, entre os profissionais de uma mesma categoria, de acordo com a formação em urgência e emergência.
- Analisar os acertos das questões avaliadas no instrumento de coleta de dados entre os profissionais das diferentes categorias pesquisadas, de acordo com a formação em urgência e emergência.

4 METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS GRÁFICOS DO TRABALHO

A estruturação do trabalho seguiu as normas elaboradas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), conforme documentos vigentes no ano de 2015, adotando-se o sistema autor-data para fazer uso de citações no decorrer do texto e apresentação em ordem alfabética das referências.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa, baseada em dados primários obtidos por meio da aplicação de questionário, o qual compõe-se, segundo Andrade (2013), de um conjunto organizado de questões (abertas, fechadas e/ou mistas), construído a partir dos objetivos e variáveis constantes do projeto, que é preenchido pelo entrevistado.

4.3 LOCAL DA PESQUISA

O cenário desta pesquisa é o município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, com área de 8.092,951 Km² e população estimada de 853.622, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

O município de Campo Grande é dividido em sete regiões urbanas, as quais são compostas por quatro distritos sanitários (DS): Norte, Sul, Leste e Oeste (Figura 1). As equipes de ESF estão distribuídas nas UBSF em cada DS conforme representado no Quadro 1, totalizando a cobertura populacional pela ESF de 37,8% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE, 2014).

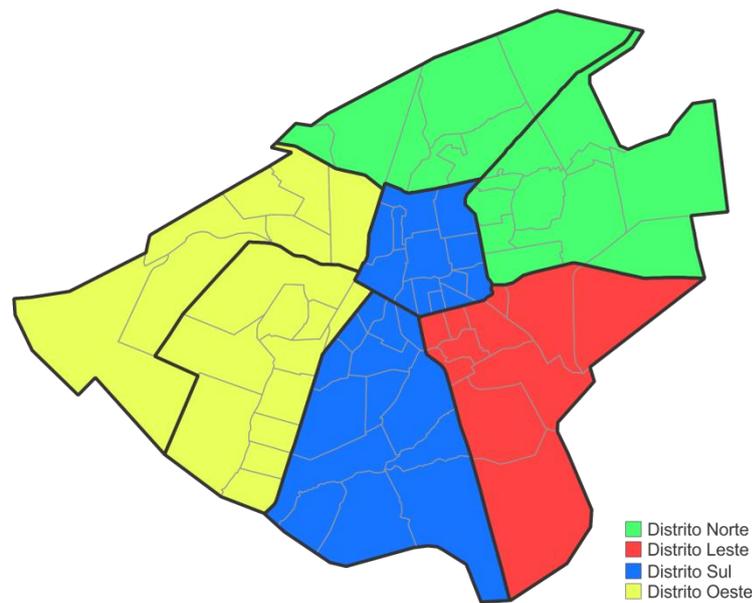


Figura 1: Distritos sanitários do município de Campo Grande-MS.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram desse estudo os profissionais das categorias médica e de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) das equipes das ESF de Campo Grande-MS. Tais categorias foram escolhidas por serem os profissionais que atuam diretamente na prestação do atendimento inicial ao usuário em situações de urgência e emergência.

Os quatro distritos sanitários de Campo Grande têm cobertura parcial da ESF e estão compostos como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Número de Unidade Básica de Saúde da Família e de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário, Campo Grande-MS.

DS	Norte	Sul	Leste	Oeste	TOTAL
Número de UBSF	10	13	02	08	33
Número de Equipes de Saúde da Família	23	34	07	26	90

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (2014).

A pesquisa foi realizada na totalidade das ESF urbanas de Campo Grande. O Quadro 2, nomeia as UBSF visitadas e seus respectivos Distritos Sanitários:

Quadro 2: Nome das Unidades Básicas de Saúde da Família e número de Equipes de Estratégia Saúde da Família por Distrito Sanitário, Campo Grande-MS.

DS	Nº UBSF	Nome da UBSF	Nº ESF/ Unidade
DS Norte		UBSF José Abrão	02
		UBSF N. Sr ^a das Graças	02
		UBSF Nova Lima	02
		UBSF Noroeste	04
		UBSF Marabá	02
		UBSF São Benedito	01
		UBSF Jd. Seminário	01
		UBSF Estrela Dalva	04
		UBSF Vida Nova	03
		UBSF Fernando Arruda Torres	02
Total	10		23
DS Sul		UBSF Mário Covas	03
		UBSF Paulo Coelho	02
		UBSF Nova Esperança	02
		UBSF Parque do Sol	04
		UBSF Vila Corumbá	01
		UBSF Macaúbas	03
		UBSF Los Angeles	03
		UBSF COHAB	02
		UBSF Iracy Coelho	04
		UBSF Alves Pereira	03
		UBSF Carvalho	01
		UBSF Botafogo	03
		UBSF Aero Racho IV	03
Total	13		34
DS Leste		UBSF MAPE	03
		UBSF Itamaracá	04
Total	02		07
DS Oeste		UBSF Portal Caiobá	04
		UBSF Tarumã	04
		UBSF São Conrado	03
		UBSF Zé Pereira	02
		UBSF Aero Itália	04
		UBSF Serradinho	03
		UBSF Batistão	03
		UBSF Antártica	03
Total	08		26
Total UBSF (Urbanas)	33		90

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (2014).

Foram adotados como critérios de inclusão: profissionais da categoria médica e de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), com vínculo funcional com a Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (SESAU) e que aceitaram participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: profissionais que se encontravam afastados do serviço público por qualquer motivo (férias, tratamento de saúde, folgas, etc.); profissionais que não estavam presentes na unidade de saúde no dia em que a pesquisadora foi coletar os dados, profissionais que preencheram de forma inadequada o instrumento de coleta de dados e os profissionais das UBSF das áreas rurais.

Para obter autorização de acesso às unidades de saúde, o presente projeto de pesquisa foi enviado à SESAU. Após análise dessa instituição, que é responsável pela gestão de todas as UBSF, obteve-se a autorização para desenvolvimento do estudo (ANEXO A). Ressalta-se que houve apenas um ajuste do título do trabalho, em comparação com a proposta aprovada pela SESAU, sem qualquer modificação nos procedimentos metodológicos e de análise dos dados.

4.5 INSTRUMENTO UTILIZADO

O instrumento para coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora, sendo composto por duas partes. A “parte A” está relacionada às características sociodemográficas dos profissionais e a “parte B” às questões relacionadas às condutas no atendimento inicial das urgências e emergências clínicas e traumáticas baseadas em protocolos internacionais validados e reconhecidos mundialmente (APÊNDICE A).

Os itens que compõem a “parte A” referem-se a sexo, idade, profissão, jornada semanal de trabalho, tempo de atuação na ESF e formação em urgência/emergência. Foi considerada, neste estudo, formação em urgência e emergência qualquer modalidade de curso, cujo foco principal fosse o atendimento às urgências e emergências clínicas ou traumáticas em adultos ou crianças, quais sejam: curso de imersão internacional ou nacional; curso de extensão, especialização ou curso fornecido pela própria SESAU.

A “parte B” do instrumento contém 15 questões fechadas, com o intuito de avaliar o conhecimento teórico dos profissionais envolvidos na pesquisa em relação

às condutas no atendimento inicial dos eventos agudos de natureza clínica ou traumática, visando atender aos objetivos propostos. Para a elaboração destas questões foram utilizados protocolos padronizados, validados, atualizados e reconhecidos mundialmente, a saber: *Basic Life Support (BLS)*; *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*; *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*; *Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN)* e *Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)*.

A escolha de tais protocolos decorreu do fato de que os mesmos abordam de maneira uniforme e padronizada as questões inerentes ao atendimento inicial de pacientes em situações agudas clínicas (BLS, ACLS) ou traumáticas (ATLS, ATCN, PHTLS), que são baseados em evidências científicas e seguidos por grande parte dos países no mundo inteiro, inclusive no Brasil.

Vale ressaltar, a respeito das questões do instrumento utilizado nesta pesquisa, que as mesmas foram elaboradas de forma que todas as categorias profissionais envolvidas no estudo pudessem respondê-las, pois aquelas referem-se às atribuições inerentes ao exercício profissional dessas categorias.

4.6 COLETA DE DADOS

Para aplicação do instrumento, foi realizado, primeiramente, um teste piloto em outros profissionais que não estavam envolvidos na pesquisa, mas que tinham a mesma formação profissional que os sujeitos do estudo com o objetivo de avaliar aplicabilidade e a clareza das questões.

A seguir, foi construído um cronograma de visitas a ser realizado nas UBSF do município e enviado para a SESAU, para ciência e autorização das datas e locais que seriam visitados para a realização da coleta de dados. Apesar do cronograma previsto e autorização da SESAU, a pesquisadora, anteriormente a sua ida à unidade, entrava em contato via telefone com o gerente da UBSF a ser visitada para confirmação do agendamento, no sentido de minimizar prejuízos na rotina de trabalho dos profissionais e de atendimento aos pacientes.

Dessa forma, foi iniciada a aplicação do questionário estruturado nos sujeitos da pesquisa, compreendendo o período de março a junho de 2015. Antecedendo a aplicação do instrumento, era realizada uma reunião com todos os profissionais de cada ESF visitada, na qual eram apresentados pela pesquisadora o alinhamento conceitual e objetivo da pesquisa, sendo convidados a participar da mesma.

Após a apresentação, era entregue e lido individualmente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice B). Os profissionais foram orientados que, se decidissem participar da pesquisa, eles poderiam deixar de responder uma ou mais questões contidas no instrumento de coleta de dados e caso decidissem não participar, sendo vontade expressa dos mesmos, estes, não sofreriam nenhum tipo de coação ou coerção. Após esses esclarecimentos, havendo concordância e assinatura do TCLE, o profissional passava a ser voluntário na pesquisa e preenchia o instrumento de coleta de dados, sem qualquer tipo de identificação pessoal no questionário.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, os resultados procedentes do instrumento foram consolidados, tabulados, submetidos à análise estatística descritiva e apresentados por meio de tabelas e figuras. A escolha dos testes estatísticos foi feita em função do tipo de distribuição dos dados coletados, dessa forma, foram utilizadas para tratamento dos mesmos, técnicas descritivas a fim de verificar as frequências totais e relativas às categorias profissionais estudadas. As variáveis do estudo foram avaliadas por meio categórico.

Além disso, para verificar possíveis diferenças entre os tratamentos (COM Curso x SEM Curso) entre as categorias, bem como identificar diferenças entre os acertos provenientes do questionário adotado no estudo, o teste de Qui-Quadrado foi utilizado. Para todas as análises o estudo adotou como nível de significância $P < 0.05$. Os softwares utilizados foram o Microsoft Excel 2010 e GraphPadPrism 5.0 (San Diego, California, USA).

Os dados são apresentados em tabelas e figuras com as questões do instrumento utilizado para a coleta de dados da pesquisa, as quais são abreviadas da seguinte forma: questão número 01 (Q1); questão número 02 (Q2); questão número três (Q3); questão número quatro (Q4); questão número cinco (Q5); questão número seis (Q6); questão número sete (Q7); questão número oito (Q8); questão número nove (Q9); questão número dez (Q10); questão número onze (Q11); questão número doze (Q12); questão número treze (Q13), questão número quatorze (Q14) e questão número quinze (Q15).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender às exigências quanto aos aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres humanos e aos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa da UFMS e, também, para autorização do Secretário Municipal de Saúde, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013b). Com esses procedimentos, o projeto foi aprovado sob o protocolo nº 856.061 em dois de novembro de 2014, CAAE 36395014.1.0000.0021.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta desta pesquisa partiu da hipótese de que a não resolutividade da ESF no que diz respeito ao atendimento das urgências e emergências na APS, se deve, dentre outros fatores, ao conhecimento limitado e insuficiente capacitação da equipe médica e de enfermagem em relação às condutas no atendimento inicial de tais demandas, decorrentes de eventos agudos de natureza clínica ou traumática.

Os profissionais incluídos no estudo foram os médicos, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, pois tais categorias são pertencentes à equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família, observando que os agentes comunitários de saúde não foram incluídos no escopo do estudo, em virtude de que os mesmos não participam rotineiramente, na UBSF, do atendimento inicial dos pacientes com quadros agudos decorrentes de agravos relacionados às urgências e emergências.

De acordo com estudo realizado por Rocha, Velloso e Alves (2009), os profissionais da APS demonstraram ter insegurança no atendimento às urgências por falta de treinamento semelhante aos disponibilizado ao SAMU para que sejam cumpridas suas responsabilidades segundo as normas vigentes na Política Nacional de Atenção às Urgências.

Nesse sentido, parece ser importante implementar a qualificação dos profissionais de saúde no atendimento às urgências e emergências em todas as portas de entrada da RUE, adequando-se às necessidades e atribuições de acordo com cada nível de complexidade.

No presente estudo, o instrumento utilizado para analisar o conhecimento teórico dos profissionais pesquisados sobre condutas no atendimento inicial diante de situações de urgências e emergências, foi construído com base no conteúdo preconizado em protocolos validados, os quais são apresentados em programas de ensino internacionais destinados aos profissionais das categorias médicas e de enfermagem, em que é apresentado de forma padronizada e sistemática o atendimento inicial das urgências e emergências tanto clínicas quanto traumáticas. Esses programas internacionais, conforme já citados, são o ATCN, ATLS, PHTLS, BLS e ACLS.

O ATLS, ATCN E PHTLS fundamentam-se no ensino da aplicação de protocolos preconizados em que, por meio de condutas apropriadas, visam

estabelecer o equilíbrio fisiológico da vítima, por meio da priorização da gravidade, identificando e tratando as lesões, as quais são determinadas por uma sequência lógica de procedimentos, a qual denomina-se avaliação primária que, quando bem realizada, apresenta uma diminuição significativa no índice de sequelas e até mesmo óbito dos pacientes. Estudos comprovam que a introdução do ATLS para sistematização no atendimento ao trauma leva a significativa diminuição na mortalidade, principalmente após a primeira hora e em doentes com lesões muito graves (JESUS *et al.*, 2014; VAN OLDEN; MEEWIS; BOLHUIS, 2004).

O BLS e o ACLS ensinam técnicas de SBV e SAV para profissionais da área da saúde. São favoráveis os resultados desses protocolos em relação ao efeito do treinamento de médicos e enfermeiros sobre a eficiência da RCP e taxa de sobrevivida. Outro dado importante nesse contexto é o grau de conhecimento dos médicos acerca das medidas de ressuscitação cardiopulmonar. É aceito pela maioria dos especialistas, que cursos como o ACLS tornam os médicos mais eficientes no atendimento de vítimas de PCR. Assim, nos Estados Unidos, a maioria dos hospitais possui médicos e enfermeiros treinados em SBV e SAV, sendo esse treinamento uma exigência para os profissionais que atuam em emergências (FILGUEIRAS FILHO *et al.*, 2006).

Em relação à participação na presente pesquisa, os profissionais médicos e de enfermagem atuantes na ESF de Campo Grande-MS preencheram o instrumento elaborado para a finalidade da mesma, totalizando 203 profissionais. No entanto, dois instrumentos foram preenchidos de maneira inadequada, sendo os mesmos excluídos da pesquisa, totalizando assim, 201 participantes de acordo com os critérios de inclusão já citados.

A amostra foi composta por 74% de mulheres e 26% de homens, no qual 46,8% técnicos de enfermagem, 31,5% enfermeiros e 21,7% médicos. As respostas dos questionários indicaram não haver, entre os profissionais participantes da pesquisa, a categoria auxiliar de enfermagem.

Em relação à jornada de trabalho, todos (n=201) cumprem 40h semanais na ESF. A presente pesquisa apontou que 76,8%, não tinham qualquer formação em urgência e emergência logo, apenas 23,2% apresentaram alguma formação nessa área.

Quanto à faixa etária dos profissionais, 22,2% estavam na faixa de 20-29 anos, 36,5% na faixa de 30-39, 18,2% na faixa de 40-49 anos e 23,1% acima dos 50 anos de idade.

Em relação ao tempo de atividade na ESF, 82,8% possuíam mais do que um ano de atividade, dentre esses 41,4% apresentaram mais de cinco anos de experiência. Apenas 17,2% tinham menos de um ano de trabalho na ESF.

A Tabela 1 apresenta a seguir uma comparação entre as características sociodemográficas das diferentes categorias profissionais com a formação em urgência e emergência. Desse ponto em diante, todos os profissionais pesquisados que relataram ter formação em urgência e emergência serão considerados "Com curso", enquanto os que relataram não possuir formação em urgência e emergência serão considerados "Sem curso".

Tabela 1. Comparação das características sociodemográficas das categorias profissionais pesquisadas lotadas na ESF de Campo Grande-MS e a formação em urgência e emergência (n=201).

VARIÁVEIS	MÉDICOS		ENFERMEIROS		TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	
	Sem curso	Com curso	Sem curso	Com curso	Sem curso	Com curso
N	25	19*	52	7*	77	21*
Feminino	64%	85%	91%	100%	84,4%	61,9%
Masculino	36%	15%	9%	0%	15,6%	38,1%
Idade						
20-29	28%	15%	31%	0%	20,8%	9,6%
30-39	32%	25%	51,9%	28,6%	35%	23,8%
40-49	12%	10%	7,7%	42,9%	23,4%	33,3%
>50	28%	50%	9,4%	28,5%	20,8%	33,3%
Atuação na ESF						
<1 ano	8%	15%	26,9%	0%	19,5%	4,8%
1-5 anos	48%	20%	34,6%	42,9%	49,4%	38,1%
>5 anos	28%	65%	38,5%	57,1%	31,1%	57,1%

*Valores diferiram estatisticamente ($p < 0,05$) pelo teste Qui-quadrado, comparando categorias profissionais Com e Sem curso em urgência e emergência.

Em relação à categoria médica, os resultados demonstraram que dos 44 médicos que participaram da pesquisa, 19 deles (43,18%) possuíam alguma formação em urgência e emergência, destes, a metade (50%) tem mais de 50 anos de idade e a outra metade está dividida nas demais faixas etárias apresentadas na Tabela 1. Os médicos com curso, em sua maioria (65%), está há mais de cinco anos atuando na ESF.

Quanto aos enfermeiros, que totalizaram 59 profissionais, somente sete (11,8%) têm curso na área de urgência e emergência, 42,9% deles têm entre 40-49 anos e estão atuando na ESF, em sua maioria (57,1%), há mais de cinco anos.

Dos 98 técnicos de enfermagem, ficou também demonstrado, que sua minoria tem curso na área da urgência, representado por 21 técnicos (21,42%), a maior parte deles está entre a faixa etária de 40–49 anos (33,3%) e aqueles com mais de 50 anos de idade, também possuem o mesmo percentual (33,3%). Em relação ao tempo de atuação na ESF, a maioria (57,1%), assim como nas demais categorias possuem mais de cinco anos no serviço.

Especialmente no que diz respeito à capacitação em urgência e emergência dos profissionais atuantes na ESF, os dados levantados nesta pesquisa são preocupantes, visto que, conforme a Tabela 1, a maioria dos profissionais das categorias pesquisadas, afirmou não ter nenhum curso na referida área, o que pode, dentre outros fatores, implicar em dificuldades para a efetivação da RAS no SUS.

Em relação à organização do processo de trabalho na APS, há indicação de que os serviços técnicos devem ser prestados por generalistas, sem necessidade de mão-de-obra especializada, porém, devem estar aptos para atender situações de emergências, uma vez que, existe o consenso de que a maior parte dos problemas de saúde que acomete a população pode e deve ser resolvido no nível primário de atenção (STARFIELD, 2002).

A APS, como primeiro contato, recebe pacientes de todas as faixas etárias e com diversidade de doenças e agravos à saúde. A qualidade deste serviço é essencial para condução e estabilização adequadas do quadro dos pacientes e evitar possíveis sequelas, e até mesmo a morte, especialmente em situações de urgência e emergência. O atendimento imediato, em menor tempo possível, realizado por profissionais de saúde capacitados com os conhecimentos para utilização de técnicas próprias somadas a uma estrutura física com os materiais necessários disponíveis, torna-se indispensável para uma assistência de qualidade neste nível de atenção (MOURA, 2013).

Em estudo realizado por D'Agostin *et al.* (2012) em que foi pesquisado acerca do entendimento da equipe de enfermagem da ESF de um município de Santa Catarina, sobre os atendimentos de urgência e emergência, revelou que os sujeitos da pesquisa compreendem como necessária a capacitação sobre urgência e emergência, com o propósito de melhorar o atendimento prestado aos usuários por

meio da qualificação de toda a equipe. Além de que, é importante que cada profissional da ESF tenha claro suas atribuições junto à equipe e que as coloquem em prática, pois isso faz com que o atendimento aconteça de forma integral.

Em pesquisa realizada com médicos e enfermeiros sobre suas capacidades em atender urgências e emergências na ESF, Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) encontraram divergências entre o que estes profissionais referem saber e o que realmente sabem, reforçando a ideia de EPS. Os resultados apontaram que 44,8% dos entrevistados, reconhecendo a fragilidade do sistema, afirmaram que sua equipe não está adequadamente preparada para atendimento de urgência e emergência, embora o vivenciando; 81,6% dos profissionais afirmaram ser aptos a reconhecer os níveis de urgência e emergência e consideraram adequadas suas ações, mas não as descreveram corretamente.

Ainda no estudo supracitado, foi evidenciado que 92,1% dos entrevistados asseguraram que nunca participaram de atividades de EPS com a equipe da ESF abordando o atendimento às urgências e emergências (GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012). Estes resultados corroboram aos achados da presente pesquisa, realizada na ESF de Campo Grande-MS.

Moura (2013) pesquisou a percepção dos usuários da ESF do Município de Caxias-MA, sobre o atendimento de urgência e emergência, evidenciando que as fragilidades do cotidiano da assistência na ESF geram descontentamento e desconfiança quanto à capacidade técnica dos profissionais de saúde e aos critérios utilizados por estes na prestação do atendimento. Esses usuários entendem que a melhoria da assistência na ESF ocorrerá se houver investimento para aprimorar as condições de atendimento de urgência e emergência.

Kovacs *et al.* (2005) corroboram com o autor anteriormente citado, ao afirmar que parece haver um descrédito da população em geral em relação aos serviços de atenção primária, que não estão adequadamente estruturados e preparados para atingir um grau de resolutividade desejável, em relação às urgências e emergências.

Desta forma, nota-se que tantos os profissionais quanto os usuários da ESF, percebem as fragilidades que podem contribuir com a baixa resolutividade relacionadas à assistência prestada nos casos de urgências e emergências, evidenciando o limitado conhecimento acerca deste tema e reafirmando uma possível deficiência no investimento da qualificação dos profissionais das ESF para este tipo de atendimento.

Para tanto, os serviços de saúde podem investir na introdução precoce das questões sobre atendimento de urgência e emergência na ESF, como recurso estratégico para o desenvolvimento e qualificação profissional, buscando proporcionar uma assistência adequada, de acordo com suas atribuições como primeiro nível de atenção.

A seguir, as Figuras 2, 3 e 4, estão representando detalhadamente a formação das categorias profissionais participantes da pesquisa, conforme faixa etária.

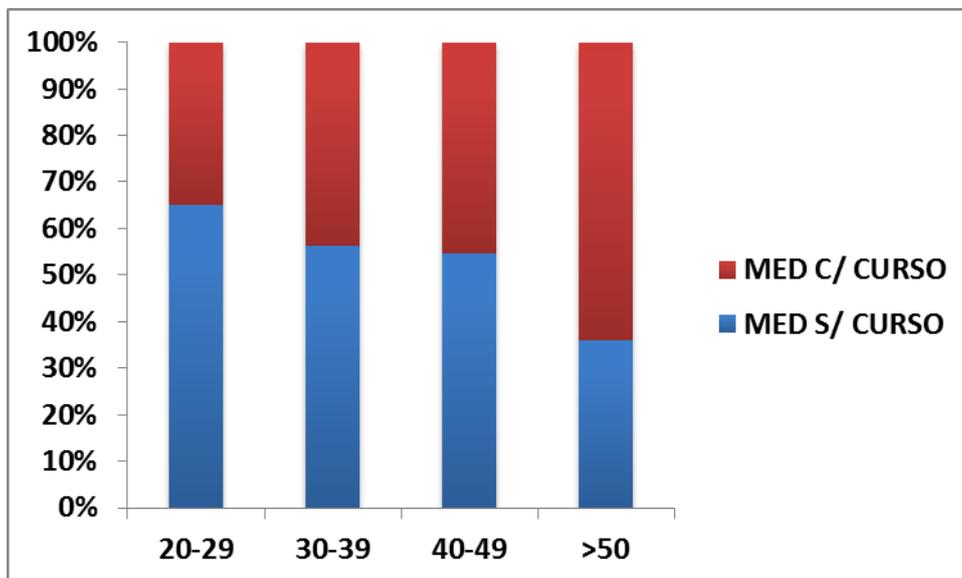


Figura 2 - Formação em urgência e emergência dos profissionais médicos, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme faixa etária (n=44).

Os dados da Figura 2 indicam que há uma linearidade crescente entre a formação em urgência e emergência e a faixa etária dos profissionais médicos que participaram da pesquisa. Nesse caso, a maior proporção de médicos com curso está na faixa etária de 50 anos ou mais, inversamente ao que se observa na faixa etária de 20 a 29 anos, na qual a maior proporção é de indivíduos sem curso em urgência e emergência.

O fato dos médicos mais jovens apresentarem menor proporção na formação específica em urgência e emergência pode decorrer da condição de que a APS é encarada como opção para os médicos recém-formados entrarem diretamente no mercado de trabalho, em definitivo ou, na maioria das vezes, para prover algum acúmulo financeiro antes de optar por uma especialidade (MELLO; MATTOS; SOUTO, 2009).

Segundo Giovanella (2011), os profissionais médicos, pela participação intelectual ativa no ambiente organizacional em que se desenvolve o processo de cuidado, desempenham um importante papel no processo de construção efetiva das redes assistenciais, porém, no Brasil, muitas escolas médicas ainda desenvolvem currículos que fragmentam o conhecimento, estimulando a especialização profissional e levando o estudante de medicina a se afastar do contexto de integração de cuidados e sistematização da RAS (ALMEIDA FILHO, 2010).

Infere-se, com isso, que muitos profissionais médicos atuantes na ESF podem não ter interesse em permanecer nesse ambiente de trabalho, o que pode levá-los a não buscar formações complementares para atuar na atenção básica, mesmo que seja voltada às urgências e emergências.

Para que esse panorama possa sofrer alguma alteração, Nogueira (2009) afirma que há necessidade de uma reorientação efetiva da educação médica, com mudanças de concepções de saúde, práticas clínicas e de relações de poder, o que implica um novo estilo de pensamento com desenvolvimento de habilidades e competências orientadas na realidade organizacional, seja na academia ou no serviço. Tais observações destacam a necessidade de estruturação da RUE com estabelecimento de uma institucionalidade, ou seja, com relações vinculadas entre as normativas prescritas de organização em redes e a formação médica (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010).

É desejável a construção de indicadores e bases de dados e sistemas de seguimento e avaliação que possam delinear o perfil geral de médicos atuantes em serviços de urgência, nos diversos níveis de complexidade, subsidiando mudanças na graduação e pós-graduação que atendam à atenção às urgências, bem como novos panoramas de prática clínica na produção da atenção à saúde, com estilos permeados pela promoção em saúde, mesmo em presença de situações de urgência (LIMA; LEITE, CALDEIRA, 2015).

É relevante destacar com isso, a importância da inserção desta categoria profissional, independentemente do nível de complexidade de atenção à saúde onde o mesmo atua, nos processos de EPS, por meio de participação em cursos de atualização, capacitações e demais modalidades de qualificação profissional.

Tem sido constatado que o perfil dos profissionais médicos, não é adequado o suficiente para prepará-los para atuar na APS e na urgência médica, reforçando-se

a necessidade de se investir na complementação da formação dos mesmos (GIL, 2005; PIVA; BORGES, 2010).

Em pesquisa realizada por Ribeiro (2004) onde foi avaliada a organização assistencial das unidades não hospitalares de pronto atendimento do município de Goiânia-GO, foi apontado pelos gerentes dessas unidades, que a categoria médica representa um nó crítico, pela dificuldade de encaminhamento do profissional médico para capacitação, a insubordinação dos mesmos à gerência da Unidade, normalmente exercida por outra categoria e o perfil para lidar com demandas coletivas. Contudo, os gerentes dessas unidades de saúde reconhecem a importância de sensibilizar e capacitar os médicos, considerando-se que estas unidades dependem, em grande parte, desses profissionais para a obtenção de bons resultados assistenciais.

Silvério (2008) afirma em um estudo desenvolvido sobre a participação da categoria médica em um programa de EPS realizado em um Estado da região Sudeste, que a opção do referido programa em contemplar, inicialmente, somente os médicos da ESF, se relaciona à baixa adesão desses profissionais ao serviço, com curta permanência nas equipes; à frágil formação do médico no campo da APS, assim como à pequena participação desses trabalhadores em qualificações pertinentes a esse nível de atenção.

Compreende-se, assim, que além da adequação na formação acadêmica do médico, no sentido de inseri-lo no contexto da RAS e da APS, garantindo uma visão holística do sistema, esclarecendo o importante papel do profissional médico neste cenário, é considerável também, que os gestores do SUS implementem a capacitação desses profissionais na ESF, especialmente no que diz respeito ao atendimento às urgências e emergências, com o objetivo de estimular a participação da categoria profissional em questão, favorecendo o exercício da prática médica de maneira a garantir um atendimento qualificado aos usuários de acordo com o nível de complexidade da APS .

Na sequência, as Figuras 3 e 4 apresentam a situação encontrada em relação à equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

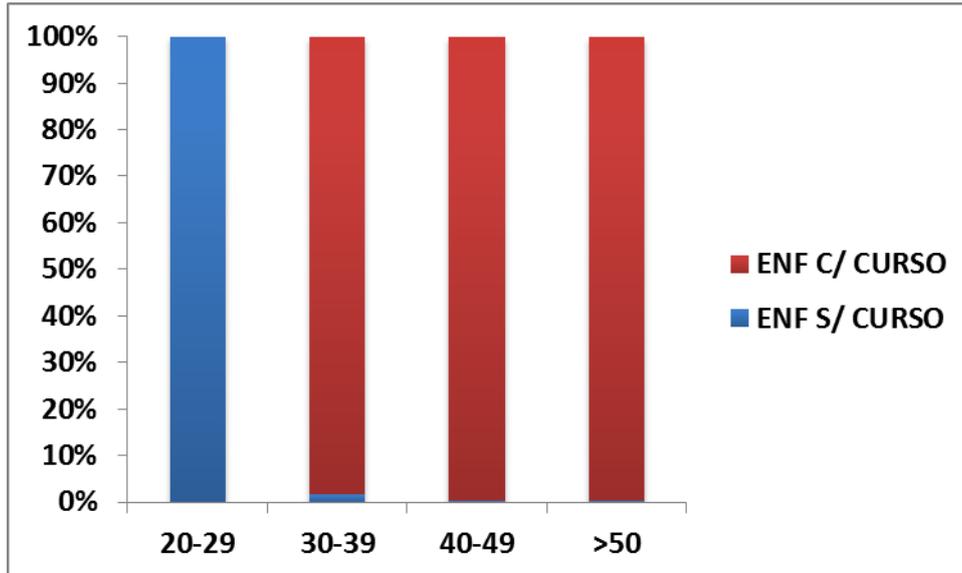


Figura 3 - Formação em urgência e emergência dos profissionais enfermeiros, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme faixa etária (n=59).

A Figura 3 mostra que nenhum dos enfermeiros na faixa etária de 20-29 anos possuía curso em urgência e emergência. Já as demais faixas etárias apresentaram a mesma configuração, com uma proporção bem mais elevada de indivíduos com curso em urgência e emergência, quando comparados com seus pares sem curso nessa área.

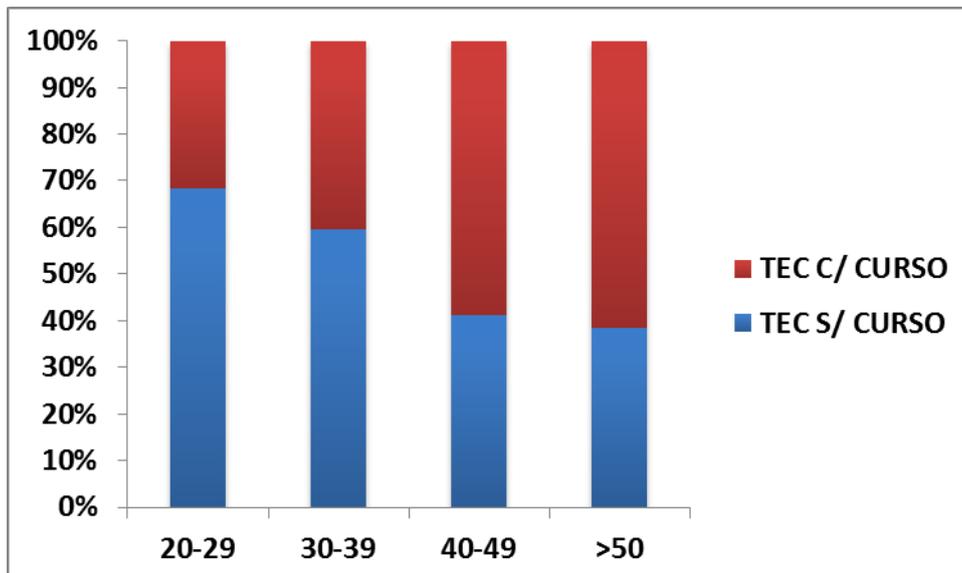


Figura 4 – Formação em urgência e emergência dos profissionais técnicos de enfermagem, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme faixa etária (n=98).

A Figura 4 aponta que a categoria profissional dos técnicos de enfermagem apresenta um crescimento gradativo do número de profissionais com curso em

urgência e emergência à medida que a faixa etária também aumenta. Sendo assim, a maior proporção dos profissionais com curso nessa área são aqueles com mais de 50 anos de idade, contrariamente ao que ocorre com o grupo de 20 a 29 anos, que tem a menor proporção de indivíduos com a formação mencionada.

A capacitação em urgência e emergência para a equipe de enfermagem é relevante, especialmente no sentido de que, mesmo quando o profissional médico não está disponível para prestar atendimento inicial ao paciente em situações de urgência e emergência, os outros profissionais da equipe estejam aptos a realizar assistência de acordo com seu nível de competência, garantindo que todos os usuários que procuram a ESF sejam acolhidos (MOURA, 2013).

As situações de urgência e emergência chegam a qualquer ponto de atenção da RAS, por ocorrências no domicílio ou em vias públicas. Para muitos profissionais as questões de urgência e emergência na APS podem ser algo novo, um fato incomum, porém, devem estar preparados para as mesmas (MELO; SILVA, 2011).

Diante disso, Barbosa *et al.* (2011) afirmam estar revelada a necessidade de que o profissional de enfermagem que atua na APS, além de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, foco desse nível assistencial, esteja apto a prestar os primeiros atendimentos às situações de urgência e emergência. Para tanto, os serviços de saúde devem investir no desenvolvimento da educação em serviço para esses profissionais, tornando possível superar a tradição de capacitações pontuais por um processo formativo que contemple a EPS (ARAÚJO; VILLAS BÔAS, TIMÓTEO, 2008).

Isto posto, pode-se dizer que as capacitações a serem implementadas na ESF devem ser destinadas não só a atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, visto como função corriqueira deste serviço, mas também, para o acolhimento da demanda espontânea em situações de urgência e emergência que mesmo não sendo ocorrências frequentes na APS, a equipe deve estar preparada e capacitada para o atendimento inicial das mesmas de acordo com as atribuições de cada categoria dentro do nível primário de atenção.

No que diz respeito ao profissional enfermeiro, é preciso ressaltar que com a criação do SUS e a implantação da ESF, expandiu-se o campo de atuação desta categoria, de tal forma que atualmente o quantitativo de enfermeiros inseridos na ESF é elevado. Esse fenômeno merece refletir como deve ser o processo de

formação e qualificação desse profissional, que se tornou figura elementar na consolidação dessa política de atenção à saúde (MOURA *et al.*, 2011).

Segundo Alencar (2006), no contexto da APS, o enfermeiro tem sido um profissional importante na construção do novo modelo de atenção à saúde, visto que desenvolve atividades assistenciais, gerencia e supervisiona os profissionais da enfermagem, bem como é referência técnica para alguns setores indispensáveis dos centros de saúde, além de conhecer o fluxo interno das unidades de saúde, dentre outras atividades administrativas.

Mascarenhas (2010) corrobora com essa ideia e acrescenta que o enfermeiro, ao atuar na atenção primária, incorpora as ações da saúde como uma estratégia de transformação social e política, potencializando as ações desenvolvidas na APS consoante com o conceito ampliado de saúde e com o cuidado integral e articula-se com os grupos da população onde atua para responder às necessidades de saúde da população e aos princípios do SUS (MASCARENHAS, 2010).

A presença do enfermeiro qualificado é relevante na assistência direta às vítimas em situações de urgência e emergência nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde, bem como na capacitação técnica das equipes, na elaboração de protocolos de atendimentos e material didático e na supervisão do pessoal (ROMANZINE; BOCK, 2010).

Sendo assim, é indispensável que o profissional enfermeiro mantenha a atualização contínua dos seus conhecimentos acerca das atividades desenvolvidas na ESF, inclusive às voltadas ao atendimento às urgências e emergências, colaborando com sua equipe por meio de atividades de educação em serviço, proporcionando maior conhecimento e segurança no acolhimento de usuários em situações agudas decorrentes de agravos clínicos ou traumáticos, independente da faixa etária desse profissional, tempo de formação e do nível de atenção onde atua.

Rocha, Velloso e Alves (2009) analisaram em um estudo, as relações entre profissionais da APS e do SAMU, no município de Belo Horizonte-MG, no qual foi possível perceber a insegurança dos profissionais das APS por falta de treinamento e, ainda, que o profissional se ressentia da desconfiança atribuída à APS pelo SAMU nos julgamentos da gravidade dos casos agudos que chegam a sua unidade. Os autores revelam que o fator determinante da falta de credibilidade da atenção básica, pelo SAMU, relaciona-se à falta de preparo dos profissionais da ESF para

atenderem urgência e que não sabem reconhecer quadros de real necessidade de solicitação daquele serviço.

Novamente pode-se inferir que a partir de ações organizacionais, tais com a EPS, cursos ou capacitações de diferentes modalidades, destinadas aos profissionais da ESF para o atendimento de urgência, podem proporcionar aumento da segurança à equipe, bem como da credibilidade da ESF no que tange às ocorrências relacionadas às urgências e emergências.

Quanto aos técnicos de enfermagem, estudos realizados comprovam a existência de carências significativas desta categoria em relação a atualizações e capacitações. Isto se deve, possivelmente, a lacunas na formação e na não atualização após a entrada no mercado de trabalho, fato possível de reversão se houver treinamentos adequados (RIBEIRO; MOTTA, 2006).

Os técnicos de enfermagem constituem um contingente representativo de trabalhadores nos serviços de saúde, e na enfermagem os mesmos representam a maior força de trabalho. No entanto, pouco se investiga como a prática desses trabalhadores tem se processado frente às perspectivas de mudanças no modelo de produção em saúde e a prática dos mesmos pode se constituir em uma estratégia para facilitar as transformações indispensáveis para a obtenção de um sistema de saúde voltado para as necessidades da população (CARDOSO *et al.*, 2011).

Na pesquisa desenvolvida por Cardoso *et al.* (2011) a qual teve como objeto a prática de técnicos e auxiliares de enfermagem em um serviço de APS do município de Ribeirão Preto-SP, ficou evidenciado que uma questão geradora de conflitos e inseguranças no processo de trabalho desses profissionais na APS é o atendimento de urgências e emergências, pois os mesmos afirmaram que quando o usuário apresenta queixa ou problema, essa categoria profissional tem dificuldade em identificar se é, realmente uma situação de urgência e emergência. Os profissionais reconheceram a necessidade de ter formação para trabalhar na saúde bem como de conhecimentos técnico-científicos e apontaram, ainda, a necessidade de realizar cursos e atualizações acerca do tema.

Sabe-se que a formação de tais profissionais apresenta fragilidades e que é essencial para a APS que os trabalhadores sejam qualificados, para imprimir efetividade em suas ações. Para que se avance nessa direção, é necessário implementar a EPS no cotidiano do trabalho dos profissionais da enfermagem na APS (BRASIL, 2011d).

O processo de atualização dos profissionais de saúde merece ser contínuo dentro dos serviços e as universidades, bem como os órgãos representativos da enfermagem e as instâncias políticas nos níveis nacional, estadual e municipal, podem participar ativamente desse processo, promovendo transformações estruturais na formação e na qualificação dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, de modo que estes - que compõem grande contingente do conjunto dos trabalhadores que produzem a atenção nos serviços de saúde - desenvolvam as competências necessárias para o trabalho na APS, na perspectiva da integralidade da atenção (TORRES; LELIS, 2010).

Com isso, será possível ver o aumento da resolutividade das ações concernentes ao atendimento da demanda espontânea em situações de urgência e emergência na APS, de forma a consolidar a atenção na perspectiva da integralidade, construindo o SUS e, sem dúvida, contribuindo no fortalecimento de seus princípios.

A seguir, as Figuras de 5 a 7, representam a formação em urgência e emergência das categorias profissionais participantes do estudo, de acordo com o tempo de atuação na ESF.

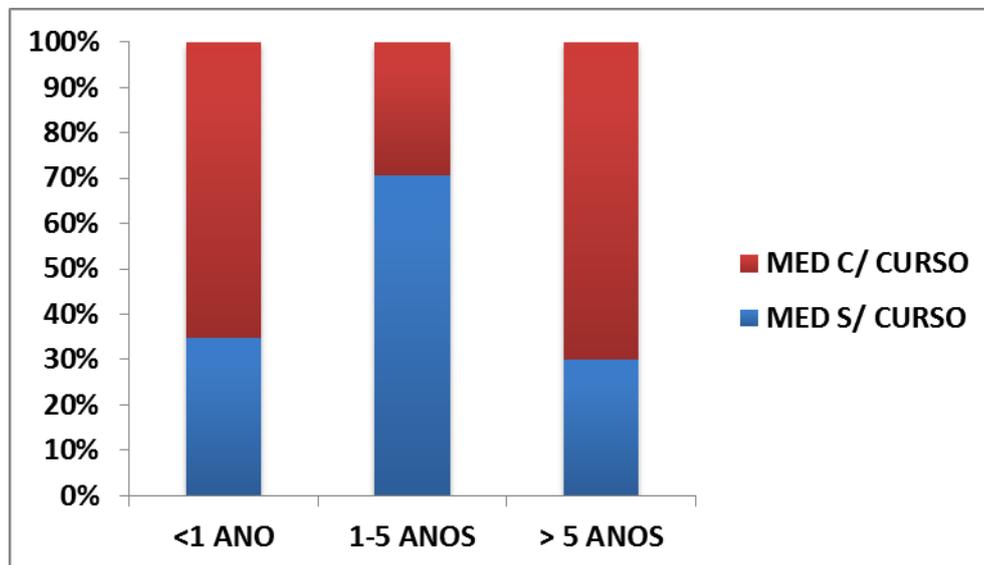


Figura 5 – Formação em urgência e emergência dos profissionais médicos, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme tempo de atuação na ESF (n=44).

Os dados da Figura 5 não indicam qualquer linearidade, seja crescente ou decrescente, entre a proporção de profissionais médicos com curso em urgência e emergência e seus respectivos tempos de atuação na ESF. Dessa forma, observa-

se maior proporção de indivíduos com curso nessa área entre aqueles que estão há menos de um ano e também há mais de cinco anos na ESF, enquanto essa relação de proporção se inverte entre aqueles que estão atuando de um a cinco anos na ESF.

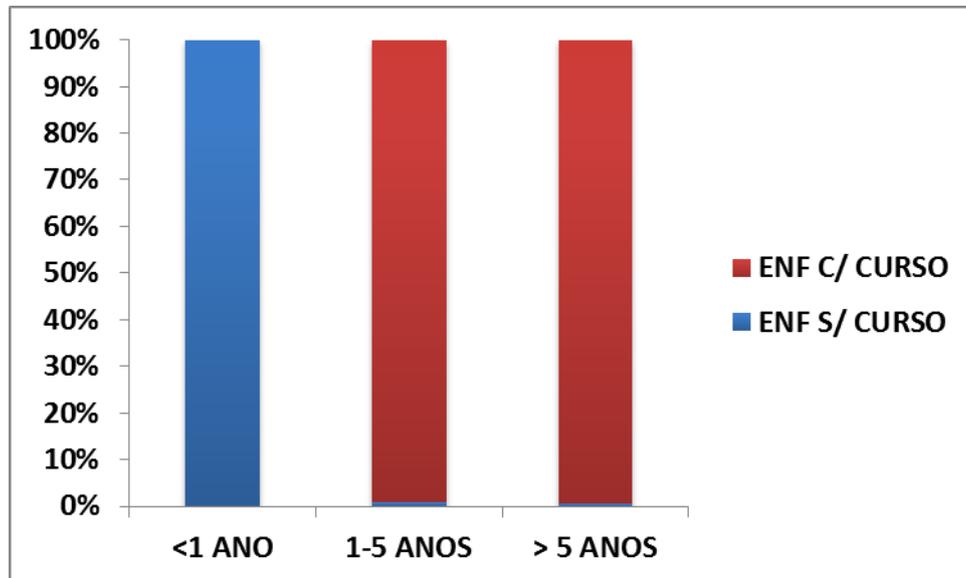


Figura 6 — Formação em urgência e emergência dos profissionais enfermeiros, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme tempo de atuação na ESF (n=59).

A Figura 6 indica que há claramente uma maior proporção de enfermeiros com curso em urgência e emergência entre os profissionais que atuam há mais tempo na ESF, de forma que os indivíduos com menos de um ano de atuação sequer têm curso nessa área, ao passo que seus pares com atuação de um a cinco anos ou ainda aqueles com mais de cinco anos de experiência nesse contexto, possuem uma proporção maior de pessoas com curso.

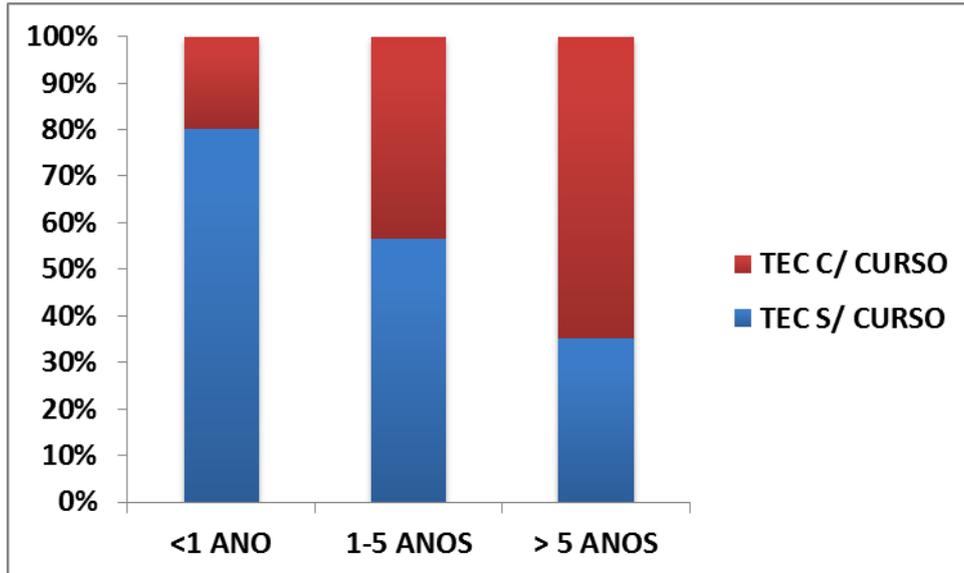


Figura 7 – Formação em urgência e emergência dos profissionais técnicos de enfermagem, lotados na ESF de Campo Grande-MS, conforme tempo de atuação na ESF (n=98).

Os dados da Figura 7 indicam, também, que a maior proporção de técnicos de enfermagem com curso em urgência e emergência é favorável os que atuam há mais tempo na ESF. Nesse caso foi possível observar uma modificação gradativa entre as faixas etárias, sendo crescente a proporção de profissionais com curso na área estudada, à medida que o tempo de atuação no contexto da ESF também se elevou.

No que diz respeito à formação em urgência e emergência e o tempo de atuação na ESF, pôde-se observar, que todas as categorias profissionais que estão há mais tempo na ESF foram as que declararam ter algum tipo de formação. Isso pode estar relacionado com o fato de que os mesmos, por estarem a mais tempo na ESF, terem tido mais oportunidades de participar de algum curso acerca do tema, seja por interesse próprio ou por oferta da própria instituição em que trabalham.

Corroborando com os resultados encontrados na presente pesquisa, Carvalho (2014) desenvolveu um estudo sobre a análise da qualificação e capacitação de profissionais da ESF no município de Campo Maior-PI, o qual demonstrou que mais da metade dos entrevistados (63,2%) estão a mais de cinco anos atuando nesta área e responderam ter capacitações de vários temas relacionados à ESF e ainda, que se sentem seguros na maioria das ações desenvolvidas em sua unidade.

Nesse mesmo estudo, ao ser analisadas a relação entre as variáveis tempo de formação e tempo de experiência na área, foi possível relacionar, segundo o autor, que os profissionais com mais de cinco anos de atuação, tiveram mais

chances de aperfeiçoamento na área o que justifica sua maior segurança em sua atuação dentro dos padrões e atribuições preconizadas para a APS (CARVALHO, 2014).

A seguir, as Tabelas 2, 3 e 4, apresentam os acertos das questões sobre o atendimento inicial em urgência e emergência avaliadas no instrumento de coleta de dados, entre os profissionais de uma mesma categoria, de acordo com sua formação em urgência e emergência.

Tabela 2. Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência entre profissionais médicos, com e sem formação nessa área, lotados na ESF de Campo Grande-MS (n=44).

QUESTÕES AVALIADAS	MÉDICOS		DIFERENÇA EM	VALOR DE P
	Sem curso	Com curso	PONTOS	
			PERCENTUAIS	
Q1 (Gestão da RUE)	80	70	-10	
Q2 (Atendimento inicial)	48	65	17	
Q3 (Sequência ABCDE)	76	65	-11	
Q4 (Ventilação)	20	45	25	
Q5 (Sinais de choque)	60	65	5	
Q6 (Abordagem do choque)	48	60	12	
Q7 (Imobilização fratura)	36	35	-1	> 0,05
Q8 (Trauma raquimedular)	72	85	13	
Q9 (Escala de Glasgow)	96	95	-1	
Q10 (Abordagem IAM)	92	85	-7	
Q11 (SBV)	60	45	-15	
Q12 (uso do DEA)	80	95	15	
Q13 (compressão/ventilação)	40	60	20	
Q14 (SAV)	56	65	9	
Q15 (Drogas RCP-cuidados)	44	60	16	

*Não foram observadas diferenças estatísticas entre o grupo com e sem curso ($p > 0,05$).

Na Tabela 2, pode-se notar que apesar dos profissionais médicos com curso em urgência e emergência apresentarem mais acertos em pouco mais da metade das questões inerentes a esse tema, não houve significância estatística, ou seja, não existe diferença entre médicos com curso e seus pares sem curso em urgência e emergência quanto aos acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência contidas no instrumento de coleta de dados dessa pesquisa.

Tabela 3. Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência entre profissionais enfermeiros, com e sem formação nessa área, lotados na ESF de Campo Grande-MS (n=59).

QUESTÕES AVALIADAS	ENFERMEIROS		DIFERENÇA EM	VALOR DE P
	Sem curso	Com curso	PONTOS PERCENTUAIS	
Q1 (Gestão da RUE)	76,9	100	23,1	< 0,05
Q2 (Atendimento inicial)	55,8	85,7	29,9	
Q3 (Sequência ABCDE)	61,5	85,7	24,2	
Q4 (Ventilação)	19,2	57,1	37,9	
Q5 (Sinais de choque)	78,8	85,7	6,9	
Q6 (Abordagem do choque)	53,8	71,4	17,6	
Q7 (Imobilização fratura)	40,4	71,4	31	
Q8 (Trauma raquimedular)	76,9	100	23,1	
Q9 (Escala de Glasgow)	96,2	100	3,8	
Q10 (Abordagem IAM)	75	57,1	-17,9	
Q11 (SBV)	50	71,4	21,4	
Q12 (uso do DEA)	84,6	100	15,4	
Q13 (compressão/ventilação)	57,7	57,1	-0,6	
Q14 (SAV)	63,5	71,4	7,9	
Q15 (Drogas RCP-cuidados)	59,6	71,4	11,8	

*Foram observadas diferenças estatísticas entre a quantidade de acertos do grupo com curso vs. sem curso ($p < 0,05$).

Os dados da Tabela 3 demonstram que os enfermeiros com curso em urgência e emergência apresentaram uma diferença significativa na porcentagem de acertos das questões relacionadas a esse assunto em comparação com os profissionais da mesma categoria sem formação na área, havendo assim, uma diferença estatística a favor dos profissionais com curso na área referida.

Tabela 4. Porcentagem de acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência entre profissionais técnicos de enfermagem, com e sem formação nessa área, lotados na ESF de Campo Grande - MS (n=98).

QUESTÕES AVALIADAS	TÉCNICOS DE ENFERMAGEM		DIFERENÇA EM PONTOS PERCENTUAIS	VALOR DE P
	Sem curso	Com curso		
	Q1 (Gestão da RUE)	81	76	-5
Q2 (Atendimento inicial)	35	38	3	
Q3 (Sequência ABCDE)	35	67	32	
Q4 (Ventilação)	10	4,8	-5,2	
Q5 (Sinais de choque)	61	57	-4	< 0,05
Q6 (Abordagem do choque)	38	76	38	
Q7 (Imobilização fratura)	34	29	-5	
Q8 (Trauma raquimedular)	78	67	-11	
Q9 (Escala de Glasgow)	91	100	9	
Q10 (Abordagem IAM)	70	86	16	
Q11 (SBV)	39	38	-1	
Q12 (uso do DEA)	83	57	-26	
Q13 (compressão/ventilação)	47	33	-14	
Q14 (SAV)	55	86	31	
Q15 (Drogas RCP-cuidados)	69	76	7	

*Foram observadas diferenças estatísticas entre a quantidade de acertos do grupo com curso vs. sem curso ($p < 0,05$).

Na Tabela 4, os dados apresentados mostram que os técnicos de enfermagem com curso em urgência e emergência, assim como a categoria dos enfermeiros obtiveram uma quantidade maior de acertos nas questões sobre o atendimento inicial em urgência e emergência, quando comparados a seus pares sem curso nessa área.

Como já destacado, a APS deve se constituir como grande articuladora da RAS, desenvolvendo-se como importante porta de entrada e ordenadora da rede. Dessa forma, o atendimento à demanda espontânea deve ser realizado pelas UBSF, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgências de menor gravidade. Nessas situações, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de SBV e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento (BRASIL, 2011c).

No entanto, para que os profissionais acolham as urgências nas UBSF, intervenham e referenciem responsabilmente tais casos, é necessário o seguimento de protocolos clínicos validados e reconhecidos (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

Lumer e Rodrigues (2011) corroboram com os autores previamente citados alertando haver diferentes interpretações de urgência e emergência elaboradas pelos profissionais que atuam na APS. Estes, através das experiências pessoais adquiridas e senso crítico, analisam e classificam a urgência e emergência dentro de um grau de comprometimento e complexidade de cada evento, tomando as decisões que entendem como as melhores para ofertar a sua assistência. A interpretação destes conceitos pode levar a uma grande possibilidade de equívocos. Afinal, seu entendimento não pode estar tão somente vinculado à subjetividade do profissional ou a sua própria experiência, mas sim a um consenso previamente acordado e normatizado por meio de protocolos clínicos validados, a partir dos quais todos poderão oferecer a atenção de forma igualitária e universal.

Neste aspecto, Silva, Ogata e Machado (2007) reforçam que capacitações, independentemente do tipo e do nível de complexidade que ela aconteça, são desenvolvidas com o objetivo de gerarem mudanças que representem progressos na atuação profissional. São importantes instrumentos de atualização e transformação das práticas de saúde dos profissionais que se tornam, a partir daí, aptos a compartilharem o conhecimento adquirido com toda a equipe, garantindo um melhor resultado na assistência prestada ao usuário, especialmente nas situações de urgência e emergência.

Considerando então a necessidade de capacitação dos profissionais para o atendimento de agravos emergenciais na APS, Cardoso *et al.* (2011) ressaltam que todos os casos de urgência e emergência, devem compor o rol de discussões e capacitações programadas e articuladas no cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde em todos os níveis de assistência. Essa prática pode ser compreendida como fundamental para um cuidado qualificado e deve ser realizada periodicamente.

Nesse sentido, Feitosa-Filho *et al.* (2006) retrataram em um artigo, a avaliação de profissionais médicos após capacitação em ACLS, o qual contribuiu para a identificação da relevância do curso na melhoria do conhecimento, independentemente da especialidade. No referido estudo, foi comprovado que os profissionais que realizaram o ACLS apresentaram um maior conhecimento em reanimação em comparação com os que não realizaram.

Na literatura acadêmica há pesquisas apontando certa inaptidão da categoria médica e a necessidade de práticas de educação em saúde no campo da urgência e emergência. Duarte e Fonseca (2010) relatam que os médicos se encontram

despreparados e necessitam de um melhor desempenho durante os atendimentos de urgência e emergência. Barbosa *et al.* (2006) revela a deficiência em termos de conhecimento dos médicos com mais de cinco anos de graduação quando questionados sobre a terapêutica usada na PCR. Portanto, as deficiências das atividades de educação continuada ou EPS vêm prejudicando na melhoria das taxas de sucesso em RCP, bem como em outros agravos à saúde relacionados às urgências e emergências (LIMA *et al.*, 2009).

Outro estudo procurou avaliar o perfil e o grau de conhecimento teórico acerca de atendimento às urgências e emergências dos médicos que trabalham nas emergências de hospitais públicos e privados da cidade de Salvador-BA, comparando com a realização ou não de cursos de treinamento em ACLS e ATLS. Foi constatado que 83 (27,2%) tinham feito o ACLS, enquanto 215 (70,5%), não; e sete (2,3%) não forneceram essa informação. Com relação ao ATLS, 99 (32,5%) fizeram esse curso e 204 (66,9%), não. Foi verificado melhor escore de acertos nas respostas do questionário aplicado no estudo entre os que fizeram o curso, mostrando, assim, o impacto do curso entre os profissionais investigados (FILGUEIRAS FILHO *et al.*, 2006).

Moretti (2001) em um estudo observacional, multicêntrico e prospectivo, apontou que a presença de pelo menos uma pessoa treinada em ACLS na equipe de atendimento da PCR, independente da categoria profissional, aumenta em até duas vezes a chance de sucesso de reversão imediata do evento.

Gonzalez *et al.* (2013) destacam que ocorre no Brasil, algo em torno de 200.000 PCR ao ano, metade no ambiente hospitalar e a outra metade no extra-hospitalar, local onde os componentes pré-hospitalar fixo - como a APS - e o pré-hospitalar móvel - SAMU 192 - devem atuar. Os autores citados enfatizam que, para melhores desfechos no atendimento de uma PCR, além de ênfase na RCP de boa qualidade, deve-se atentar ao papel de cada um na equipe de ressuscitação. O treinamento do atendimento de PCR em equipe minimiza erros e é recomendado.

Diante disso, Aggarwal, Mytton e Derbrew (2010) afirmam que com o desenvolvimento das diversas práticas de EPS, torna-se possível favorecer o aprendizado dos profissionais aumentando sua confiança, assim como um melhor desenvolvimento e aplicabilidade dos protocolos necessários ao atendimento das urgências e emergências, resultando na diminuição das intercorrências e riscos

provenientes do tratamento e das intervenções realizados pelos mesmos, proporcionando mais segurança ao paciente.

Na presente pesquisa, os resultados obtidos não foram uniformes ao comparar a porcentagem de acertos entre os profissionais de uma mesma categoria. A categoria médica com curso, sob o ponto de vista estatístico, obteve a mesma porcentagem de acertos que os seus pares sem curso, enquanto os enfermeiros e os técnicos de enfermagem que têm algum tipo de curso em urgência e emergência apresentaram maior porcentagem de acertos em relação aos seus pares sem curso nessa área.

Esses resultados podem estar relacionados ao fato de que, conforme citado anteriormente, foi desenvolvido em 2011 pela SESAU, um projeto de capacitação em urgência e emergência destinada à equipe de enfermagem da APS do município de Campo Grande-MS apesar do mesmo ter sido pontual e realizado há algum tempo, comparando com o momento de coleta dos dados do presente estudo, que ocorreu em 2015. Contudo, não estava contemplada nestas capacitações, a categoria médica, o que pode ser um fator que contribuiu para os resultados obtidos nessa pesquisa, no sentido de que, os profissionais de enfermagem que afirmaram ter participado de cursos na área de urgência e emergência terem apresentado melhor aproveitamento do que seus pares sem curso, e até mesmo, melhores que a categoria médica com ou sem curso acerca do tema.

Semelhante ao encontrado nesta pesquisa em relação à categoria médica, Duarte e Fonseca (2010) apresentaram um estudo em que fizeram a mesma comparação, verificando que a média de acertos de 44 médicos previamente treinados em um curso de urgência e emergência, quando confrontados com a média de acertos dos que nunca haviam sido treinados, não apontou diferença estatística. No entanto, o desfecho do estudo evidenciou deficiências no conhecimento desses profissionais acerca do tema e destacou que a capacitação da equipe de profissionais atuantes em unidades de urgência e emergência é condição indispensável para o atendimento de qualidade.

As categorias dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem apresentaram, na presente pesquisa, resultados que reforçam dados da literatura em relação aos desfechos nos atendimentos de urgência e emergência, nos quais é evidenciado um maior grau de conhecimento e conseqüentemente maior segurança dos profissionais dos serviços de saúde quando a equipe está qualificada por meio de capacitações

frequentes, seguindo protocolos assistenciais e reconhecidamente validados, proporcionando assim, um suporte seguro oferecido durante os atendimentos de urgência e emergência, garantindo também maior segurança aos usuários que procuram o serviço com queixas agudas.

As diferenças entre acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência das categorias profissionais pesquisadas com curso e as categorias sem curso, estão representadas nas Figuras 8 e 9, respectivamente.

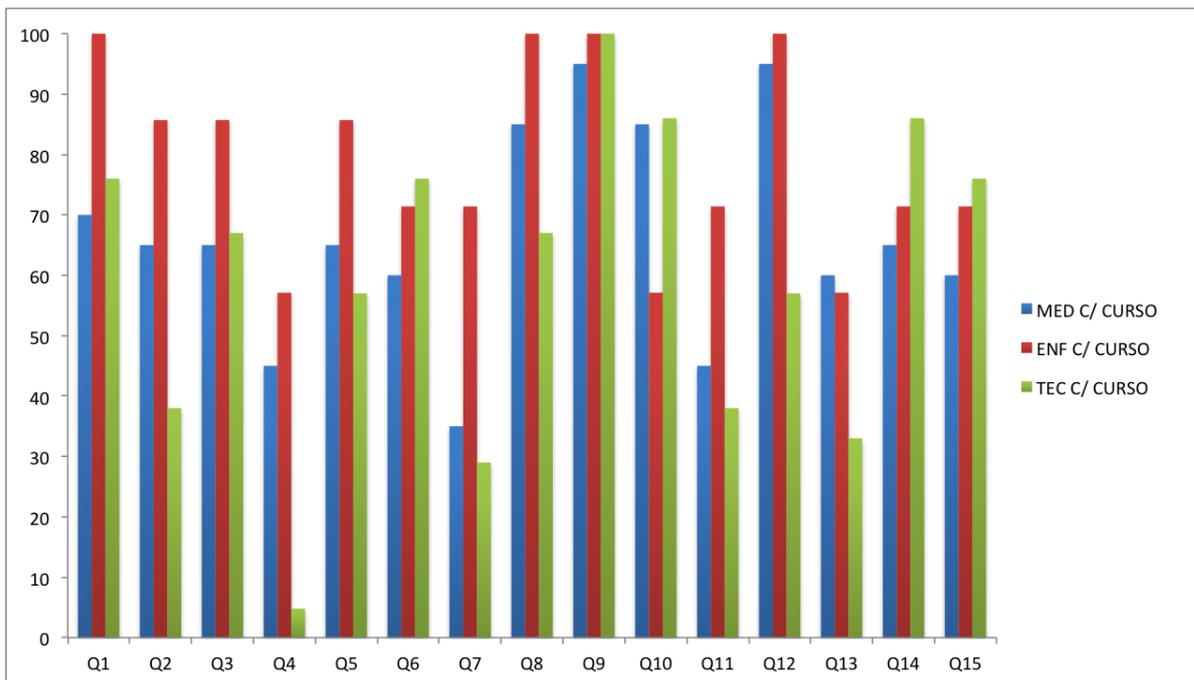


Figura 8 – Diferença entre acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência das categorias profissionais pesquisadas, com curso nessa área, lotada na ESF de Campo Grande-MS (n=201).

A Figura 8 indica que, comparando os acertos entre as diferentes categorias investigadas e que possuem curso em urgência e emergência, os enfermeiros foram os que obtiveram a maior porcentagem de acertos nas questões relacionadas ao tema e, as categorias médica e técnicos de enfermagem apresentaram similaridade no índice de acertos.

Outra observação que pode ser feita é que em três das 15 questões do instrumento de coleta de dados acerca do conhecimento em urgência e emergência, os profissionais médicos com curso nessa área não obtiveram 50% de acerto. Seguindo essa linha de raciocínio, os técnicos de enfermagem não apresentaram

50% de aproveitamento em cinco das 15 questões e a categoria enfermeiro acertou acima de 50% em todas as questões.

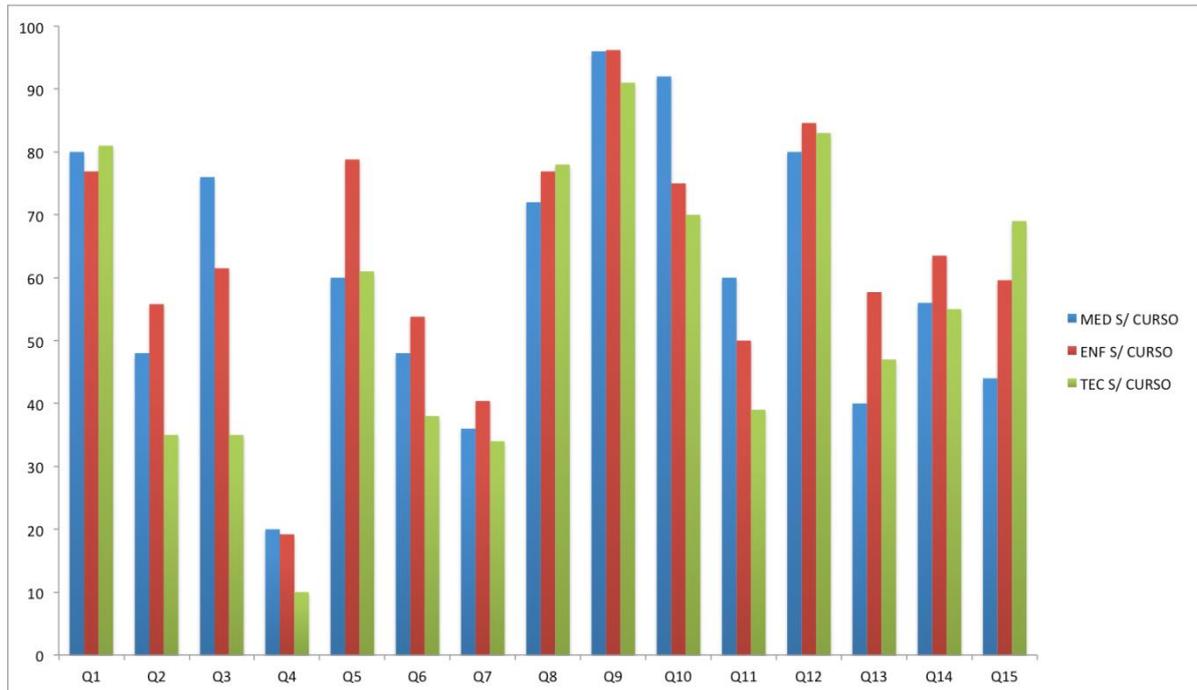


Figura 9 – Diferença entre acertos das questões relacionadas ao atendimento inicial em urgência e emergência das categorias profissionais pesquisadas, sem curso nessa área, lotada na ESF de Campo Grande-MS (n=201).

Os dados da Figura 9 dão conta de que entre os sujeitos das três categorias profissionais que participaram desse estudo e que não têm curso em urgência e emergência, a categoria que se sobressaiu em relação à porcentagem de acertos também foi a dos enfermeiros, seguidos pelos médicos que apresentaram uma sutil diferença de acertos em relação aos técnicos de enfermagem.

Entre os diferentes profissionais sem curso em urgência e emergência, a categoria de técnicos em enfermagem apresentou menos de 50% de acertos em sete questões avaliadas, os médicos em seis questões não obtiveram 50% de acertos e a categoria enfermeiro não atingiu metade de acertos em duas questões.

Como já mencionado, o processo de trabalho nas UBSF é voltado para as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo que tal discurso parece estar consolidado no profissional da APS. Porém, como primeiro ponto de contato do usuário, esse serviço deve prestar assistência aos pacientes cadastrados para atendimentos eletivos, bem como aos portadores de condições agudas, de urgência e emergência, provendo atendimento e/ou transporte adequado a um

serviço de maior complexidade. Esse discurso se justifica em função de que a APS, além de prever melhor organização da assistência, articulação dos serviços, definição de fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, equidade e integralidade na atenção prestada (ROCHA; VELLOSO, ALVES, 2009).

Como destacam Ferreira, Varga e Silva (2009) o trabalho em equipe multiprofissional é um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito das UBSF, dentro da abordagem integral e resolutiva, e, para que isto ocorra, há a necessidade de mudanças na organização do trabalho, na formação e na atuação dos profissionais de saúde. O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas, permitindo a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo, inclusive nas situações de urgência e emergência.

Além disso, Alves, Ramos e Penna (2005) destacam que pensar o trabalho em equipe significa pensar o cuidado centrado no paciente e suas necessidades e não nas categorias profissionais, pois a diversidade de situações exige respostas imediatas, sob pena de colocar em risco a vida do indivíduo. Assim, a integração de diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em torno de um objetivo comum tornam-se fundamentais para que a assistência ao usuário do sistema de saúde seja oportuna e livre de riscos.

No entanto, a hegemonia do modelo biomédico, tanto do ponto de vista tecnológico como cultural, reforça as especialidades e a centralidade do ato médico (diagnóstico e prescrição terapêutica médica), sendo determinante do modelo de atenção prestado por todos. Isso produz uma concentração quantitativa de profissionais médicos e pouca valorização e integração de outras categorias profissionais ao cuidado dispensado aos pacientes, sempre marginais ou secundárias às ações médicas. Além disso, seguindo a tradição, os usuários dos serviços de saúde valorizam mais a atenção do médico, ou mais especificamente a consulta médica, mesmo que, naquele momento, a intervenção de outro profissional ou de vários profissionais seja também oportuna (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

Em consonância com os autores citados no parágrafo anterior, a pesquisa de Casarotto *et al.* (2012) dispõe que o grau de confiança que o usuário deposita em

um serviço de saúde é vinculada tanto na estrutura no que se refere aos seus recursos tecnológicos quanto na capacidade técnico-científica de seus profissionais, destacando-se os médicos. Atender prontamente e com uma equipe básica de referência, contando com a ação do médico, é fundamental para uma APS resolutiva, especialmente nos casos de urgência e emergência, visto que, alguns procedimentos no que tange ao SAV nesses atendimentos são pertinentes ao profissional médico e, ainda, é papel exclusivo do mesmo encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2006a).

Para tanto, são aliadas para a construção e o aperfeiçoamento da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe a educação continuada e a permanente, as quais procuram desenvolver as competências profissionais por meio de capacitações, cursos e treinamento que objetivam mudanças aos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde, podendo levar, assim, a uma diminuição dos erros humanos e aumento da segurança do paciente (SILVA; SEIFFERT, 2009; SIMÕES; URBANETTO, FIGUEIREDO, 2013).

Diante disso, percebe-se a relevância das diversas categorias profissionais da APS estarem preparadas e capacitadas para desenvolver o trabalho em equipe nas situações de urgência e emergência, seguindo ética e responsabilmente as atribuições pertinentes a cada profissão e de acordo com o nível de complexidade em que atua, a fim de garantir um trabalho em equipe eficiente e resolutivo ao usuário que procura a UBSF em qualquer situação de agravo a sua saúde.

Na presente pesquisa, observa-se que a categoria médica das UBSF de Campo Grande-MS foi a que apresentou, de modo geral, rendimento inferior diante das respostas do instrumento aplicado, quando comparados aos outros profissionais participantes do estudo. Conforme as Figuras 8 e 9, os médicos com e sem curso em urgência e emergência, respectivamente, apresentaram menor porcentagem de aproveitamento na maioria das questões em relação às demais categorias investigadas. Os profissionais médicos com curso obtiveram menos de 50% de aproveitamento em três das questões relacionadas ao atendimento inicial às urgências e emergências, enquanto os médicos sem curso, seguindo esse mesmo parâmetro de comparação, apresentaram menos de 50% de aproveitamento em seis questões do instrumento utilizado.

O desempenho dos médicos, de acordo com os resultados alcançados no questionário, apresentou resultados semelhantes aos encontrados em outro estudo, no qual, segundo os autores, os médicos apresentaram deficiências no conhecimento teórico sobre urgência, os quais obtiveram a média de 54,5% de aproveitamento (FILGUEIRAS *et al.*, 2006).

Almeida *et al.* (2011) ratificam os autores citados no parágrafo anterior, ao considerarem em um estudo sobre conhecimento teórico em urgência e emergência que, a média de 50% de aproveitamento nas questões contidas no instrumento da pesquisa demonstrou conhecimento insuficiente acerca do tema estudado, reforçando a necessidade de capacitação na área.

Ao falar dessa categoria profissional, é importante destacar que o médico é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos e de urgência e emergência. Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos (BRASIL, 2011c).

Por conseguinte, a função do profissional médico é fundamental em todos os serviços da RAS e, assim como nos outros pontos de atenção, também na ESF os casos agudos que chegam como demanda espontânea necessitam da avaliação e intervenção médica para sua resolução (NOGUEIRA, 2009).

Neste sentido, D'Ávila *et al.* (2014) apontam que um dos fatores que contribui para alcançar uma APS de qualidade e caracterizada como o centro de comunicação entre os pontos de atenção, em uma perspectiva de horizontalidade é a resolutividade, é a credibilidade dos médicos quanto ao diagnóstico e à terapêutica, em especial nos casos de urgência e emergência, reduzindo assim, os encaminhamentos precoces ou desnecessários à média e alta complexidade. Os autores afirmam ainda, que a EPS pode contribuir no alcance desse objetivo, buscando resgatar habilidades e competências, conhecimentos e saberes, a partir do conhecimento técnico e científico, das experiências de trabalho e de interação social no 'fazer' médico.

Sendo assim, não há como fugir da ideia de que, o profissional médico da APS precisa estar preparado e capacitado para o atendimento dos usuários que procuram a UBSF para resolução de condições agudas decorrentes de urgências e emergências clínicas ou traumáticas, garantindo-lhes, juntamente com a equipe de enfermagem, um atendimento inicial adequado, visando à estabilização e, se necessário, garantindo o encaminhamento responsável para um nível de maior complexidade de acordo com a grade de referência e contrarreferência pactuada em sua região de saúde.

Destaca-se, na presente pesquisa, diante dos resultados obtidos, que o melhor desempenho foi do profissional enfermeiro. A referida categoria se sobressaiu, tanto aqueles que têm curso na área de urgência a emergência, quanto os que não têm apresentaram maiores porcentagens de acertos na maioria das questões do instrumento utilizado, em comparação com as demais categorias investigadas.

No que diz respeito a esse fato encontrado, Carvalho (2014) sinaliza que o trabalho na ESF exige que o profissional disponha de competências desenvolvidas para atender as constantes solicitações e transformações da prática cotidiana dos serviços. Nesse sentido, o profissional enfermeiro assumiu a condução das ações na ESF em relação aos demais profissionais de saúde, devido ao desenvolvimento de suas atividades assistenciais, com destaque para as atividades administrativas e educativas. Essa participação permitiu avanços para a categoria, no sentido de assumir novas responsabilidades com a comunidade e com a equipe de trabalho por meio da coordenação das Unidades de Saúde.

Em grande parte das instituições de saúde, o enfermeiro é responsável pela gerência e coordenação das atividades e, mesmo quando não exerce cargos de chefia, é quem organiza os serviços e encaminha as dificuldades cotidianas de trabalho. Portanto, é imprescindível sua autonomia e seu envolvimento nas práticas de saúde desenvolvidas, em todos os níveis de atenção, visando à construção de processos de trabalho centrados nas necessidades do usuário e na integralidade dos sujeitos (MARQUES; LIMA, 2007).

Na APS, cabe também ao profissional enfermeiro, dentre os preceitos ético-deontológicos, a corresponsabilizar-se pelo atendimento de forma a agilizar os processos diagnósticos; manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e de sua equipe utilizando de forma competente as tecnologias, sem esquecer a

formação permanente e aprofundada nas ciências humanas por um processo de EPS; dentre outras providências (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Desta forma, parece haver o entendimento de que o enfermeiro vem assumindo no decorrer de sua atuação, um papel importante nas unidades de saúde, de forma que, buscando qualificação e adquirindo experiência, vem construindo um conjunto de conhecimentos e habilidades consideráveis para tomada de decisões pertinentes às diversas funções que exerce, podendo, dentre várias atitudes gerencias, educativas e assistenciais, desenvolver seu papel na APS diante de situações de urgência e emergência contribuindo assim, para um atendimento qualificado, refletindo em maior segurança ao paciente, bem como, melhores desfechos na atuação da equipe como um todo.

Em relação ao desempenho da categoria técnico de enfermagem, o presente estudo mostrou que a mesma atingiu um índice inferior de aproveitamento das questões contidas no instrumento, comparativamente à performance dos enfermeiros, porém, semelhante a dos médicos e, ainda, que o aproveitamento dos técnicos com curso foi melhor do que aqueles sem curso em urgência e emergência.

Os profissionais de nível médio da enfermagem na ESF são fundamentais no desenvolvimento de diversas ações. Em termos quantitativos e considerando sua relevância no processo de trabalho, constitui o contingente mais expressivo entre os trabalhadores da enfermagem e de toda a área da saúde (NERY *et al.*, 2009).

Para tanto, no cotidiano do trabalho na ESF é essencial investir em novas formas de capacitação profissional e aponta-se a EPS como estratégia fundamental. A introdução da educação permanente pode colocar os trabalhadores da condição de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de assistência e colaboração na gestão, consolidando o reordenamento das práticas direcionadas para a integralidade da atenção à saúde (OGATA; FRANÇA, 2010).

No entanto, mesmo sendo apontado por alguns autores a necessidade de EPS voltada para o profissional de enfermagem de nível médio, foi identificado no discurso de profissionais desta categoria, em uma pesquisa realizada por Ogata e França (2010) sobre a atuação do auxiliar e técnico de enfermagem na ESF, que há um número muito reduzido de capacitações e que estas, quando acontecem, são oferecidas esporadicamente, e os temas, muitas vezes, não condizem com as reais necessidades do cotidiano do processo de trabalho. Os profissionais investigados

nesse estudo destacaram também, a necessidade de capacitações voltadas para o atendimento da demanda espontânea, pelo fato de que são eles que têm o primeiro contato quando usuários chegam sem agendamento na UBSF necessitando, muitas vezes, de atendimento de urgência.

D'Agostin *et al.* (2012) revelam, também, por meio de uma pesquisa realizada, que a equipe de enfermagem sugere capacitação com o objetivo de qualificar e agilizar o serviço prestado para o atendimento de casos de urgência e emergência na área de abrangência da ESF. Os temas sugeridos por esses profissionais foram: conceito de urgência e emergência; acolhimento com classificação de risco; atendimentos classificados como urgência e emergência, referência dos casos de urgência e emergência no serviço de saúde; critérios para solicitar o atendimento do SAMU; primeiros Socorros: PCR, IAM e acidente de trânsito.

Dessa forma, é possível perceber que os técnicos de enfermagem reconhecem sua inserção no processo de trabalho da ESF, sua responsabilidade na formação de vínculo com o usuário e sua necessidade de oferecer resposta e atendimento adequado ao mesmo, especialmente diante de situações de urgência e emergência que chegam como demanda espontânea em sua unidade de saúde.

Assim, pode-se afirmar que as capacitações para profissionais da ESF são vitais para o desenvolvimento e eficiência do trabalho com a população, sendo um espaço privilegiado para o desenvolvimento da EPS uma vez que deve articular a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, acolhimento e referenciamento de acordo com a necessidade de saúde da população (SILVA; OGATA, MACHADO, 2007).

No que diz respeito ao aproveitamento das categorias participantes da presente pesquisa, realizada no município de Campo Grande, em relação aos acertos e erros apresentados, o que chama a atenção é que as questões com menor aproveitamento tanto nas categorias com curso (com exceção dos enfermeiros) quanto nas sem curso foram as Q4 e Q7, seguidas das questões Q11 e Q13.

Em relação ao atendimento inicial dos pacientes em situações agudas decorrentes de lesões traumáticas e conforme orientações dos manuais ATLS, ATCN e PHTLS os quais, como já explanado, foram utilizados para elaboração do instrumento desta pesquisa, existe uma sequência de prioridades a serem seguidas,

as quais devem ser baseadas no método mnemônico “A-B-C-D-E”, para o atendimento inicial do paciente, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3: Sequência de prioridades no atendimento inicial ao paciente vítima de trauma.

A	Via aérea com controle da coluna cervical
B	Respiração e ventilação
C	Circulação e controle de hemorragias
D	Incapacidade/ estado neurológico
E	Exposição/controle do ambiente: despir completamente o paciente, mas prevenindo a hipotermia

Fonte: Comitê do Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões, 2012.

Assim, as lesões que obstruem as vias aéreas, prioridade “A” que podem ser decorrentes do rebaixamento do nível de consciência, lesão cervical, múltiplas fraturas de face, dentre outras, levam o paciente à morte mais rápido do que uma lesão relacionada à respiração e ventilação, prioridade “B” (pneumotórax hipertensivo, contusão pulmonar grave, insuficiência respiratória e etc.) e, problemas relacionados ao “B” matam mais rápido do que um problema relacionado à prioridade “C” (hemorragia profunda, fraturas de ossos longos, lesão de fígado ou baço, etc.) e assim sucessivamente, de forma que só se passa para a fase seguinte, após a etapa anterior ter sido avaliada e resolvida (COMITÊ DO TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012; SOCIETY OF TRAUMA NURSES, 2013; NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY TECHNICANS, 2012).

A Q4 do instrumento desta pesquisa - uma das questões com menor porcentagem de acertos - indaga sobre a melhor opção de dispositivo para fornecer oxigênio 100% ao paciente em situação de urgência ou emergência, correspondente a etapa “B”: respiração e ventilação, que é a segunda prioridade na avaliação inicial ao paciente politraumatizado, ou mesmo ao paciente em situações de emergências clínica, visto que, está cientificamente comprovado que hipóxia causa morte mais rápido do que hipovolemia e hipotensão, que corresponde à etapa “C” da avaliação inicial. De acordo com os protocolos referenciados neste estudo, todo paciente politraumatizado ou crítico decorrente de outros agravos clínicos merece receber oxigênio suplementar, o qual deve ser administrado preferencialmente, por máscara

facial não-reinalante, com reservatório de oxigênio e ligado à rede de oxigênio com 12-15 litros/minuto de fluxo de oxigênio (COMITÊ DO TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012).

A Q7, também umas das mais erradas, trata dos princípios de imobilização para diminuição da dor e sangramento oriundos de uma fratura. As fraturas simples de membros, se isoladas, não comprometem agudamente à vida, portanto, as mesmas só serão avaliadas e tratadas quando o paciente estiver estável e a avaliação primária tiver sido concluída. Essas fraturas podem ser manejadas por profissionais mesmo que não sejam especialistas na área e para a avaliação e manejo das mesmas, também devem ser seguidos alguns princípios preconizados pelos programas de referência em trauma já citados (COMITÊ DO TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2012; SOCIETY OF TRAUMA NURSES, 2013; NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY TECHNICANS, 2012).

É consenso que, para diminuição da dor e do sangramento oriundos de um foco de fratura, é necessário primeiramente alinhar o membro afetado, checando pulsos proximais e distais à fratura antes e depois do alinhamento, em seguida, pode-se proceder à imobilização do membro (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY TECHNICANS, 2012).

Esses conhecimentos sobre os cuidados iniciais relacionados à imobilização de fraturas são básicos e, conforme o ATLS e PHTLS diminuem consideravelmente a dor e o sangramento oriundos do foco da fratura e ainda reduz outros danos até o tratamento definitivo do paciente. Além de que, esses procedimentos podem ser realizados por qualquer uma das categorias profissionais incluídas na presente pesquisa, sendo fundamental que as mesmas tenham conhecimento e habilidades para a realização de tais procedimentos, garantindo estabilização adequada e conforto à pessoa que recebe o atendimento.

Fator preocupante também, na avaliação dos resultados obtidos por meio das respostas do questionário aplicado na pesquisa, foi relacionado à considerável porcentagem de erros referentes às Q11 e Q13 concernentes ao atendimento da RCP, em razão de que a PCR é a afecção emergencial mais severa que pode acometer um ser humano.

A PCR é definida como a interrupção das atividades respiratórias e circulatórias efetivas. A intervenção para reverter o quadro tem como princípios fundamentais a aplicação de um conjunto de procedimentos para restabelecer a

circulação e a oxigenação o mais rápido possível, no sentido de prevenir sequelas neurológicas e até mesmo a morte (SILVA; MONTEZELI; GASTALDI, 2013).

A Q11 diz respeito à sequência preconizada para atendimento de uma PCR, pois de acordo com as diretrizes da AHA – ACLS é recomendado uma sequência de atendimento mediante uma PCR, a qual orienta que, se comprovando que o paciente está em PCR (inconsciente, sem respiração ou respiração agônica e ausência de pulso em grandes artérias), deve-se imediatamente iniciar a compressão torácica externa, seguida da abertura das vias aéreas, por meio de manobras específicas e promover a ventilação com bolsa-valva-máscara. Essa sequência mnemônica é denominada “C-A-B” (C – Compressão, A - Airway e B-Breathing), (AEHLERT, 2010).

Ainda, em relação ao atendimento da PCR, ressalta-se que a sequência de compressão-ventilação durante a RCP no SBV, também é de suma importância que os profissionais realizem de maneira adequada e de acordo com os protocolos reconhecidos, os quais indicam que essa relação deve ser de 30 compressões para duas ventilações, fornecendo, no mínimo 100 compressões por minuto (Q13), porém, assim que o profissional habilitado tiver garantido uma via aérea definitiva no paciente (intubação oro-traqueal) essa sequência deixa de existir e a compressão torácica e ventilação são feitas simultaneamente, no entanto, deve-se realizar uma ventilação a cada seis a oito segundos, conforme diretrizes do ACLS (AEHLERT, 2010).

Vale lembrar aqui, que novas diretrizes acerca do atendimento da PCR foram publicadas em outubro de 2015, havendo, dentre outras, uma alteração sutil em relação à velocidade recomendada para as compressões torácicas, sendo considerada ideal de 100 a 120 compressões por minuto e não mais de 100 por minuto como no protocolo anterior de 2010 (AHA, 2015). No entanto, como a coleta de dados foi anterior à publicação das novas diretrizes, nada influenciou na avaliação dos resultados da presente pesquisa.

Segundo Barbosa *et al.* (2011) a PCR é um tipo de atendimento pouco frequente no cotidiano da APS, porém, decorrente da importância do conhecimento dessa temática, é de suma relevância que a mesma seja trabalhada com toda a equipe desse nível de atenção, considerando-se que a UBSF é a referência mais próxima do domicílio do usuário, exigindo capacitação profissional para uma intervenção imediata.

Ratificando os dados encontrados na presente pesquisa, o estudo realizado por Barbosa *et al.* (2011) revelou em sua análise que a dificuldade dos profissionais, para o atendimento de PCR, era prioritariamente em ações de SBV: reconhecimento dos sinais de PCR, relação entre compressões torácicas e manobras de ventilação e passos sequenciais dos socorristas durante o atendimento. Evidenciou-se que as dificuldades apresentadas pela equipe poderiam representar um risco à integridade tanto da equipe quanto do usuário, além de uma situação angustiante para o corpo profissional frente ao atendimento da PCR. Esse fato reforça a necessidade de uma ação em prol da instrumentalização da equipe com os requisitos mínimos para os primeiros atendimentos frente a essas ocorrências.

Desta forma e às vistas do conceito de EPS, afirma-se que a atualização dos profissionais médicos e de enfermagem, especialmente sobre RCP com base em diretrizes atualizadas é de responsabilidade não somente individual, mas, também, dos gestores dos serviços de saúde, uma vez que sua realização tende a refletir positivamente não só no prognóstico do paciente, mas no processo de trabalho, colaborando para o desenvolvimento organizacional e alcançado uma maior resolutividade frente a esses casos (SILVA; MONTEZELI; GASTALDI, 2013).

Assim, as instituições devem primar por treinamentos regulares que contemplem teoria e prática, com uma periodicidade semestral, pois há um nítido declínio do conhecimento com o passar do tempo. Concomitantemente, os profissionais devem buscar estratégias de estudo para melhorar e manter seu próprio desempenho ao longo do tempo (BRIÃO *et al.*, 2009; BELLAN; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010).

Pode-se inferir, com os resultados apresentados e discutidos nesta pesquisa, que a maior deficiência dos profissionais atuantes na ESF de Campo Grande-MS, está entre os médicos e técnicos de enfermagem com ou sem curso, no que diz respeito ao atendimento da PCR, seguido do desconhecimento quanto à abordagem no controle da dor e sangramento oriundos de uma fratura e ainda sobre o dispositivo mais adequado para fornecimento de oxigenioterapia frente a um doente em situações de urgência ou emergência.

É relevante afirmar, novamente, que a categoria profissional de enfermagem, apresentou, em comparação com as outras categorias envolvidas na pesquisa, na maioria das questões, um ótimo resultado entre aqueles que têm curso, no entanto, os enfermeiros que não têm curso, mostraram também um menor aproveitamento

em relação à Q4 e Q7 (trauma e oxigenioterapia), porém, nas questões de PCR (Q11 e Q13) se sobressaíram em relação às demais categorias sem curso, revelando uma porcentagem mais alta de acertos.

São reforçados os dados da literatura que indicam a necessidade de implementação de medidas educativas para intervir nos pontos vulneráveis investigados na presente pesquisa e que deve existir um comprometimento tanto por parte dos gestores do SUS como dos profissionais envolvidos no estudo, na construção da educação permanente, vislumbrando fundamentalmente a qualidade da assistência e a minimização dos erros por desconhecimentos ou falta de habilidade.

Diante disso, é claro e notório a importância de capacitações relacionadas à abordagem do trauma, sendo este um problema de saúde pública de grande magnitude, como já citado nesta pesquisa, entretanto, um olhar de destaque talvez deva ser dado às capacitações relacionadas ao tema PCR, visto que o atendimento rápido e oportuno, realizado por uma equipe qualificada implicará, como já mencionado, em um melhor prognóstico, possibilitando a reabilitação deste paciente e ainda, proporcionado maior resolutividade dentro da RUE, de forma que a APS possa exercer seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora a Rede.

Portanto, todas as categorias profissionais participantes da presente pesquisa são elementos essenciais para o processo de trabalho na UBSF e as atribuições das equipes de ESF são múltiplas e complexas, exigindo dos profissionais de saúde conhecimentos específicos desta área, e ainda, de áreas diversas, dentre as quais destacamos neste estudo a de urgência e emergência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é estabelecida como primeiro contato do usuário na Rede, de forma que seus profissionais precisam estar preparados para atender todos os tipos de demanda que acontecem em seu território, inclusive quando se trata das ocorrências de urgência e emergência. No entanto, a maioria dos profissionais investigados não possui curso na área de urgência e emergência, podendo ser, dentre outros, um dos fatores que implicam em dificuldades para a efetivação da RUE no SUS, no sentido da não resolutividade no acolhimento das urgências de baixa complexidade na APS, bem como no primeiro atendimento adequado para estabilizar o quadro de pacientes mais graves até seu encaminhamento para outro componente da RUE, de nível secundário ou terciário, de acordo com a necessidade do paciente.

Dentre os profissionais investigados que possuem algum curso em urgência e emergência, a maioria tem mais de cinco anos de atuação na ESF e está na faixa etária de 40-49 anos ou mais de 50 anos de idade, mostrando assim, que os profissionais com mais idade e mais tempo de trabalho podem ter tido mais oportunidades de participar de algum curso na área, por interesse individual ou por oferta da gestão. No entanto, é relevante salientar que capacitações, cursos, treinamentos e todas as outras modalidades de educação, precisam ser frequentemente ofertados, uma vez que o conhecimento adquirido se mantém por certo tempo e precisa ser novamente renovado.

Ficou demonstrado, ao analisar os acertos das questões avaliadas no instrumento de coleta de dados entre os profissionais das diferentes categorias pesquisadas, de acordo com a formação em urgência e emergência, que os enfermeiros, com curso ou sem curso, foram os profissionais que se destacaram em relação às demais categorias investigadas, visto que obtiveram a maior porcentagem de acertos nas questões do instrumento aplicado, sendo que, as categorias médica e técnicos de enfermagem apresentaram, entre elas, similaridade no índice de acertos.

Verifica-se, assim, a importância de todas as categorias profissionais da APS serem igualmente qualificadas, de acordo com as atribuições pertinentes a seu exercício profissional, visando o trabalho em equipe nas situações de urgência e emergência, dentro do nível primário de atenção, a fim de garantir uma assistência

eficiente e resolutiva ao usuário que procura a UBSF nas situações de agravo a sua saúde.

Destaque pode ser dado a importância da inserção da categoria médica nos processos de EPS, por meio de participação em cursos de atualização, capacitações e demais modalidades de qualificação profissional, principalmente pelo papel fundamental do médico no atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência e, também, com o objetivo de estimular a participação da categoria profissional em questão, no contexto da RAS e da APS, assegurando uma visão geral do sistema, favorecendo o exercício da prática médica de maneira a garantir um atendimento qualificado aos usuários de acordo com o nível de complexidade desenvolvida na APS.

Quanto ao conteúdo a ser ofertado em futuras capacitações com a população investigada, a abordagem no trauma se mostra sempre de extrema relevância em qualquer nível de atenção, por ser este um grande problema de saúde pública, responsável pelo maior número de óbitos nas primeiras quatro décadas de vida. No entanto, é possível que, de acordo com os resultados obtidos na presente pesquisa, um olhar de destaque deva ser dado às capacitações relacionadas ao tema PCR, visto que, foi demonstrada uma maior defasagem de conhecimento acerca deste tema pelos profissionais aqui investigados.

Fica então evidenciado, que as capacitações a serem implementadas na ESF devem ser destinadas a todas as categorias profissionais participantes desta pesquisa, enfatizando-se que as atividades de EPS devem focar não só nas funções vistas como corriqueiras da APS, como as de prevenção de doenças e promoção da saúde, mas também, nas ações voltadas ao acolhimento da demanda espontânea em situações de urgência e emergência que mesmo não sendo ocorrências habituais na APS a equipe deve estar habilitada para o atendimento inicial das mesmas, de acordo com as atribuições de cada categoria dentro do nível primário de atenção.

Espera-se que o resultado desta pesquisa subsidie a gestão municipal e seus representantes a avançar no planejamento e na implementação de ações para o desenvolvimento das equipes de ESF, no sentido de se investir na EPS voltada ao atendimento inicial de urgência e emergência na APS, aumentando a resolutividade dos problemas agudos de saúde da comunidade, bem como a agudizações dos problemas crônicos, acolhendo os usuários das regiões adstritas de cada equipe de

ESF, minimizando a morbimortalidade dos mesmos e colaborando, também, com a diminuição da demanda excessiva nas portas de entrada de níveis secundários e terciários, tornando a RUE mais efetiva e a APS mais resolutiva, cumprindo seu papel de ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, idealizado pelas diretrizes do SUS, centrando todas as ações nas necessidades do usuário.

Conclui-se, portanto, que na caracterização sociodemográfica dos profissionais da ESF que participaram deste estudo, prevaleceram pessoas do sexo feminino e profissionais da área técnica de enfermagem, sendo que todos cumprem 40 horas semanais de trabalho na ESF e grande parte deles não apresentaram qualquer formação em urgência e emergência. Ao confrontar os acertos das questões avaliadas entre os profissionais de uma mesma categoria, constatou-se que os médicos com curso em urgência e emergência apresentaram, perante análise estatística, o mesmo aproveitamento que os médicos sem curso, enquanto que na categoria de enfermagem (enfermeiros e técnicos) aqueles que apresentaram curso, se sobressaíram quando comparados aos seus pares sem curso na referida área.

Como esta pesquisa se trata de um estudo transversal, tem-se como limitação a impossibilidade de correlacionar, de fato, o conhecimento teórico dos profissionais envolvidos na pesquisa com a capacidade dos mesmos em atenderem pacientes em situações de urgência e emergência. Outra limitação diz respeito a não investigação na presente pesquisa dos demais fatores que influenciam no adequado atendimento às urgências e emergências, como estrutura física e recursos materiais condizentes e necessários a este tipo de atendimento.

Mesmo com as limitações apontadas, é pertinente afirmar que a realização de pesquisas sobre tal problemática pode ser um ponto importante para a identificação e discussão dos limites e possibilidades relativos à atuação da APS no atendimento às urgências e emergências, especialmente no que diz respeito à capacitação dos profissionais acerca de tais demandas, contribuindo para formação de uma rede assistencial em que cada serviço, de acordo com seu nível de complexidade, complemente a ação do outro por meio de mecanismos organizados, hierarquizados e pactuados de atenção às urgências. Assim, se entende que essa pesquisa não esgota a temática do atendimento às urgências e emergências no primeiro nível de

atenção e possibilita induzir outros pesquisadores a darem continuidade a esse tema em futuras investigações.

REFERÊNCIAS

- AEHLERT, B. **Advanced Cardiac Life Support (ACLS)**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- ALENCAR, R. C. O. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. Dissertação [Enfermagem]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da AHA para RCP e ACE, 2015. **Hilights**, p. 1-33, 2015.
- AGGARWAL, R.; MYTTON, O. T.; DERBREW, M. Training and simulation for patient safety. **QualSaf Health Care**, v. 19, n. 2, p. 34-43, 2010.
- ALMEIDA, A. O.; ARAÚJO, I. E. M.; DALRI, M. C. B.; ARAUJO, S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 08 telas, mar./abr. 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, jan./ fev. 2010.
- ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 323-331, jul./set. 2005.
- ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução**. 6. ed. Campo Grande, MS: UNIDERP, 2013.
- ARAÚJO, M. B. S.; VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 04, p. 919-926, 2008.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na Estratégia da Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010.
- BARBOSA, F. T.; BARBOSA, L. T.; SILVA, A. L.; SILVA, K. L. G. Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.18, n. 4, p. 374-379, dez. 2006.

BARBOSA, M. A. F.; MARRA, V. R.; HORTA, N. C.; RODRIGUES, E. S. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. **Rev APS**, v. 14, n. 2, p. 233-238, abr./jun. 2011.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2473-2482, ago. 2010.

BELLAN, M. C. **Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. 2006. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; Campinas, 2006.

BELLAN, M. C.; ARAÚJO, I. I. M.; ARAÚJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 1019-1027, nov./dez. 2010.

BERDEN, H. J. J. M.; PIJLS, N. H. J.; WILLEMS, F. F.; HENDRICK, J. M. A.; CRUL, J. F. A scoring system for basic cardiac life support skills in training situations. **Resuscitation**, v. 23, n. 1, p. 21-31, 1992.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Senado Federal, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Senado Federal, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde.

Pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 68p.

_____. Ministério da Saúde. **QualiSUS** – Relatório de visita ao Hospital Getúlio Vargas Recife-PE. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências** / Série A. Normas e Manuais Técnicos – Editora MS – Brasília: DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência** / Série B. Textos Básicos de Saúde – Brasília: DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/** Série B. Textos Básicos. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011a, Seção 1, p. 48.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. (Coleção para entender a gestão do SUS – volume 3).

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011c, Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 jul. 2011d. Seção 1, p. 69.

_____. 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**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p.59. Disponível em <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

BRIÃO, R. C.; SOUZA, E. N.; CASTRO, R. A.; RABELO, E. R. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 40-45, jan./fev. 2009.

CARDOSO, T. Z.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, L. V. O.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M., CARDOSO, O. O Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1087-1093, 2011.

CARVALHO, L. K. C. A. A. **Análise da qualificação e capacitação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 66 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro Universitário UNINOVAFAP, Teresina, 2014.

CASAROTTO, M.; SCHIMITH, M. D.; BUDÓ, M. L. N.; WEILLER, T. H.; SIMON, B. S. “Eu fui ao posto mais próximo...”: livre demanda do pronto socorro de um Hospital Universitário. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 4, n. 3, p. 2712-272, jul./set. 2012.

CECILIO, L. C. O., ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A.; ANDRADE, M. G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M.; SPEDO, S. M. A atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. **Interface**, v. 12, n. 26, p. 659-666, jul./set. 2008.

COMITÊ DE TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. **Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos**: manual do curso de alunos. 9. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2012.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(sup1), 57-527, jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.451 de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. **Diário Oficial da União**, 1995; 17 mar.

D'AGOSTIN, R. L.; CERETTA, L. B.; SCHWALM, M. T.; HOERPERS, N. J.; SORATTO, M. T. O entendimento da equipe de enfermagem da estratégia de saúde da família sobre urgência e emergência. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 461-467, 2012.

D'ÁVILA, L. S.; ASSIS, L. N.; MELO, M. B.; BRANT, L. C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 401-416, 2014.

DUARTE, R. N.; FONSECA, A. J. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 22, n. 2, p. 153-158, jun. 2010.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spec, p. 131-139, jan./fev. 2013.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 15, n. 2, p. 148-155, 2012.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FEITOSA-FILHO, G. S.; FEITOSA, G. F.; GUIMARÃES, H. P.; LOPES, R. D.; JÚNIOR, M. R. Atualização em reanimação cardiopulmonar: o que mudou com as novas diretrizes. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 18, n. 2, p. 177-185, jun. 2006.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1 p. 1421-1428, 2009.

FILGUEIRAS FILHO, N. M.; BANDEIRA, A. C.; DELMONDES, T.; OLIVEIRA, A.; LIMA JÚNIOR, A. S.; CRUZ, V.; VILAS-BOAS, F.; RABELO JUNIOR, A. Avaliação do Conhecimento Geral de Médicos Emergencistas dos Hospitais de Salvador – Bahia Sobre o Atendimento de Vítimas Com Parada Cardiorrespiratória. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, p. 634-640, 2006.

GACCIA BAVA, M. C.; PEREIRA, M. J. B.; ROCHA, J. S. Y.; MARTINEZ, E Z. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina**, v. 44, n. 4, p. 347-354, out./nov./dez. 2011.

GARCIA, A. B.; PAPA, M. A. F.; CARVALHO JÚNIOR, P. M. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Nursing**, v. 14, n. 167, p. 216- 220, 2012.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 490-498, 2005.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011.

GONZALEZ, M. M.; TIMERMAN, S.; OLIVEIRA, R. G.; POLASTRI, T. F.; DALLAN, L. A. P.; ARAÚJO, S.; LAGE, S. G.; SCHMIDT, A.; BERNOCHE, C. S. M.; CANESIN, M. F.; MANCUSO, F. J. N.; FAVARATO, M. H. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 2, p. 105-113, 2013.

HAGGERTY, J. L.; YAVICH, N.; BÁSCOLO, E. P. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. v. 26, n. 5, p. 377- 384, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl. 2, p. 5331-5336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO EM GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500270>. Acesso em: 19 set. 2015.

JESUS, R. F.; SANTOS, L. N. C.; GUILHERME, F. J. A.; SILVA, R. C.; SANTOS, M. B. Avaliação primária no atendimento ao trauma em ambiente de simulação. **Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa**. Universidade Unigranrio. v. 1, n. 2, p. 87- 99, 2014.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro**. 2013. 108f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 81, n. 4, p. 251-258, 2005.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./nov./dez. 2011.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 65-75, jan./mar. 2015.

LIMA, S. G.; MACEDO, L. A.; VIDAL, M. L.; SÁ, M. P. B. O. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 630-636, dez. 2009.

LUMER, S.; RODRIGUES, P. H. A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 14, n. 3, p. 289-295, jul./set. 2011.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.15, n. 1, p. 13-19, jan. 2007.

MASCARENHAS, N.B. **Promoção da saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária: contribuição ao estudo**. Salvador. Monografia [Graduação em Enfermagem]- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2010.

MEDEIROS, A. C; PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H.; CECAGNO, D.; MORAES, C. L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.

MELLO, G. A.; MATTOS, A. T. R.; SOUTO, B. G. A. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Rev Bras Educ Méd**, v. 33, p. 464-471, 2009.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência e emergência na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-3305, ago. 2010.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. supl. 1, p. 1493-1497, 2009.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p.147-160, 2006.

MORETTI, M. A. **Eficácia do treinamento em suporte avançado de vida nos resultados das manobras de ressuscitação cardiopulmonar.** São Paulo, 2001. 130p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2001.

MOURA, L. R. P. **Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência.** 2013. 86f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

MOURA, M. E. B.; MONTEIRO, C. F. S.; ARAÚJO, R. R. M.; VIANA, M. R. P.; SANTOS, M. S.; MOURA, L. R. P. Formação do enfermeiro para a estratégia saúde da família. **R. pesq.: cuid fundam online**, Ed supl, p. 129-134, 2011.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY TECHNICANS. **Prehospital Trauma Life Support.** Manual do curso de alunos. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NERY, S. R.; NUNES, E. F. P.; CARVALHO, B. G.; MELCHIOR, R.; BADUY, R.S.; LIMA, J. V. C. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl. 1, p. 1411-1419, 2009.

NOGUEIRA, M. I. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 261-270, abr./jun. 2009.

OGATA, M. N.; FRANÇA, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 506-511, 2010.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. 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. 4, n. 2, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, T. A.; MESQUITA, G. V. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 128-136, abr. mai. jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAGANINI, J. M.; CAPOTE, M.; ROBERTO, E. **Los sistemas locales de salud: Conceptos, métodos, experiencias.** Publicación Científica núm. 519, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1990.

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. Medicina de emergência na FMRP-USP – você pode fugir, mas não há como se esconder! **Revista de Escola de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 42, n. 4, p. 432-443, 2010.

PIVA, J. P.; BORGES, L. A. A. Todo paciente em situação de emergência tem direito a ser atendido por um médico emergencista. **Rev AMRIGS**, v. 54, p. 261-262, 2010.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, 2011.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2032-2042, set. 2008.

QUEIROZ, A. F.; MORAES, E. O.; CORREA, M. C S. Reestruturação da assistência em urgência e emergência com o protocolo de classificação de risco: uma revisão sistemática. **Ciência et Praxis**, v. 5, n. 9, P. 69-76, 2012.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva – Secretaria executiva da Rede IDA, Brasil. 2006. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>. Acesso em 10/01/2016.

RIBEIRO, I. M. **Avaliação da organização Assistencial das Unidades não Hospitalares de Pronto Atendimento do Município de Goiânia Adotando como Referência a Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

RICO, A.; SALTMAN, R.; BOERMA, W. **Primary Health Care in the driver's seat: organizational reform in European primary care**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

ROCHA, R. L. P.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Relações entre profissionais de uma unidade básica de saúde e do sistema de atendimento móvel de urgência. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 4, p. 317-324, 2009.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 2, 08 telas, mar./abr. 2010.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE. Serviço de Gestão de Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários da Saúde. 2014. Disponível em http://www.capital.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_can=4222. Acesso em 15 jun.2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE. Serviço e Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. 2011. Disponível em <http://www.capital.ms.gov.br/cartadeservicos/acoes-e-servicos?codigo=69>. Acesso em 25 out. 2015.

SILVA, A. B.; ALMEIDA, O. S. Suporte avançado de vida e as novas diretrizes da American Heart Association 2010: um levantamento bibliográfico. **Rev. Saúde. Com**, v. 9, n. 1, p. 62-71, 2013.

SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev Eletr Enferm**, v. 9, n. 2, p. 389-401. 2007.

SILVA, J. N.; MONTEZELI, J. H.; GASTALDI, A. B. Suporte básico à vida em adultos: conhecimento dos enfermeiros sobre as diretrizes 2010-2015. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 5, p. 1256-1263, mai. 2013.

SILVA, K. L. S; SENA, R. R. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 755-761, 2006.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011.

SILVÉRIO, J. B. Programa de educação permanente para médicos de família. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 60-66, 2008.

SIMÕES, C. G.; URBANETTO, J.S.; LIMA FIGUEIREDO, A. E. P. L. Ação interdisciplinar em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde**, v. 6, n. 2, p.127-134, mai./ago. 2013.

SOCIETY OF TRAUMA NURSES. **Advanced Trauma Care for Nurses**: manual do curso de alunos. Edição 2013. Lexington: Society of Trauma Nurses, 2013.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa de saúde da família: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

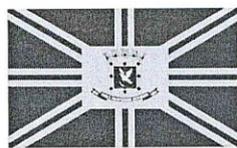
TORRES, A. A. P.; SANTANA, B. P. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Enfermagem e Saúde**, v. 1, n. 1, p.107-112, jan./mar. 2011.

TORRES, H.C.; LELIS, R. B.; Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. **Ciencia y Enfermeria**, v. 16, n. 2, p. 107-113, 2010.

TURCI, M. A. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA); 432p, 2008.

VAN OLDEN, G. D.; MEEUWIS, J. D.; BOLHUIS, H. W. Clinical impact of advanced trauma life support. **Am J Emerg Med**, v. 22, n. 7, p. 522-525, 2004.

WEISS, A. H.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q.; CICONET, R. M.; LIMA, M. A. D. S. Organization of health services attention to emergencies: narrative review. Online **Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.

ANEXO A - Autorização Institucional

Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Gestão e Políticas de Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que os pesquisadores **JOEL SARAIVA FERREIRA E SIMONE DE FÁTIMA CRISPIM**, estão autorizados a realizar a pesquisa intitulada **“NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPO GRANDE-MS”**.

Os pesquisadores assinaram os Termos de Responsabilidade com a SESAU e os Termos de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 29 de julho de 2014.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R. Portioli Furlanetti'.

Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

APENDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PARTE A)

Data da avaliação: ____/____/____

1) Sexo:

 Feminino Masculino

2) Idade:

 20- 30 anos 40 - 50 anos Mais de 50 anos

3) Categoria profissional:

 Enfermeiro Aux-Téc. Enfermagem Médico

4) Jornada de trabalho semanal na ESF:

 20 horas 40 horas

5) Tempo de atuação na ESF:

 Inferior a 01 ano De 01 a 05 anos Superior a 05 anos

6) Formação em urgência e emergência:

 Não Sim

Se respondeu SIM para a questão 6, indique o tipo de formação realizada:

 Especialização Cursos de imersão (ATLS/PHTLS/ATCN/BLS/ACLS) Outros, qual? -----

APENDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PARTE B)

1) Em relação ao atendimento pré-hospitalar em situações de urgência e emergência, assinale a afirmativa que você considera CORRETA:

- a. O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, na atenção primária e secundária e terciária aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.
- b. É essencial que todos os profissionais de saúde estejam qualificados para atendimento de urgência e emergência, apesar da insuficiência dos organismos formadores nessa área, objetivando o enfrentamento no atendimento a casos mais complexos com a devida avaliação prévia e estabilização do quadro se for necessária a transferência para outras unidades assistenciais de maior complexidade.
- c. Somente o SAMU, as unidades de pronto atendimento (UPA) e unidades hospitalares, devem estar devidamente abastecidas com medicamentos, equipamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização nos casos de urgências e emergências.
- d. Não é competência da atenção primária, garantir o atendimento inicial aos pacientes em situações de urgência/emergência, neste caso, cabe à APS acionar o SAMU 192, para que estes pacientes sejam encaminhados à unidade hospitalar.

2) Vítima de queda de moto ocorrida em frente à UBSF é trazida para dentro da sua unidade de saúde. Apresenta-se desorientada, pálida, com deformidade evidente e sangramento abundante proveniente de uma fratura exposta de fêmur. Conduta a ser tomada imediatamente:

- a. Alinhar e imobilizar o membro, se possível, posteriormente, realizar curativo compressivo.
- b. Realizar manobras de desobstrução de vias aéreas por meio da elevação do mento, chamar o SAMU 192 para transferência imediata do paciente para serviço especializado.
- c. Avaliar permeabilidade das vias aéreas, mantendo imobilização manual da coluna cervical, ofertar oxigênio por máscara 12- 15 litros/minuto e em seguida fazer contenção manual do sangramento, alinhamento e imobilização do fêmur.
- d. Puncionar acesso venoso e realizar curativo compressivo.

3) Se acontecer um grave acidente automobilístico próximo de sua unidade de saúde, e você precisar socorrer alguma vítima, você deverá seguir uma sequência de avaliação mundialmente reconhecida, à qual denomina-se A-B-C-D-E, que significa:

- a. Chamar Ajuda -Abrir via aérea - Checar o pulso - Exposição do paciente e controle da coluna cervical.
- b. Respiração- Via área - Avaliação Neurológica rápida - Exposição do paciente e prevenção da hipotermia - Circulação e controle da coluna cervical.
- c. Via aérea com controle da coluna cervical- Respiração - Circulação- Avaliação Neurológica rápida - Exposição do paciente e prevenção da hipotermia.
- d. Nenhuma das anteriores.

4) Um usuário de sua área adscrita, procura assistência como demanda espontânea na UBSF, apresentando dispnéia intensa. Para garantir a este paciente uma oferta de oxigenação com concentração de 90% a 100% de oxigênio inspirado, você utilizaria qual dispositivo, preferencialmente?

- a. Máscara facial não-reinalante (com reservatório de O₂) com 12 -15 litros/minuto de fluxo de oxigênio.
- b. Cateter nasal com 4 litros/minuto de fluxo de oxigênio.
- c. Máscara simples de oxigênio com 15 litros/minuto de fluxo de oxigênio.
- d. Máscara de Venturi com 15 litros/minuto de fluxo de oxigênio.

5) Uma mulher, após sofrer agressão por arma branca em região abdominal, provocada pelo marido, foi trazida pelos vizinhos até a UBSF. Na avaliação inicial desta paciente, em sua sala de observação, após ter verificado vias aéreas e respiração, você deve procurar por quais sinais precoces de perda volêmica?

- a. Náuseas, sudorese e taquicardia.
- b. É necessário coleta de sangue na UPA ou unidade hospitalar para esta avaliação
- c. Taquicardia, pele fria e alteração do nível de consciência.
- d. Hipotensão.

6) Ainda em relação ao caso anterior, se a paciente apresentar agravamento do quadro clínico, ocasionado por possível sangramento intra-abdominal, é necessário tomar condutas para evitar a piora do prognóstico relacionada à hipoperfusão decorrente da perda sanguínea. Sobre a conduta inicial a ser adotada, devemos:

- a. Assegurar a ventilação, oxigenação adequada e verificação dos sinais vitais em especial a pressão arterial e frequência cardíaca.
- b. Assegurar que foi acionado o SAMU 192, em seguida fornecer a ventilação, oxigenação adequada e verificação dos sinais vitais.
- c. Assegurar primeiramente acesso venoso calibroso e reposição volêmica com ringer lactato.
- d. Assegurar primeiramente a ventilação e oxigenação adequada, seguida da obtenção de acesso venoso calibroso e reposição volêmica com ringer lactato.

7) O que você, enquanto profissional de saúde da ESF, poderá fazer para diminuir a dor e o sangramento oriundos de um foco de fratura, de um adolescente que sofreu queda de bicicleta em frente à sua UBSF?

- a. Realizar tração manual do membro afetado.
- b. Administrar medicação analgésica intra-muscular, mediante prescrição médica, em seguida realizar imobilização do membro afetado.
- c. Alinhar o membro afetado, checar pulsos proximais e distais à fratura, em seguida realizar a imobilização.
- d. Fazer medicação VO para dor, acionar o SAMU 192 para transferência para realizar o atendimento adequado.

8) Operário de construção civil trabalhando próximo à sua UBSF, sofre queda de um andaime que estava a 4 metros do solo. Seus colegas o colocaram num carro, trouxeram para sua unidade e pediram que o guarda do posto chamasse a ambulância. O paciente encontra-se consciente, orientado, referindo dor no pescoço e "dormência nas pernas". O que sua equipe poderia fazer enquanto aguarda a chegada da ambulância:

- a. Administrar conforme prescrição do médico analgésico e metilprednisolona EV.
- b. Manter a imobilização completa da coluna em prancha longa.
- c. Manter o paciente em decúbito dorsal e com a cabeça elevada.
- d. Não manusear o paciente até a ambulância chegar.

9) Criança de 07 anos sofre queda de uma árvore. Segundo a mãe da criança, que a leva para sua UBSF, a mesma ficou desmaiada por alguns minutos após a queda. Neste momento a criança pronuncia algumas palavras e está chorosa. Você deve, após o A-B-C, proceder a avaliação neurológica da criança. Para isso, utiliza-se a escala de coma de Glasgow, a qual avalia os seguintes itens:

- a. Abertura ocular, resposta motora, presença de vômito.
- b. Abertura ocular, resposta motora e presença de convulsão.
- c. Resposta motora, estímulo de tosse e confusão mental.
- d. Abertura ocular, resposta verbal, resposta motora.

10) Um idoso de 70 anos, chega em sua unidade referindo dor torácica de início súbito que irradia para a mandíbula, diante desse quadro, quais as condutas a serem tomadas pela equipe de saúde ainda na UBSF:

- a. Colocar o paciente em repouso, ofertar oxigênio, administrar AAS e isordil sublingual mediante a prescrição médica, realizar eletrocardiograma, se disponível, e ligar SAMU 192.
- b. Ligar SAMU192.
- c. Puncionar acesso venoso e ofertar oxigênio
- d. Colocar o paciente em repouso, puncionar acesso venoso e ofertar oxigênio.

11) Durante o atendimento da agenda programada em sua UBSF, um usuário que aguardava consulta médica sofre um mal súbito, encontra-se aparentemente inconsciente e sem respiração. Segundo Diretrizes atuais de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) da American Heart Association (AHA), a sequência para atendimento recomendada frente ao caso, seria:

- a. Sequência ABC (abertura de vias aéreas, ventilação e compressão torácica).
- b. Sequência CAB (compressão torácica, abertura de vias aéreas e ventilação).
- c. Sequência ACB (abertura de vias aéreas, compressão torácica e ventilação).
- d. Sequência BCA (ventilação, abertura de via aéreas e compressão torácica).

12) Ainda em relação ao caso anterior, você e seus colegas da UBSF iniciam os procedimentos de RCP básica e utilizarão o Desfibrilador Externo Automático (DEA). No que diz respeito a este equipamento, assinale a alternativa CORRETA:

- a. É um equipamento de fácil manuseio, mas só o profissional médico pode operá-lo.
- b. É um equipamento para fazer o eletrocardiograma.
- c. Pode ser usado somente em adultos.
- d. Faz parte do suporte básico de vida e a utilização do mesmo nos primeiros quatro minutos de parada cardíaca aumentam consideravelmente a chance de sobrevivência.

13) Qual a CORRETA relação de compressão torácica e ventilação assistida no suporte básico de vida, durante esse atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR)?

- a. 15 compressões X 02 ventilações, ritmo de até 80 compressões por minuto.
- b. 15 compressões X 01 ventilação, ritmo de no mínimo 100 compressões por minuto.
- c. 30 compressões X 02 ventilações, ritmo de até 80 compressões por minuto.
- d. 30 compressões X 02 ventilações, ritmo de, no mínimo, 100 compressões por minuto.

14) Em continuidade no caso de PCR (acima), enquanto aguardam a chegada do SAMU que já foi acionado, vocês iniciam o suporte avançado de vida (SAV). A esta etapa do atendimento, assinale a afirmativa que você considera CORRETA:

- a. Após a intubação traqueal, realizada pelo profissional médico, deve-se realizar as compressões torácicas e ventilação, simultaneamente, sendo que deve ser realizada uma ventilação a cada 6 à 8 segundos para não ocorrer hiperventilação.
- b. Caso tenha o desfibrilador manual em sua unidade, qualquer profissional da saúde pode determinar o uso do mesmo.
- c. O uso do desfibrilador manual não requer nenhum cuidado específico no manuseio do mesmo.
- d. A atropina é uma das medicações utilizadas na PCR.

15) Em relação às medicações e aos cuidados que devem ser tomados durante a administração das mesmas durante o atendimento desta PCR, ainda na UBSF, assinale a alternativa CORRETA:

- a. Podem ser administradas por via intraóssea, mas somente em crianças e dentro de um hospital.
- b. As drogas devem sempre ser diluídas e após a administração destas, deve ser feito um "flush" de 20 ml de SF0,9%.
- c. Adrenalina é a primeira droga a ser feita em qualquer ritmo de PCR.
- d. Adrenalina e amiodarona podem ser feitas pelo tubo traqueal, pois a absorção das mesmas pela mucosa pulmonar, se dá de maneira eficaz.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**Avaliação do conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao atendimento de urgência e emergência**”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Simone de Fátima Crispim e Joel Saraiva Ferreira.

A finalidade deste estudo é avaliar o conhecimento dos profissionais médicos e da enfermagem da Estratégia de saúde da Família de Campo Grande, em relação ao atendimento de urgência e emergência, no sentido de subsidiar decisões gestoras para melhorias dos processos de trabalho dentro da UBS.

Poderão participar deste estudo os médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que compõem as ESF de Campo Grande. Já os profissionais das categorias escolhidas para o estudo que não aceitem participar da pesquisa estejam afastados por qualquer motivo (férias e licença), não participarão.

Caso aceite participar, você precisará responder um questionário sobre o atendimento inicial aos pacientes em situações de urgência e emergência. Essa será sua única forma de participação na coleta de dados. Se você decidir não participar da pesquisa, e for sua vontade expressa, você não sofrerá nenhum tipo de coação ou coerção, no sentido de ser induzido, pressionado ou intimidado a participar desta pesquisa.

Durante a coleta de dados, quando você estiver respondendo o questionário, não há qualquer tipo de risco para você, a não ser um eventual incômodo em responder alguma questão da pesquisa. Caso você se sinta constrangido, você pode deixar de responder uma ou mais questões contidas no questionário.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador (seu médico ou outro profissional) a equipe do estudo, representantes do Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, ligue para (67) 3345-3235 (Simone de Fátima Crispim). Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345 7187.

Vale lembrar que não haverá nenhum ressarcimento financeiro aos participantes no estudo. Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Além disso, você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário _____ Data _____

Assinatura do pesquisador _____ Data _____