



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AMANDA SOARES

RELATOS DE ENFERMEIROS ACERCA DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

CAJAZEIRAS-PB

2014

AMANDA SOARES

**RELATOS DE ENFERMEIROS ACERCA DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^ª Esp. Olga Feitosa Braga Teixeira

**CAJAZEIRAS - PB
2014**

AMANDA SOARES

**RELATOS DE ENFERMEIROS ACERCA DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Profa Esp. Olga Feitosa Braga Teixeira.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa Esp. Olga Feitosa Braga Teixeira
Orientadora (ETSC/CFP/UFCG)

Profa. Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos
Examinadora (ETSC/CFP/UFCG)

Profa. Dra. Maria Rosilene Cândido Moreira
Examinadora (UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS - PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S676r Soares, Amanda
Relatos de enfermeiros acerca do atendimento às urgências
nas unidades básicas de saúde. / Amanda Soares. Cajazeiras,
2014.

59 f. : il.

Bibliografia.

Orientador(a): Olga Feitosa Braga Teixeira.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Atenção Básica. 2. Socorro de Urgência. 3. Enfermeiros
de Saúde Família. I. Teixeira, Olga Feitosa Braga. II. Título.

UFCG/CFP/BS
613.88-053.9

CDU –

*À Deus, á meus queridos pais e ao que mora em meu coração,
dedico!*

AGRADECIMENTOS

Enfim, o momento mais esperado dos últimos 5 anos chegou. Uma trajetória cercada de mudanças, aprendizado e amadurecimento. O tempo dedicado a esse curso me fez ser uma eterna apaixonada pela enfermagem. Uma profissão belíssima, apesar da desvalorização existente, mas que não me fez desistir de segui-la, sei que os planos de Deus são perfeitos e se Ele me direcionou para este caminho é nele que vou seguir até o fim, com fé e perseverança.

Agradeço a Deus, por ser tão perfeito e magnífico na minha vida e na de todos que me rodeiam, por me fazer enxergar a verdadeira essência do ser humano que é o amor que cada um carrega dentro do coração e que deve ser doado sem limites.

A meu Pai, José Soares, e minha Mãe, Erismar, que durante toda a caminhada sonharam e batalharam junto comigo, vencendo as dificuldades que a vida impõe e tornando o caminho mais leve, devo tudo a vocês.

A minha irmã, Angélica, que também está na caminhada acadêmica e em breve estará alcançando a sua vitória.

A toda minha família, que de forma indireta, por estarem longe, contribuíram com palavras de fortalecimento e entusiasmo. Os momentos de oração com o primo e Padre Bennelson foram de grande ajuda, como também os momentos de alegria que passei com os demais.

A Universidade Regional do Cariri – URCA, Campus Iguatu, que foi a minha primeira casa universitária, onde dei os primeiros passos de vida acadêmica, me utilizo deste momento para expressar o enorme carinho que tenho por todos que fazem parte da equipe da coordenação de enfermagem e da secretaria geral, em especial a Neirismar, que me auxiliou no processo de transferência para a UFCG.

As “Aninhas”, Ana Paula e Ana Cláudia, e suas respectivas famílias que fizeram e fazem parte de minha vida. Deus enviou vocês para estarem ao meu lado nos momentos certos, no local certo, na hora certa.

As minhas companheiras de jornada na cidade de Cajazeiras, Bárbara Letícia, Jéssika Lacerda, Danila Leandro, Brenda Teixeira, Vanessa Estrela, Isabel Leandro, Adriana Ramalho, Suzana Fontes e Sawanna, em especial, por termos dividido o mesmo teto por 4 anos, compartilhando muitas alegrias e momentos difíceis, o que fez firmar cada vez mais a nossa amizade, a você digo o de sempre: “Deus é maior!”.

Aos irmãos que Deus me deu, Olímpia “Lili”, Fernandes Abel “Se passa”, Tito Lívio “Bantito”, Danilo Temóteo, devo muito a vocês e quero tê-los sempre perto de mim, oro por vocês constantemente. Sei que ainda teremos muito momentos de alegria juntos.

A minhas amigas Varzealegenses, Flaviana Morais, Yoná Mikaely e Jacinta Bitu, a história de nossas amizades já dá para escrever um livro, “é coisa viu!?”

A turma da gestão 2013 do Centro Acadêmico, Fransuélío, Miriane, Antonio Carlos, Fernanda Leite, Paula Barbosa, Kariny, juntamente com vocês aprendi que ser universitário vai além de ser um bom aluno e que vale a pena fazer parte da representação estudantil.

Aos docentes, Milena Costa “minha mãe”, Rosimery Cruz, Fabíola Judurian, Berenice Gomes, Mary Luce, Rosilene Cândido, Zildene Pereira, Marcelo Costa, Eliane Leite, Ariele Nóbrega, Renata Diniz, que contribuíram para minha formação profissional.

A minha orientadora, Olga Feitosa, que apesar do pouco tempo que a conheço, mostrou-se uma grande profissional, professora, mãe da Maria Ângela e amiga. Agradeço a dedicação e paciência que teve comigo. Tenho certeza que a amizade aqui construída gerará bons frutos.

A todos que não foram citados, mas que foram importantes para construção dessa etapa da minha vida, a vocês, só tenho que agradecer e desejo-lhes uma chuva de bênçãos.

*“Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz.
Onde houver ódio, que eu leve o amor;
Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;
Onde houver discórdia, que eu leve a união;
Onde houver dúvida, que eu leve a fé;
Onde houver erro, que eu leve a verdade;
Onde houver desespero, que eu leve a esperança;
Onde houver tristeza, que eu leve a alegria;
Onde houver trevas, que eu leve a luz.
Ó Mestre, Fazei que eu procure mais
Consolar, que ser consolado;
compreender, que ser compreendido;
amar, que ser amado.
Pois é dando que se recebe,
é perdoando que se é perdoado,
e é morrendo que se vive para a vida eterna”.*

(Oração de São Francisco)

SOARES, A. **Relatos de enfermeiros acerca do atendimento às urgências nas unidades básicas de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB. 59p. 2014.

RESUMO

A atenção básica (AB) deve ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde sendo assim importante pelo vínculo direto com comunidade. O enfermeiro neste nível de atenção abrange entre suas responsabilidades, classificar as demandas e realizar o atendimento na unidade de saúde de acordo com os recursos disponibilizados, seja urgência ou não. Objetivou-se analisar a percepção dos enfermeiros acerca do atendimento às urgências na AB. Estudo de caso, exploratório com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 08 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Várzea Alegre, Ceará, Brasil. O instrumento de coleta de dados utilizado foi uma entrevista semi-estruturada, realizada em agosto de 2014. A pesquisa obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As respostas obtidas foram agrupadas de acordo com a técnica de análise de Minayo, Deslandes e Gomes (2007) e emergiram em cinco categorias intituladas: Relatos dos enfermeiros acerca do atendimento de urgências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); Atitudes adotadas pelas enfermeiras em situações de urgência; Recursos disponíveis para atendimento das urgências nas UBS; Desafios/barreiras no atendimento às urgências nas UBS; Disponibilização de transporte para transferência de pacientes em situações de urgência. Os dados foram analisados conforme a literatura pertinente. Os resultados mostraram que a urgência foi definida corretamente pela maioria das enfermeiras. As principais condutas adotadas pelas enfermeiras em caso de urgência na AB seriam encaminhar ao profissional médico e transferir o usuário para unidade de referência. A totalidade das entrevistadas reconhece que as UBS não dispõem de equipamentos e infraestrutura adequados para o atendimento de urgência. As profissionais referiram à capacitação profissional como essencial na assistência de enfermagem na urgência. Há incapacidade das UBS estudadas em executar suas ações com relação aos primeiros atendimentos aos cuidados de saúde devido a carência de infra-estrutura, falta de oferta de serviços, falta de capacitação dos profissionais e a total deficiência da rede de atenção básica de saúde, fazendo que a comunidade procure os hospitais de maior complexidade (níveis secundários e terciários) na expectativa de conseguir um atendimento, sobretudo de qualidade. Conclui-se que a partir dos recursos disponíveis e quando a prática alia-se a um plano de assistência sistematizada e bem implementada, acerca de conhecimentos técnicos e teóricos de atendimento, as intervenções de enfermagem garantem a qualidade e a efetividade da assistência prestada possibilitando um atendimento urgente/emergencial precoce, o que reflete num melhor prognóstico do paciente. Faz-se necessário o desenvolvimento de capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar pelos enfermeiros.

Palavras- chave: Atenção Básica. Socorro de Urgência. Enfermeiro de Saúde da Família.

SOARES, A. **Reports perception about emergency service in the basic health units.** Conclusion Paper for Nursing School (Bachelor in Nursing) - Teachers Formation Center, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras – PB. 59 p. 2014.

ABSTRACT

Primary health care (PHC) should be the first contact of the population with the health care system so it is important the direct link to the community. The nurse at this level of care covers among its responsibilities, classify demands and perform the service in the health unit according with the resources available, whether emergency or not. This study aimed to analyze the nurses perception in emergency service in PHC. Case study, with exploratory and qualitative approach. The individuals in the research were 08 nurses working in the Family Health Strategy (FHS) in Várzea Alegre, Ceará, Brazil. The data collection instrument used was a semi-structured interview, conducted in August 2014. The research was conformed to Resolution 466/12 of the National Health Council. The results were grouped according to the Minayo, Deslandes and Gomes' (2007) analysis technique, and emerged into five categories named: Reports of nurses about emergency care in the Basic Health Units (BHU); Attitudes adopted by nurses in emergency situations; Resources available in the emergency attending at BHU; Challenges / obstacles in emergency service at BHU; Transportation available for patients transfer in emergency situations. The data were analyzed according to the literature. The results showed that the emergency has been defined correctly by most of the nurses. The main approaches used by nurses in an emergency in PHC would send to the professional doctor and transfer the patient to the reference unit. All interviewees recognized that BHU did not have right equipment and infrastructure for emergency care. The professionals related to professional qualification as essential in nursing care emergency. There is inability in executing BHU actions about the first visits to health because of the lack in the infrastructure, lack of services supply, lack of professionals training and total disability in the primary health care network, making the community look for complex hospitals (secondary and tertiary levels) hoping to get a qualified care. It was conclude that from the available resources and when the practice is allied to a systematic plan and well-implemented assistance about technical and theoretic knowledge of care, nursing interventions guarantee quality and effectiveness in care provided allowing an early urgent / emergency care, which reflects a better prognosis. It is necessary to develop capabilities to host, to make responsible, solve and empower nurses.

Key word: Primary Health Care. Emergency care. Family Health Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- ESF**- Estratégia de Saúde da Família
- FUNRURAL** – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
- ETSC** – Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOAS** – Norma Operacional da Assistência a Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica
- PNAD**- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNAU** – Política Nacional de Atenção às Urgências
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RMU** – Regulamento Médico de Urgências
- SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFCG** - Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2. OBJETIVOS..... | 16 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 16 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 16 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA..... | 17 |
| 3.1 ATENÇÃO BÁSICA- HISTÓRICO E PRINCÍPIOS..... | 17 |
| 3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA..... | 20 |
| 3.3 URGÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA..... | 21 |
| 4. PERCUSO METODOLÓGICO..... | 24 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO..... | 24 |
| 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA..... | 24 |
| 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA..... | 25 |
| 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 25 |
| 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 25 |
| 4.6 ANÁLISE DE DADOS..... | 26 |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA | 26 |
| 5. ANALISE E DISCUSSÃO OS RESULTADOS..... | 28 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA | 28 |
| 5.2 RELATOS DAS ENFERMEIRAS ACERCA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS NAS UBS..... | 30 |
| 5.3 ATITUDES ADOTADAS PELAS ENFERMEIRAS EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA | 31 |
| 5.4 RECURSOS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS NAS UBS | 34 |
| 5.5 DESAFIOS/BARREIRAS NO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS NAS UBS..... | 36 |
| 5.6 DISPONIBILIZAÇÃO DE TRANSPORTE PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA..... | 38 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 40 |
| REFERÊNCIAS..... | 42 |
| APÊNDICE..... | 50 |
| ANEXOS..... | 52 |

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, é um dos maiores sistemas públicos do mundo, abrangendo desde o atendimento ambulatorial até os procedimentos de mais alta complexidade, como os transplantes de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população (SOUZA, 2002).

Os serviços oferecidos pelo SUS têm o intuito de abranger toda a população dependente de assistência e cuidados em saúde, garantindo o cumprimento dos seus princípios de universalidade, integralidade da assistência, equidade, participação comunitária e descentralização político-administrativa; tendo como única missão levar saúde e bem estar para todos, através de práticas de promoção, prevenção e reabilitação (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90), as ações e serviços de saúde devem ser executados pelo SUS, sendo organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, 1990a).

O cuidado em saúde no SUS foi ordenado em níveis de atenção, assim sendo divididos em AB, atenção de média e a de alta complexidade, visando a melhor programação e planejamento das ações e serviços, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. A integração das ações remete à continuidade do atendimento e ao cuidado dos usuários em seus diversos níveis, o que deve ser regulado pelas unidades prestadoras de serviço (SOUZA; COSTA, 2010).

A AB deve ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, de suas famílias e da população. Oferece ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, visitas domiciliares, educação em saúde e entre outras ações que tem a finalidade de diminuir os índices epidemiológicos de morbimortalidade (STARFIELD, 2002).

As Unidades Básicas de Saúde compõe a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Quando funcionam adequadamente, a população consegue resolver a maioria dos seus problemas de saúde e, por conseguinte, podem reduzir a sobrecarga de usuários nos níveis de média e alta complexidade. Além disso, também reduz o consumo

abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia (SOUZA, 2010).

Em virtude de atendimentos de urgências de baixa e média complexidade também acontecerem na AB, o Ministério da Saúde (MS), lançou em 2006, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), afirmando que a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as UBS, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2006a).

Para cumprir as determinações da referida política, a equipe da AB em seus atendimentos não deve se limitar a procedimentos básicos, necessitando atender sem restrições o paciente que procurar seus serviços, seja um atendimento de urgência e emergência ou consulta de rotina, pois o acolhimento deve ser realizado e de acordo com a complexidade, encaminhado para uma unidade de maior porte.

São consideradas urgências de baixa e média complexidade, crises hipertensivas ou de diabetes, dor aguda, asma leve e moderada, diarreia aguda, vômitos, convulsão, febre alta, desidratação, crise de tensão pré-mestrua, disfunções intrauterinas e dismenorréia. Não havendo complicações, todas as urgências citadas deverão ser resolvidas na UBS. (LUMER; RODRIGUES, 2011).

A equipe que compõe a ESF tem uma noção ampla de informações sobre a população de sua área, conhecendo cada particularidade, áreas de risco, pacientes crônicos, gestantes, recém nascidos, hipertensos, diabéticos e os demais casos. O vínculo profissional-usuário resulta em um atendimento humanizado, fazendo com que o acompanhamento seja integral.

O papel do Enfermeiro na UBS é assistencial e gerencial, sobressaltando que o gerenciamento está predominando sobre as práticas assistenciais, justificando a existência de uma atenção clínica individualista. A clínica ampliada surgiu como principal ferramenta do profissional de enfermagem para que os processos de trabalho em saúde se voltem para a produção do cuidado centrado nos usuários, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo (MATUMOTO et al., 2011).

Sendo realizado na AB um atendimento eficaz e resolutivo dos problemas de saúde de seu território, os resultados são a diminuição das filas de espera em hospitais de referência e melhoria da qualidade de vida da população, com isso surge a necessidade de investigar alguns itens, tais como: Diante de situações de urgência, qual conduta seria adotada pelo enfermeiro? O que lhe é disposto na UBS para auxiliar em um atendimento de urgência?

Quais os principais desafios/barreiras vivenciadas pelo enfermeiro que dificultam o atendimento às urgências na AB?

O interesse para a realização deste estudo surgiu a partir de experiências vivenciadas pela pesquisadora durante a disciplina de Estágio Supervisionado I – Atenção Básica, quando se observou que apesar da pequena demanda de urgências na UBS, as existentes eram referenciadas para os serviços de atenção secundária.

Com este estudo, analisou-se a percepção dos enfermeiros acerca do atendimento das urgências nas UBS, de modo a responder estes questionamentos. Espera-se que a partir dos resultados os profissionais de saúde reavaliem as suas práticas enfatizando a necessidade de avaliar criteriosamente o paciente que procura atendimento de urgência na AB, como também buscar o aprimoramento teórico e prático sobre atenção as urgências.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever os relatos de enfermeiros acerca do atendimento a urgência na atenção básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o significado de urgência atribuído pelos enfermeiros da Atenção Básica;
- Identificar as condutas adotadas pelo enfermeiro diante do atendimento de urgência;
- Expressar a partir dos relatos dos enfermeiros se há recursos disponíveis na UBS para realização de atendimento de urgência;
- Listar os fatores que dificultam o atendimento às urgências na atenção básica sob a perspectiva do enfermeiro;
- Identificar se há serviços de transporte para a equipe e usuários em casos de urgências.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. ATENÇÃO BÁSICA: HISTÓRICO E PRINCÍPIOS

O histórico da atenção a saúde no Brasil, é marcado por grandes lutas e transformações. Adequações no âmbito da oferta do serviço para todas as classes sociais foram as modificações mais requisitadas durante todo processo de melhoria do serviço. No início do século 20, as reivindicações partiram da classe trabalhadora e como resultado de suas exigências, conseguiram amparo assistencial em forma de seguros sociais com garantia de atendimento médico e farmacêutico (ROSA; LABATE, 2005).

A assistência a saúde não abrangia toda a população, os beneficiados eram somente aqueles que estavam vinculados a previdência social, excluindo a comunidade rural. Foi somente em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que houve a ampliação do sistema em seu leque de atuação, passando a atender, por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), os trabalhadores do campo (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

A partir da década de 1970, as mudanças ocorreram a nível mundial. A Declaração de Alma-Ata, construída em 1978 durante uma conferência realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), trouxe um novo foco para a saúde, utilizando a medicina preventiva como principal método de atuação, além de elucidar o direito à saúde, como também a responsabilidade do estado em disponibilizar recursos necessários para a oferta de serviços (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde e as manifestações da Reforma Sanitária. A Conferência priorizou a necessidade da ampliação institucional, legalizando as ações, se desvinculando da previdência social e criando um fundo orçamentário próprio do sistema de saúde, revendo as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, inseridas na legislação vigente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A Reforma Sanitária no Brasil proveu mudanças na oferta de assistência à saúde no âmbito político e financeiro, devido às exigências relacionadas ao crescimento da população e aos grandes problemas que o país enfrentava. Posteriormente, as alterações deram-se no quesito organizacional, onde as modificações tornaram o sistema acessível, hierarquizado e descentralizado, sendo este último visto como instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais. Para a efetiva organização do

serviço, as ações foram distribuídas de acordo com a complexidade em nível primário, secundário e terciário (FINKELMAN, 2002).

O desenho do SUS teve influência do ideário das reformas dos sistemas contemporâneos na década de setenta, mas os conhecimentos acumulados com novos modos de práticas e formação de recursos humanos em nível local não encontraram eco no movimento sanitário, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde (CONILL, 2008, p.11).

Os princípios básicos do SUS surgiram em meio a tantos debates e reivindicações, e a cada nova luta conquistava-se a garantia a assistência a saúde. Com isso viu-se a necessidade de legalizar o direito a saúde para todos os cidadãos. Juridicamente, o SUS foi validado pela Constituição Federal de 1988, onde de acordo com o Art. 198, “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, Atenção integral e Participação da comunidade”, no Art. 196 estabelece que “A saúde é um direito de todos e dever do estado (...)” (BRASIL,1988).

A Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080, supriu a necessidade organizacional e operacional do sistema, delimitando as responsabilidades normativas, executivas, administrativas e fiscais de cada esfera do governo, como também definir a gestão financeira e as atribuições de cada nível de atenção (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142, determinou que as Conferências Nacionais de Saúde ocorressem a cada quatro anos, contando com a participação popular de forma paritária sendo regulamentada pela mesma lei. Os avanços das reivindicações populares foram concretizados naquele momento, pois podiam intervir legalmente nas decisões sobre os serviços de saúde, como também sugerir novos métodos de acordo com as necessidades (BRASIL, 1990b).

A criação das redes de atenção organizou o atendimento a população onde as atribuições de cada nível foram claramente definidas, determinadas por estudos epidemiológicos e demográficos, distribuindo o atendimento de acordo com a complexidade dos casos.

As ações desenvolvidas na AB inicialmente eram realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares, focalizando a prevenção de agravos, promoção em saúde e bem-estar e cuidados sanitários (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010).

Em um curto período de tempo, a atenção básica necessitou possuir um ponto de atendimento, devido à inserção de novos profissionais para atender a demanda do Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As unidades fixas estavam inseridas na comunidade, denominadas inicialmente de postos de saúde que faziam parte do Programa Saúde da Família (PSF). Desde então o programa sofreu modificações que melhoraram ainda mais o serviço, sempre focando como objetivo de ações, a família. A Estratégia de Saúde da Família foi uma forma de expandir as ações da atenção básica (MENDES, 2012; BRASIL, 2006a).

Pode-se considerar a AB como nível principal da rede de atenção que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), e possui uma visão holística do usuário devido o convívio do profissional com todos os fatores que influenciam direta ou indiretamente na sua situação de saúde, incluindo barreiras geográficas (rede de esgoto inexistente, ruas não calçadas, acúmulo de lixo na rua), convivência social, acessibilidade e entre outros (STARFIELD, 2002).

Segundo Oliveira e Pereira (2013), a AB em saúde se destaca como estratégia para organização e reorganização dos sistemas de saúde, tanto no próprio centro de serviço, como na comunicação entre os níveis de atenção que garante a assistência continuada, oferecendo segurança ao usuário no direcionamento a rede secundária ou terciária, com a convicção que será atendido.

A rede de atenção à saúde oferece serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária, serviços médicos especializados básicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, como pediatria, clínica médica, obstetrícia e atendimento de urgência e emergência, estando tudo compreendido na atenção secundária. A atenção terciária proporciona assistência de alta complexidade, exigindo tecnologias avançadas e conhecimento especializado (ERDMANN et al., 2013).

A Atenção Básica necessita da garantia da assistência da atenção secundária e terciária para complementar a conclusão de diagnósticos, assegurando o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, isso significa que o usuário sofrerá intervenções de outros profissionais, necessitando que as informações retornem para AB, dando continuidade aos cuidados de forma correta. Esse sistema é denominado de referência e contra-referência, que promovem a integração dos serviços de saúde de uma rede (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A execução adequada dos serviços da AB proporciona a melhoria da qualidade de vida da população. Estudos expõem relatos de famílias carentes que estão satisfeitas com o serviço oferecido na AB, mesmo estando em desenvolvimento, o seu desempenho, segundo estudo

realizado pelo grupo de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008, é igual ou superior ao serviço privado. Mostrando que o cumprimento do preconizado através de leis, resoluções e portarias, promove-se a equidade e integralidade da assistência (MACINKO; COSTA, 2012).

3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

A inserção do profissional de enfermagem na AB se deu com a necessidade de complementar o PACS em sua organização. O agente comunitário não possuía atribuições definidas, fazendo com que fosse agregada grande demanda de serviços, além disso, a carência de conhecimentos científicos não respondia as necessidades do usuário totalmente. O enfermeiro exerceu seu papel de orientador, supervisor e formador, designando condutas a serem adotadas pelos ACS para a efetivação dos acompanhamentos das famílias (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010; COSTA; MIRANDA, 2008).

A ESF, que possui em sua composição o profissional de enfermagem, abrange entre suas responsabilidades, o reconhecimento das necessidades da população, trabalhando com estratégias de atuação que utilizam-se de todos os recursos fornecidos pela atenção básica, como educação em saúde, visitas domiciliares, vigilância sanitária e epidemiológica.

As atribuições do profissional de enfermagem estão descritas na Portaria nº 2.488/2011, que apresenta todas as ações pertinentes a atenção básica que devem ser desenvolvidas por toda a equipe (BRASIL, 2011a).

O Enfermeiro, de acordo com a portaria supracitada, é responsável pela execução de atividades que tenham como objetivo educar a população cadastrada, atuando na prevenção e promoção individuais e/ou em grupos. Mascarenhas, Melo e Fagundes (2012) ressaltam que a utilização de ações de promoção de saúde são estratégias que promovem a transformação social e política da saúde da comunidade. Para o profissional de enfermagem o uso da estratégia de educação em saúde, promove uma prática com mais autonomia em relação à prática médica, pois o cuidado passa a ser holístico, abrangendo todos os aspectos influentes no estado de saúde.

Para o gerenciamento do serviço de enfermagem é necessário habilidades relacionadas a planejamento e organização, como também capacidade administrativa de recursos humanos e insumos. O Art. 11 da Lei nº 7.498/86 descreve que é privativo do enfermeiro dirigir o

órgão de enfermagem, avaliando a execução das atividades da equipe e utilização dos recursos disponíveis (COFEN, 1986).

Em todos os níveis da rede de atenção, percebe-se que há importância da participação do enfermeiro nas atividades de registro de informações, pois é uma forma adequada de aliar teoria e prática, fazendo com que as atividades passem a ser executadas de forma consistente, sistematizada e lógica, validando a assistência de enfermagem. O sistema de informação em enfermagem deve ser entendido como um processo complexo que envolve estudos técnicos, organizacionais, comportamentais e ambientais (SANTOS, 2005).

O confronto existente entre a prática assistencialista e de gerenciamento, é evidenciado no estudo de Vanderlei (2005), onde enfermeiras, gerentes de UBS, queixam-se de uma sobrecarga de ações administrativas, dificultando a realização de uma assistência adequada. Em pesquisa realizada na rede básica do município de Goiana, Goiás, averiguou-se o que relata a literatura:

Dentre o conjunto de atividades que os enfermeiros gerentes desenvolvem em um dia de trabalho, 61,4% delas são essencialmente de caráter gerencial, mas em 38,6% dos serviços eles desenvolvem simultaneamente atividades gerenciais e assistenciais, muitas vezes gerando conflitos diante da necessidade de articular ambos os tipos de ações (WEIRICH et al., 2009, p.252).

No âmbito assistencialista, além da educação em saúde, o Enfermeiro utiliza a consulta de enfermagem como principal método de assistir o usuário. Como instrumentos de integralização da assistência, o profissional deve solicitar solicitando exames para auxiliá-lo na decisão de intervenções, como também encaminhar para outros serviços, atenção secundária ou serviços especializados, quando a necessidade do usuário for além dos recursos disponíveis na unidade (BRASIL, 2011a).

3.3 URGÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA

A urgência é definida, segundo o Art. 1º da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.451, como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (CFM, 1995).

O número de encaminhamentos para a rede de atenção secundária cresce de forma desordenada, não assistindo o usuário de forma correta no serviço pelo qual deu entrada,

como é determinado pelas normas, atrasando e desorganizando o serviço, além de não ser prestada uma assistência continuada (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

Visando a melhoria da atenção aos usuários do SUS, as modificações realizadas inicialmente pelo MS no âmbito da urgência objetivavam o aperfeiçoamento do atendimento no país, regionalizando o sistema de forma que fosse organizado com referências pactuadas previamente, hierarquia resolutiva, responsabilização sanitária, integralidade na atenção, capacitação para os profissionais de saúde e implantação de serviços intermediários de complexidade (BRASIL, 2002a).

No ano de 2001, o atendimento as urgências na AB já era abordado na Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS), sendo restrito a usuários hipertensos e diabéticos. Foi designado como responsabilidade da AB prestar atendimento ao usuário em crise hipertensiva, complicações diabéticas agudas e outras intercorrências (BRASIL, 2002b).

O Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, instituiu um documento nomeado por Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergência, que visava estruturar os Sistemas Estaduais envolvendo toda a rede assistencial, incluindo atenção básica e suas unidades, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e até a rede hospitalar de alta complexidade. Foram atribuídas, a cada nível de assistência, as responsabilidades por determinada parcela da demanda de urgência, conforme os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (SOARES, 2013).

A ampliação da assistência a urgência foi regulamentada no ano 2003, através da portaria nº 1863, que instituiu a vigência, em todas as unidades federadas, da PNAU. A UBS foi classificada pela política como componente pré-hospitalar fixo, sendo-lhe atribuídos os atendimentos de baixa e média complexidade (BRASIL, 2003).

A AB sendo constituinte da rede de urgências amplia o acesso aos demais serviços, e tem como objetivo acolher todos os casos e classificá-los, prestando os primeiros cuidados, e se necessário transferi-los ou encaminhá-los para serviço de maior complexidade (BRASIL, 2011b).

Portanto, a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalares, assim como na convalescença, recuperação e reabilitação, conforme a portaria GM/MS 2048, de 05 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002a).

O estudo e conhecimento do profissional da AB, acerca de sua área de trabalho, o faz capaz de identificar os problemas que são mais recorrentes, organizando assim o serviço para receber e tratar de acordo com a necessidade do paciente seja um caso de urgência ou não.

O principal instrumento para determinar o grau de complexidade de um atendimento é o acolhimento, que diz respeito a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, garantindo a resolubilidade do caso e a continuidade da assistência. Os resultados positivos devem ser o objetivo final de todo trabalho em saúde (SOLLA, 2005).

A resolubilidade, como uma das diretrizes do SUS, estabelece que os centros de saúde devam estar preparados para enfrentar os problemas de saúde mais frequentes naquele território. Com efeito, devem ser empregados todos os recursos operacionais possíveis naquele espaço da assistência, usando os demais pontos do sistema apenas quando necessário (CARNEIRO, 2009, p. 16).

O acolhimento quando realizado com uma boa comunicação, tende a favorecer a continuidade do cuidado, como também abre espaço para implementar ações de promoção e prevenção de agravos. A efetivação da estratégia do acolhimento está interligada ao comprometimento profissional, ao desenvolvimento de práticas que visem as necessidades de saúde da população e a troca de informações entre paciente e a equipe (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Casos clínicos de baixa e média complexidade não demandam tecnologias duras e não exigem recursos específicos para sua resolução. A tecnologia na área da saúde tem sua definição voltada para utilização de um conjunto de conhecimentos e ações aplicadas a uma necessidade ou a produção de algo, empregando equipamentos, protocolos ou conhecimentos em função da assistência ao usuário (MERHY, 2007 apud MADEIRA, 2009)

Estabelece-se a divisão dos atendimentos de urgências em clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos que são passíveis de efetiva resolução na AB. Os procedimentos clínicos e cirúrgicos são definidos como: controle de asma leve e moderada, hidratação nas diarreias e nos vômitos, analgesia na dor crônica e aguda, imobilização na luxação e entorses, suturas pequenas e entre outros. As urgências psiquiátricas são de diagnósticos difíceis e que geralmente exigem condutas específicas, sendo observados pelos médicos, devido a subjetividade da queixa e da mimetização de sinais e sintomas de gravidade. Porém, o profissional enfermeiro não deve ser ausente na assistência ao usuário psiquiátrico, o seu papel de agente terapêutico deve ser exercido conforme a necessidade (LUMER; RODRIGUES, 2011).

4. PERCUSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa tratou-se de um estudo de caso, exploratório com abordagem qualitativa.

O estudo de caso utiliza-se da observação direta dos acontecimentos e dos dados provenientes de entrevistas das pessoas envolvidas no estudo, experimentos e pesquisas históricas, permitindo que sejam preservadas todas as características significativas do evento (YIN, 2005).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002).

A pesquisa qualitativa fundamenta-se em responder a questões particulares, seja individualmente ou coletivamente, abordando significados, motivos, valores, cultura, de forma a explorar o ambiente e a situação estudada (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009)

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas UBS pertencentes à ESF do município de Várzea Alegre que está localizado na região Centro-sul do estado Ceará, distante 467 km da capital Fortaleza. O referido município pertence a Regional de Saúde do Crato e conta com uma população de aproximadamente 38.434 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 1 – Mapa do Estado do Ceará



Fonte: Google imagens, 2014

O município oferta serviços de AB através de 12 unidades de saúde da família cadastradas, dispondo também de uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) e um Hospital (BRASIL, 2014).

A escolha do local para pesquisa deu-se devido a necessidade de investigar sobre a temática no município de Várzea Alegre considerado de pequeno porte, bem como a facilidade de acesso da pesquisadora ao campo de estudo.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 08 Enfermeiros da atenção básica do município de Várzea Alegre – Ceará. Para selecionar os sujeitos adotou-se os seguintes critérios de inclusão: encontrar-se na UBS no momento da coleta de dados e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão usados, que delimitou os sujeitos que não fizeram parte da pesquisa, foram: os enfermeiros que estiveram ausentes devido a licença maternidade, licença médica ou afastados do serviço por outros motivos.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi empregado um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) composta por perguntas que atenderam aos objetivos propostos.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisadora inicialmente solicitou a autorização da pesquisa (ANEXO B) à Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Alegre - Ceará. Posteriormente levantou o quantitativo de profissionais de enfermagem da zona urbana e rural que trabalham na atenção básica.

O período da coleta de dados foi correspondente ao mês de agosto de 2014. A pesquisadora foi até unidades em que cada enfermeiro trabalhava para solicitar a participação voluntária desses profissionais na pesquisa. Na ocasião, foram explicados os objetivos propostos e posteriormente solicitado a participação do enfermeiro para a realização. Para a obtenção dos dados optou-se pela técnica de gravação, porém devido a intercorrências a

maioria dos participantes respondeu aos questionamentos através de um formulário com questões pertinentes aos objetivos sugeridos.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados e respostas provenientes da pesquisa foram avaliados e agrupados de acordo com a análise de conteúdo que de acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2007) é dividida em três fases definidas por: *Pré-análise*: fase onde o material é organizado para ser analisado, destacando o importante de acordo com os objetivos; *Exploração do material*: é a aplicação das informações obtidas na fase anterior; *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: análise de dados de acordo com as características do fenômeno que se é estudado.

Na *exploração do material*, destacou-se os pontos relevantes de cada questão, com seus respectivos pontos convergentes e divergentes, o que permitiu agrupá-los em categorias. O agrupamento dos dados permitiu a organização das informações disponibilizadas pelas entrevistas (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Após a organização, os dados foram confrontados com literatura pertinente ao tema da pesquisa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A execução da pesquisa cumpriu as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas desenvolvidas com seres humanos, em seu capítulo IV diz que:

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (BRASIL, 2012).

Não houve riscos de constrangimentos, físicos ou morais. Ressalta-se que a pesquisa proporcionou benefícios quanto ao conhecimento e discussão de tais informações para o meio acadêmico, profissional e a sociedade em geral.

O Enfermeiro tendo conhecimento dos aspectos legais da pesquisa pôde desistir de participar em qualquer momento, se assim desejasse.

Para garantir o anonimato dos enfermeiros entrevistados, utilizou-se a sigla “E” e a sequência numérica das entrevistas realizadas. Sendo assim, foram caracterizados da seguinte forma: E01, E02, etc.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com a finalidade de atender aos objetivos da pesquisa, apresenta-se neste capítulo os dados sociodemográficos dos participantes, como também os que se referem as falas dos entrevistados. Os dados foram agrupados em categorias de modo a tornar a discussão mais compreensível, facilitando o entendimento do leitor.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram da pesquisa os enfermeiros que trabalham nas UBS do Município de Várzea Alegre. Os sujeitos inicialmente eram em um quantitativo de 12 (doze) enfermeiros que estão cadastrados na ESF, porém com a utilização dos critérios de inclusão e exclusão totalizou-se em 08 enfermeiros; 03 recusaram-se a responder a entrevista e 01 não se encontrava na UBS no momento da visita.

Na tabela 01, apresentamos os dados dos entrevistados referentes ao sexo, idade e tempo de serviço na ESF.

Tabela 01. Distribuição dos entrevistados referentes ao sexo, idade, tempo de serviço na ESF dos entrevistados. Várzea Alegre-CE. 2014

| CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS | N | % |
|--|-----------|------------|
| SEXO | | |
| Feminino | 08 | 100 |
| Masculino | - | - |
| IDADE | | |
| 25-34 anos | 04 | 50 |
| 35-44 anos | 03 | 37,5 |
| 45-54 anos | 01 | 12,5 |
| TEMPO DE SERVIÇO NA ESF | | |
| 1-5 anos | 02 | 25 |
| 6-10 anos | 04 | 50 |
| 11-20 anos | 01 | 12,5 |
| 21-30 anos | 01 | 12,5 |
| Total | 08 | 100 |

Fonte: Própria da Pesquisa.

De acordo com os dados colhidos, observou-se que em sua totalidade há a predominância de profissionais de enfermagem do sexo feminino, evidenciando a realidade existente na maioria dos campos de atuação deste profissional. Apesar da expressividade dos dados, a generalização da classe de enfermeiros como exclusiva do gênero feminino é inapropriada, pois homens também atuam na profissão de enfermagem, embora seja em um quantitativo menor. Para o homem enfrentar o preconceito arraigado e imposto pela sociedade, no que diz a feminização da enfermagem, é desafiador e tende a diminuir a procura destes pela profissão de enfermeiro.

A enfermagem foi a primeira profissão feminina universitária no Brasil, destinada a dar sustentabilidade aos programas de saúde pública e suporte aos serviços de saúde. A ruptura da imagem da mulher “doméstica” decorrente de lutas sociais coincidiu com a estabilização da profissão de enfermeira, o que fez a mulher do século XIX, em busca de autonomia, se engajar na enfermagem, pois as exigências não eram complexas como as demais profissões (APERIBENSE; LIMA, 2008).

Observa-se que essa caracterização feminina na categoria de enfermeiros, também é comprovada em pesquisa realizada com estudantes de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Fundação ABC, no município de Santo André-SP, onde 92,44% dos discentes eram do sexo feminino (GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006).

Analisou-se nos resultados que 50% (n=04) das enfermeiras têm idade entre 25 a 34 anos, concordando com os dados provenientes da pesquisa realizada pelo COFEN em 2010, onde afirma que a maioria (35,98%, n=521.527) dos enfermeiros no Brasil está entre a faixa etária de 26 a 35 anos, implicando essa fase como o auge da força produtiva e reprodutiva do profissional (BARRETO, KREMPEL, HUMEREZ, 2011).

Em pesquisa realizada na ESF da cidade de Volta Redonda/RJ, constatou-se que 75% dos enfermeiros se enquadravam na faixa etária em discussão (NUNES, 2009).

Um amplo conjunto de fatores justifica a predominância de profissionais de enfermagem na faixa etária anteriormente descrita, a busca por estabilização financeira, desenvolve no enfermeiro a necessidade dedicar-se ao serviço com maior empenho, buscando constantemente aprimoramento científico e prático, adquirindo agilidade, o que o faz permanecer mais tempo inserido na instituição.

O tempo de serviço prestado na AB pelos enfermeiros encontra-se, em sua maioria, na variação de 1 a 10 (dez) anos, somando a porcentagem de 75% (n=06) dos participantes. Os

dados analisados se assemelham e corroboram com pesquisa realizada na rede básica no município de Porto Alegre em 2004, mostrando que aproximadamente 77% (n=40) dos enfermeiros da AB possuem vínculo na instituição entre a variação de anos referida anteriormente (WITT, 2005).

5.2 RELATOS DE ENFERMEIROS ACERCA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS NAS UBS

No questionamento sobre o que as participantes do estudo consideravam o atendimento de urgência na AB, pode-se observar que a maioria das entrevistadas conceituou a urgência corretamente, enfatizando a existência dos riscos potenciais e reais, como também citando as principais intercorrências que já haviam encontrado durante os atendimentos, porém houve pouca associação entre a urgência e AB, conforme observa-se nas falas abaixo:

Considero um atendimento direcionado ao paciente que apresenta sinais e sintomas que indicam risco potenciais de morte ou desconforto intenso. Considero como atendimento de urgência: trauma com suspeita de fratura, paciente dispnéico, pico hipertenso, desidratação (principalmente em crianças), dor precordial, convulsão, sinais sugestivos de AVC, hipertermia persistente (principalmente em crianças), acidentes decorrentes de mordeduras de animais, entre outros. (E02)

Algum tipo de problema que ponha em risco à vida do paciente, ex. gestante com PA elevada, criança com febre alta, etc. (E03)

É todo atendimento no primeiro nível de atenção a saúde, no qual o usuário encontra-se em risco de vida, em situações agudas que necessitam de intervenção médica e rápida assistência da equipe de saúde. Nas urgências o objetivo principal é o diagnóstico precoce, que conduzirá a estabilização do estado qual do usuário ou transferência para um serviço de maior complexidade. (E07)

Algumas entrevistadas durante a pesquisa confundiram o conceito de urgência com emergência, definindo algumas situações que mesmo com o cumprimento das determinações da PNAU, são inviáveis devido a complexidade os cercam, destaca-se nas falas abaixo as principais intercorrências que são consideradas emergência:

Convulsões; Dor intensa; crise hipertensiva; hipoglicemia severa; início trabalho de parto; sangramentos internos; acidentes; fraturas; cortes; síncope; diarreia intensa; corpos estranhos no olho, ouvido e nariz. (E05)

Uma gestante que chega em trabalho de parto, por exemplo. Outros exemplos: uma pessoa que foi atingida por arma branca ou de fogo; uma pessoa com forte dor no peito sugestivo de infarto agudo do miocárdio; uma pessoa com pico hipertensivo ou insuficiência respiratória e muitas outras situações. (E08)

Emergência é a condição de agravo à saúde que implica risco iminente para a vida ou sofrimento intenso, exigindo, atendimento imediato, a fim de evitar complicações. Considera-se gravemente enfermo aquele paciente que apresente sinais de instabilidade no organismo, com risco iminente de morte (CFM, 1995; MELO; SILVA, 2011).

A permanência de um caso de emergência na AB configura-se na responsabilização do amparo assistencial a todos os agravos que venha a ocorrer, oferecendo risco ao usuário, pois a AB não tem suporte material e tecnológico para atender a emergência. Com isso, os casos graves devem ser encaminhados para serviços de alta complexidade.

Seguindo o mesmo enfoque conceitual, as urgências são caracterizadas como ocorrências que podem apresentar risco ou não de agravamento, necessitando de atendimento mediato e sem demora. Romani et al., (2009), em seu estudo expõe a necessidade de incluir na definição de urgência os riscos potenciais e reais, sendo os primeiros caracterizados pelos riscos que poderá vir a ocorrer e os últimos os já existentes. Portanto, para a equipe da AB amparar integralmente um atendimento de urgência é necessário que a mesma reconheça os sinais característicos de agravos.

Profissionais da ESF de municípios do Rio Grande do Sul foram avaliados em pesquisa realizada nos anos de 2008 e 2009, os dados obtidos através dos questionamentos expressaram que os profissionais enfermeiros, em sua totalidade, identificaram corretamente os sinais e sintomas de agravos em saúde, indicando que estes estão capacitados para um atendimento de urgência (TORRES; SANTANA, 2011).

5.3 ATITUDES ADOTADAS PELAS ENFERMEIRAS EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

Ao questionarmos as entrevistadas quanto às condutas que deveriam ser adotadas no caso de uma urgência na sua unidade de saúde, foi possível observar através das falas, que a maioria das participantes agiria de forma inadequada no atendimento, utilizando como primeira intervenção o encaminhamento dos pacientes ao profissional médico quando este se fizer presente na UBS e/ou referenciar ao serviço de atenção secundária, conforme observa-se nas falas abaixo:

Se a médica estiver na UBS, essas pessoas são direcionadas para o atendimento médico, para que ela decida se o paciente será encaminhado para a atenção secundária ou não. Quando a médica não se encontra na unidade, após avaliar a situação, encaminho o paciente a unidade

hospitalar da cidade, com a guia de referência local justificando o encaminhamento solicitando o atendimento médico. (E02)

Encaminhamento ao profissional médico que compõe a equipe junto comigo. Se o mesmo não estiver presente na UBS, encaminhamento ao paciente ao hospital. (E03)

A Atenção Básica deve mediar e ou ofertar o acesso às ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos. No entanto, mesmo com diversificada produção normativa acerca do sistema de atenção às urgências no Brasil e a crescente valorização da AB, não é possível evidenciar a incorporação do atendimento às urgências de baixa complexidade neste nível (DOURADO, 2013).

A Portaria nº 2.048/GM ressalta que os diferentes níveis de atenção à saúde, devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a demanda que lhe é destinada e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento (BRASIL, 2002a).

Em um estudo realizado por Oliveira e Trindade (2010), intitulado Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção Básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento, observou-se que os profissionais das UBS entrevistados, deparados a situações de urgências, acabam por impulso encaminhar o paciente a outra unidade de maior complexidade, sem mesmo avaliá-lo, sem estabilizá-lo, por insegurança e desconhecimento sobre como proceder o atendimento.

É de fundamental importância o conhecimento do enfermeiro das Unidades de Saúde sobre atendimento às urgências. Os profissionais tendem super estimar e super valorizar o tecnicismo durante a assistência, tornando sua prática limitada. Algumas entrevistadas referiram que a função do enfermeiro nas urgências ocorridas na UBS se restringia a verificação dos sinais vitais, oxigenoterapia, solicitação de ambulância, entre outros:

O que a gente faz é os primeiros cuidados é uma pressão, temperatura, uma orientação e encaminhar para o hospital. Se tiver médico ainda possa no médico, quando não está, tem que ir mesmo direto para o hospital. (E01)

O enfermeiro, quando prioriza funções de outros profissionais em detrimento das suas, “subestima suas próprias funções e a si mesmo como profissional, pois o exercício de suas funções está centrado na administração da assistência ao paciente e deve ser embasado nos

valores de sua profissão, e não nos valores institucionais ou de outras áreas” (FAVERI; FERNANDES, 2003).

Apenas uma participante do estudo em seu relato, demonstrou que seguia um roteiro de atendimento de acordo com protocolos:

Acolher e avaliar o estado qual do usuário; mobilizar equipe de saúde; verificar sinais vitais; notificar (comunicar) ao médico; administrar medicamentos prescritos; solicitar transporte a secretaria de saúde e/ou aos familiares; encaminhar ao serviço secundário. (E07)

A adoção de um Protocolo de Atendimento possibilita sistematizar a assistência acolhendo a demanda, estabelecendo a inclusão do usuário otimizando os serviços, hierarquizando os riscos e formas de acesso aos demais níveis do sistema de saúde referenciados (sistema de referência e contra-referência), diminuindo as filas das portas de entrada dos atendimentos de maior complexidade (níveis secundários e terciários) garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do paciente (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

O enfermeiro além de seguir protocolos previamente estabelecidos deve planejar sua assistência, garantindo sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações.

A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas, e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) o enfermeiro visa à identificação das situações de saúde/doença, para subsidiar ações de sua assistência contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009).

A sistematização do processo de trabalho do enfermeiro é composta por cinco etapas interdependentes denominadas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, tendo a consulta de enfermagem como seu principal instrumento. A consulta de enfermagem instituída pela resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 159/1993 é privativa do enfermeiro, composta de

histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem e definida como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população (SANTOS; MURAI, 2010).

Quando se relaciona a função do enfermeiro na urgência, que é predeterminado em resoluções, com o que foi exposto através das entrevistas, percebe-se que não existem protocolos de atendimento nas UBS que possam organizar a assistência de enfermagem. Com isso, observa-se a pouca articulação da categoria que não desempenha sua função de cuidador e gerenciador conforme as exigências. O ideal na urgência é realizar os primeiros socorros e monitorizar o paciente até o momento da transferência para um nível de maior complexidade, quando esta não é passível de resolução na AB.

5.4 RECURSOS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS NAS UBS

Foi questionado às entrevistadas se as UBS no qual as mesmas trabalhavam, dispunham de materiais, equipamentos e infraestrutura adequada para o atendimento nas situações de urgência. A maioria das participantes do estudo reconhece que não dispõem de condições mínimas para o atendimento de urgência, sendo o disponibilizado insignificante para estabilização de um paciente grave. Apenas uma enfermeira citou que em sua UBS, havia material para oxigenoterapia e soroterapia, constituindo uma realidade incomum as demais. Observa-se nos relatos abaixo:

Não, não existe, não temos nem estrutura, nem material, não temos nada para urgência, um simples aparelho de oxigênio a gente não tem de nebulização, nem medicação, nada. (E01)

Não, nenhuma UBS deste município tem equipamentos/materiais ou infraestrutura para atendimento de urgência e emergência. (E08)

No mesmo contexto questionou-se as entrevistadas, o que era disponibilizado na sua UBS que poderia auxiliar em um atendimento de urgência. A maioria se referiu apenas a medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e antipiréticos. Conforme se observa abaixo:

Anti-hipertensivos, medicamentos para hipertermia. (E03)

Temos disponíveis macas de uso rotineiro, antipiréticos orais, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. É muito pouco para uma urgência. Não existe na nossa UBS nem material para sutura, por exemplo. (E04)

As ações do enfermeiro são influenciadas pelas várias características do sistema de saúde, entre outras, a disponibilidade, as limitações e a qualidade do trabalho do enfermeiro. A atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos, edifícios e ferramentas disponíveis, de modo que carências a ela relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e os seus resultados (NAUDERER; LIMA, 2008).

A relação estabelecida entre as inadequações da estrutura física e a prática do enfermeiro põe em cena as dificuldades no desempenho do enfermeiro e na qualidade das práticas que lhe cabem, e também certas interferências no exercício de sua autonomia e na relação de seu trabalho com o dos demais profissionais que compõem a equipe (COTTA; SCHOTT; AZEREDO, 2006).

A falta de medicamento é um fator que impossibilita a continuidade do atendimento e leva a equipe a sentir-se insatisfeita com as condições de trabalho, gerando sentimento de indignação diante do sofrimento do usuário e da dificuldade de agir (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A falta de insumos impede uma atenção adequada à saúde. A falta de materiais/equipamentos limita as práticas do enfermeiro, impede o desenvolvimento adequado da atenção e compromete a resolubilidade do serviço ofertado, gerando descrédito na população (SAMICO; FELISBERTO; CARVALHO, 2005).

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul por Garlet, Santos e Marques, (2009), mostrou que a falta de recursos humanos e materiais, embora não seja constante, foi apontada por todos os profissionais entrevistados e também identificada durante a observação do campo. Essas deficiências dificultam não só o atendimento como também as relações entre trabalhadores e usuários, que demonstram grande insatisfação. Elas são visivelmente expressas por meio da estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados, capacitação insuficiente para o trabalho, baixa cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel, número insuficiente de unidades de pronto atendimento e insuficiente retaguarda para transferência de doentes.

Outro estudo realizado nas UBS de Cuiabá mostra que os prejuízos da inadequação da estrutura física são para os usuários, onde pode ocorrer redução do acesso, da resolutividade, humanização, continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações; e para o profissional ela gera o comprometimento de sua autonomia, insatisfações, desgastes e improvisações, conflitos com os usuários, dificuldade para planejar recursos e atingir metas,

interrupções na oferta de ações, e dificuldades no desempenho e na realização de práticas com qualidade (PEDROSA; CORRÊA, MANDÚ, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve os itens necessários para a implantação da ESF nas UBS. As três esferas governamentais competem responsabilidades partilhadas no que se relaciona a organização da AB, porém é a SMS que deve garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das ESF, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos adequados para resolver as demandas da comunidade, como também a reposição dos insumos (BRASIL, 2006a).

Com a análise das resoluções da PNAB, compreende-se que não há nada que especifique a estruturação física e tecnológica da UBS para atender a urgência. Porém, de acordo com os princípios do SUS, todas as UBS devem estar preparadas para resolver todas as intercorrências que surgirem, mesmo que sejam urgências.

5.5 DESAFIOS/BARREIRAS NO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS NAS UBS

A implementação de um modelo de atenção básica em saúde voltado para responder as necessidades de saúde dos diferentes sujeitos que constituem uma população, no SUS, não é simples. Exige uma organização ágil e eficiente de diferentes elementos, incluindo serviços de saúde (materiais, equipamentos, medicamentos, infra-estrutura) e profissionais, que devem compor uma rede articulada de cuidados de modo a dar conta de um conjunto extenso e variado de sujeitos e demandas.

Foram vários os desafios citados pelas enfermeiras no atendimento às urgências nas UBS, desde a falta de material e equipamentos e infra-estrutura inadequada. Algumas citaram também que a capacitação profissional é um fator que influencia na assistência de enfermagem à urgência, e até o momento da pesquisa não foi disponibilizado para a equipe. Isso pode ser observado nos relatos abaixo:

Falta de material básico para atendimento de urgência nas UBS's, falta de treinamento/capacitação para os profissionais da AB, ausência do médico da equipe (muitas vezes) da UBS. (E03)

Ausência de estrutura física adequada e de qualificação específica em urgência/emergência para alguns profissionais da UBS, entre os quais me incluo. (E04)

Falta de medicamentos, ambiente adequado e falta de material em geral como oxigênio, ambu, máscaras, laringoscópio e etc. (E06)

Em um estudo realizado na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, sobre avaliação do desempenho e efetividade da ESF, encontrou-se resultados semelhantes, visto que os principais desafios são as dificuldades em relação a equipamentos, insumos, a estrutura das UBS, bem como falta de medicamentos (ROCHA et al., 2012).

Para a realização da prática na AB é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada. A organização dos serviços de saúde deve incluir condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência (PEDROSA, CORRÊA, MANDÚ, 2011).

A estrutura física também deve ser adequada, abastecida de medicamentos e materiais proporcionando condições para os primeiros atendimentos e manobras de estabilização do paciente até a viabilização de transferência para uma unidade de referenciamento pactuada, de maior porte, quando necessário (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

A PNAU traz como um dos componentes fundamentais, a capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2006b).

A Portaria nº 1.864/GM afirma que os projetos do Núcleo de Educação em Urgência deverão promover profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências, em todos os níveis de atenção do sistema (BRASIL, 2003).

Todo profissional de saúde é sempre um agente transformador do cuidado, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, e deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar em sua área específica. Um dos desafios da ESF é, portanto, o trabalho em saúde, com profissionais capacitados, para o enfrentamento dos principais problemas e atentos às necessidades dos serviços e da gestão do trabalho (PINTO, 2008).

As práticas no cotidiano do enfermeiro influenciam na busca por aperfeiçoamento profissional. As necessidades de readaptação e reorientação no seu processo de trabalho subsidiam a implantação da estratégia de educação continuada. A capacitação dos

profissionais é fator relevante para o desempenho da assistência que adquire qualidade perfazendo todos os aspectos indispensáveis para a resolubilidade dos atendimentos (PEIXOTO, et al., 2013; COSTA; LÚCIO, 2014).

5.6 DISPONIBILIZAÇÃO DE TRANSPORTE PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

Foi questionado às entrevistadas se as UBS dispunham de transporte para transferência dos pacientes para serviço de referência, e pode-se observar que a totalidade das enfermeiras referiu aos transportes da SMS, no entanto, os mesmos não são garantidos em tempo hábil. Na fala da entrevistada abaixo se observa que uma das opções para transferir o usuário para o serviço secundário rapidamente é utilização do transporte particular (profissional ou paciente):

O transporte é justamente o da SMS, a gente tem que ligar se tiver algum transporte na secretaria, vem, se não, eu particularmente já levei muito no meu transporte, porque geralmente a gente liga e lá também não tem nenhum a disposição. Já teve um caso de uma criancinha com febre alta, iniciando convulsão, ai tive que levar no meu carro. Outros casos, eu já levei para o hospital, mas não foram casos de urgência não, mas se precisar e se na secretaria de saúde não tiver o transporte, tem que ser o da gente.
(E01)

Conforme o Regulamento Médico de Urgências (RMU), a pactuação entre os serviços deve garantir o suporte de transferências com ambulâncias, de forma ágil, segura e com qualidade. O fato é que geralmente encontramos serviços de saúde carentes em materiais, recursos humanos e estrutura física, distanciando-se do preconizado em lei (BRASIL, 2006c).

Em todas as unidades de saúde as demandas exigem o auxílio de um transporte para dá continuidade a assistência. Segundo a portaria nº 2.048 em seu capítulo VI, após a estabilização de um paciente em uma unidade de baixa complexidade, o encaminhamento deste, para um serviço especializado/estruturado deve ser providenciado imediatamente, como também deve ser garantido o suporte para o retorno dos pacientes que, fora da situação de urgência, ao receberem alta não tenham condições de locomover-se, devido suas restrições clínicas (BRASIL. 2002a).

Os resultados da pesquisa evidenciam a realidade existente em grande parte dos municípios de pequeno porte no Brasil. Sistemas de saúde despreparados promovem a assistência incompleta, vindo possivelmente a agravar situações clínicas. Mesmo com a deficiência existente, a equipe deve se adaptar da melhor forma para prestar o atendimento.

O profissional tem como dever, providenciar o transporte e encaminhá-lo para o serviço de saúde mais adequado de acordo com a gravidade do usuário, para evitar perda de tempo, pois a demora é considerada um fator que influencia negativamente na sobrevivência.

O encaminhamento do usuário dentro da rede de atenção necessita seguir normas organizacionais para que seja efetuado com êxito. Antes da remoção do usuário deve-se certificar-se que foram esgotados todos os recursos tecnológicos da unidade, como também checar a estabilidade clínica do usuário e definir qual o transporte é o mais adequado, sendo a escolha feita de acordo com as necessidades. Para o trajeto é necessário providenciar o acompanhamento de um profissional para que a reavaliação seja realizada durante o percurso. A responsabilidade pelo usuário deve ser mantida até que outra equipe assuma os cuidados (MAGALHÃES JUNIOR, 2005).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem da atenção básica em sua prática devem abranger conhecimento integral acerca da Política de Atenção às Urgências, para desenvolverem suas ações conforme o preconizado. Com a realização da pesquisa, percebe-se que há carências nos enfermeiros em diversos âmbitos, um deles é não conhecer as resoluções da PNAU.

A urgência na AB foi conceituada corretamente pela maioria das profissionais, no entanto uma pequena parcela confundiu a emergência com a urgência, citando algumas situações clínicas que seriam inviáveis de resolução na AB. A troca de conceitos pode influenciar diretamente na assistência, possivelmente vindo a agravar o estado de saúde do paciente.

A carência de insumos e capacitações justifica a dificuldade da execução correta da assistência à urgência, no entanto, durante a graduação o enfermeiro é preparado para prestar os primeiros cuidados em uma urgência, mesmo sem suporte material, quando necessita-se de transferência a responsabilização pelo usuário deve ser mantida até que outra equipe assuma os cuidados.

Para a efetivação do atendimento de urgência quando este não é passível de resolução na AB, é necessário o auxílio de transporte para garantir a continuidade da assistência. Enfatiza-se a necessidade desse serviço, devido às recomendações que são exigidas para a transferência de pacientes, evitando que as transferências sejam realizadas por transportes inadequados. No município da pesquisa não há um transporte exclusivo para as UBS, porém a SMS dispõe de ambulâncias e outros veículos, e quando possível, cede-os para as unidades. O que ocorre de fato, é que existem poucas ambulâncias, não satisfazendo todas as demandas do município.

A incapacidade das UBS estudadas de absorverem e digerirem suas demandas com relação aos primeiros atendimentos aos cuidados de saúde, a carência de infraestrutura, falta de oferta de serviços, a falta de motivação por parte dos funcionários e a total deficiência da rede de atenção básica de saúde, acaba por fazer com que as pessoas procurem os hospitais de maior complexidade (níveis secundários e terciários) na expectativa de conseguir um atendimento, sobretudo de qualidade. Com isso, o panorama dos serviços de urgência/emergência dos hospitais secundários e/ou terciários tornam-se cheios, insuficientes, e, conseqüentemente, deficiente de recursos para atender a todos os usuários, fazendo com que o paciente necessita de atendimento emergencial real acabe esperando por horas para ser atendido.

É de grande importância para a população que a PNAU seja implantada em todos os aspectos, desde a organização de recursos materiais e infraestrutura, como também a garantia de capacitação para todos os profissionais da rede básica. A AB deve ser vista como porta de entrada do sistema de saúde.

Diante das informações expostas, questiona-se do que impede, agora em nível de gestão, a inserção da Política Nacional de Atenção às Urgências na AB que foi implantada no ano de 2006, sendo suas principais portarias dos anos de 2002 e 2003, e após 8 anos de sua implantação, não se encontra UBS equipadas e equipes capacitadas para acolher a urgência. Uma deficiência que gera prejuízos em todos os níveis de atenção, irradiando as consequências principalmente para os usuários do sistema de saúde.

Conclui-se que a partir dos recursos disponíveis e quando a prática alia-se a um plano de assistência sistematizada e bem implementada, acerca de conhecimentos técnicos e teóricos de atendimento, as intervenções de enfermagem garantem a qualidade e a efetividade da assistência prestada, possibilitando um atendimento urgente/emergencial precoce, o que reflete num melhor prognóstico do paciente. Faz-se necessário o desenvolvimento de capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar, pelos enfermeiros. Deve permitir o acesso como uma possibilidade de consecução do cuidado frente às necessidades expressas pelo paciente, bem como a inter-relação dos demais princípios de saúde e bem-estar do indivíduo e a resolutividade do quadro através da organização estrutural e da dinâmica do processo de trabalho.

REFERENCIAS

ANDRADE, C. G.; COSTA, F.S.G; LOPES, M.E.L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**. João Pessoa, PB. 18(9): 2523-2530. 2013.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. Bras. Enfermagem**. 2005. maio-jun; 58(3):261-5.

APERIBENSE, P.G.G.S.; LIMA, I.A. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. **Rev. Esc. Enfer. USP**. 2008; 42 (3): 474-82.

BARRETO, I.S.; KREMPEL, M.C.; HUMEREZ, D.C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco COFEN**. V. 2, n° 4, p 251-254. Nov, 2011.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de julho de 1986**. Dispõe sobre regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providencias. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html> Acesso 20 Mai 2014, 13:30 h.

_____. **Constituição Federal Brasileira, de 05 de outubro de 1988**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 12 jan 2014, 14:00h.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em 09 jan 2014, 08:09 h.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. 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. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acesso em 09 jan 2014, 12:30 h.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Política Nacional de Atenção às Urgências. Legislação de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2002a.

_____. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02.

Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. **Revista e Atualizada.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas. Legislação de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Urgências.** Ministério da Saúde. 3 ed. Ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da saúde. **Regulação Médica das Urgências - RMU.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de setembro de 2011a.** 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). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 09 abril 2014, 10:20h.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.600, de 07 de julho de 2011b.** Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em 07 jun 2014, 21:41h.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, 2012.

_____. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal.** **Unidade Geográfica:** Município - Várzea Alegre/CE. 2014. Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em 13 jun 2014, 21:50 h.

CARNEIRO, S. M.B.M. **Atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Básica: Desafio para a Estratégia de Saúde da Família.** Monografia (especialização), Sistema Municipal Saúde Escola, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

CONFERENCIA NACIONAL EM SAÚDE - CNS. **8º Conferencia Nacional em Saúde.** 1986. Disponível em <http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3701>. Acesso em 09 mai 2014, 14:04hs.

CONILL, E.M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a SAE nas instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em 11 agosto 2014, 14:00 h.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. **Resolução nº1.451, de 10 de março de 1995.** Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm> Acesso em 21 dez 2013, 07:50h.

CÔRREA, C.; PFEIFFER, C.C.; LORA, A.P. O Agente Comunitário De Saúde – Uma História Analisada. **Revista Rua.** Campinas- SP. Número 16 – v. 1. Junho 2010.

COSTA, A.C.M.; LÚCIO, R.R. Urgências e Emergências Clínicas na Atenção Primária: conhecimento e atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Enfermagem UFPI.** 3(1):18-24, Jan-Mar, Teresina. 2014.

COSTA, R.K.S.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a Mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun.2008.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Set. 2006, vol.15, no.3, p.7-18. ISSN 1679-4974.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-ata, Cazaquistão. Set 6-12, 1978.

DOURADO, E.M.R. **Análise da política de atenção às urgências: uma proposta.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V.; ANDRADE, S.M.O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.4, p. 620-626, 2009.

ERDMANN, A.L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2013, vol.21, n.spe, pp. 131-139. ISSN 0104-1169.

FAVERI, F.; FERNANDES, M. S. Função administrativa do enfermeiro: administração da assistência ou administração do serviço? **Revista Enfermagem Atual**. 2003 nov-dez; 3(18): 32-6.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **SUS E PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em Saúde Coletiva**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books. 2002. Disponível em <<http://books.scielo.org>> Acesso em 18 ago 2014, 14:49 h.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2 edição; São Paulo, SP. 2004.

GARLET, E.R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. Abr-Jun; 18(2): 266-72. 2009.

GARRO, I.M.B.; CAMILLO, S.O.; NÓBREGA, M.P.S.S. Depressão em Graduandos de Enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**. 19 (2):162-7. 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. Atlas, São Paulo. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Dados do município de Várzea Alegre, Ceará**. 2010. Disponível em <<http://cod.ibge.gov.br/23DAT>> Acesso em 13 jun 2014, 22:03hs.

LUMER, S.; RODRIGUES, P.H.A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Rev. APS**, jul/set. 14 (3): 289-295. 2011.

MADEIRA, K.H. O uso das tecnologias leves no trabalho em equipe na ESF. In: _____. **Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família: um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, SC. p. 30-31. 2009.

MASCARENHAS, N.B; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília –DF. Nov-dez. 65(6): 991-9. 2012.

MACINKO, J.; COSTA, M.F.L. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Tropical Medicine and International Health**. volume 17, no 1, p. 36–42 january, 2012.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. **Encaminhamentos responsáveis em um Sistema inteligente de Atenção Regulada de Urgência e Emergência.** In: MELO, M.C.B; VASCONCELOS, M.C. Manual de Atenção às Urgências e Emergências em Pediatria. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 19(1):[08 telas]. jan-fev 2011.

MELO, M.C.B; SILVA, N.L.C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 25. ed. Petropolis: Vozes, 2007.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Set-Out; 16(5). 2008.

NUNES, M.B.G. **Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda – RJ.** Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

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** – Vol. 4, número 2 – Out-Dez, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem**. [online]. Vol. 66, p. 158-164. ISSN 0034-7167. 2013.

PEDROSA, I.C.F.; CORRÊA, Á.C.P.; MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saúde**. Jan/Mar; 10 (1):058-065. 2011.

PEIXOTO, L.S.; GONÇALVES, L.C.; COSTA, T.D.; MELO, C.M.; CAVALCANTI, A.C.D.; CORTEZ, E.A. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Rev. Enfermería Global**. (online) n° 29, Jan. Murcia. 2013.

PINTO, E.S.G. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a estratégia de saúde da família**. (Dissertação Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN. 2008.

ROCHA, A.C.D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**. Vol. 14, n° 54, Abril-Junho, 2012.

ROMANI, H.M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. 17 (1): 41 – 53. Brasília. 2009.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana Enfermagem**. Nov-dez. 13(6): 1027-34. 2005.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Jan 03; 5(2): 229-40. 2005.

SANTOS, J.R.S.; MURAI, H.C. Metodologia e instrumentos para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica. **Rev. Enfermagem**. UNISA 11(1): 43-7. 2010.

SANTOS, S.R. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explicito. **Rev. bras. enferm.** [online]. Vol.58, n.1, p. 100-104. ISSN 0034-7167. 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (6): 1487-1494. Nov-dez, 2004.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15 (Supl. 3): 3579-3586, 2010.

SOARES, S.S. As atribuições da atenção básica nas políticas de urgência. In: _____. **O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas**. Monografia (especialização). Rio de Janeiro. Cap. 3. p. 20-26. 2013.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**. Recife. 5 (4): 493-503, out. / dez., 2005.

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

SOUZA, R.R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil. 2002.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

SOUZA, M. F. **A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários**. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

TORRES, A.A.P.; SANTANA, B.P. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem e Saúde**. Pelotas (RS). jan-mar;1(1):107-112. 2011.

VANDERLEI, M.I.G. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no estado do Maranhão**. Tese. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

WEIRICH, C.F. et al. O Trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Abr/Jun. 18(2): 249-57. 2009.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública**. 336 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. trad. Daniel Grassi. – 3. ed. – Porto Alegre: Bookman, 212 p. 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

| | |
|---|-------------|
| Perfil sociodemográfico do profissional | |
| Iniciais: _____ | Sexo: _____ |
| Idade: _____ | |
| Há quanto tempo trabalha na Atenção Básica: _____ | |
| <p>1. O que você considera um atendimento de urgência na AB?</p> <p>2. Diante destas situações de urgência, qual conduta você adotaria?</p> <p>3. A UBS da qual você é responsável dispõe de equipamentos/materiais básicos e infraestrutura adequada para o atendimento de urgência? Explique.</p> <p>4. Quais os principais desafios/barreiras que dificulta o atendimento às urgências na AB?</p> <p>5. Você dispõe de meios de transporte para transferir os usuários para a atenção secundária em casos de urgência?</p> | |

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

O senhor (a) está sendo convidado para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada *“Percepção de enfermeiros acerca do atendimento às urgências nas Unidades Básicas de Saúde”*.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar sobre a percepção dos enfermeiros no atendimento às urgências na atenção básica nos faz compreender quais as carências que a equipe e unidade apresentam. A pesquisa se justifica pela necessidade da exploração de estudos sobre as dificuldades na realização do acolhimento da urgência na UBS, como também enfatizar os inúmeros os subsídios que sustentam a certeza que o atendimento organizado na UBS resulta em bons indicadores. O objetivo dessa pesquisa é analisar a percepção dos enfermeiros acerca do atendimento a urgência na atenção básica.

O(os) procedimento(s) de coleta de dados será realizado da seguinte forma: participarão da pesquisa enfermeiros que trabalham na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Várzea Alegre – CE, a pesquisa será realizada em apenas 1 visita nas UBS. Os mesmos serão orientados a responder um questionário com perguntas subjetivas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Na realização dessa pesquisa não existe riscos físicos, entretanto, pode gerar ansiedade por parte dos participantes no momento de responder o questionário. Como benefícios podemos destacar a importância do aprimoramento de conhecimentos acerca da atuação do enfermeiro no atendimento as urgências nas unidades básicas de saúde.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em

vista que se trata de uma pesquisa composta por questionários contendo sua opinião sobre o atendimento da enfermagem nas urgências nas unidade básica onde não será divulgada em outros meios a sua opinião.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: o senhor (a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Cada participante convidado é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser fornecidos apenas para o Sr.(a). O nome do senhor (a) ou o material que indique a vossa participação não será liberado sem a sua permissão. Senhor (a) não será citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr.(a), ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora AMANDA SOARES certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais comprometendo-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o(a) estudante Amanda Soares - e-mail amandar_soares@hotmail.com, ou o(a) professor(a) orientador(a) Olga Feitosa Braga Teixeira– olgafeitosa@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras – Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83)3531-2722.

Declaro que concordo participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas

Várzea Alegre - CE, ____/____/____

| | | |
|-------|--|----------------|
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Nome | Assinatura do Participante da Pesquisa | Data |
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Nome | Assinatura do Pesquisador Responsável | Data |
| _____ | _____ | ____/____/____ |
| Nome | Assinatura do Pesquisador Participante | Data |

ANEXO B - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

**DECLARAÇÃO**

Eu, FERNANDO WILSON FERNANDES SILVA, Secretário de Saúde do município de Várzea Alegre - Ceará, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada *“Percepção de enfermeiros acerca do atendimento às urgências nas Unidades Básicas de Saúde”* que será realizada com profissionais de enfermagem da atenção básica, com abordagem qualitativa, do referido município no período de junho a agosto de 2014, tendo como pesquisadora Amanda Soares, acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus - Cajazeiras.

Várzea Alegre – CE, 29 de Maio de 2014.

FERNANDO WILSON FERNANDES SILVA
Secretário Municipal de Saúde de Várzea Alegre - CE

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE – PESQUISADOR
RESPONSÁVEL



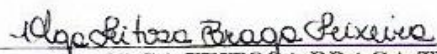
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Responsável)**

Eu, **OLGA FEITOSA BRAGA TEIXEIRA**, Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), responsabilizo-me pela orientação de **AMANDA SOARES**, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*Percepção de enfermeiros acerca do atendimento nas urgências nas Unidades Básicas de Saúde*”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 16 de junho de 2014.


OLGA FEITOSA BRAGA TEIXEIRA

Pesquisador Responsável

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE – PESQUISADOR
PARTICIPANTE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

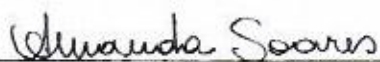
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

(Pesquisador Participante)

Eu, **AMANDA SOARES**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profa. Esp. OLGA FEITOSA BRAGA TEIXEIRA, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Percepção de enfermeiros acerca do atendimento nas urgências nas Unidades Básicas de Saúde*”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 16 de junho de 2014.


AMANDA SOARES

Pesquisador Participante

ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DO ATENDIMENTO ÀS
URGÊNCIAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Pesquisador: Olga Feitosa Braga Teixeira

Versão: 1

CAAE: 32652214.1.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 052040/2014

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com