



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TACILA MACHADO LEVI

PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: limites e possibilidades

FEIRA DE SANTANA – BAHIA

2018

TACILA MACHADO LEVI

**PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: limites e possibilidades**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação,
Mestrado Profissional em Enfermagem, como requisito
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Produção do Cuidado, Avaliação dos
Serviços e Programas de Saúde em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Lúcia Silva Servo.

FEIRA DE SANTANA – BAHIA

2018

TACILA MACHADO LEVI

**PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: limites e possibilidades**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem, como requisito para obtenção do grau de mestre em enfermagem, na linha de pesquisa “Produção do cuidado, avaliação de serviços e programas de saúde em Enfermagem”.

Feira de Santana, Ba-Brasil, 27 de agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Lúcia Silva Servo (Orientadora)

Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Drª Alba Benemerita Alves Vilela (Titular)

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Profª Drª Marluce Alves Nunes Oliveira (Titular)

Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dra Elaine Guedes Fontoura (Suplente)

Universidade Estadual de Feira de Santana

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Levi, Tacila Machado

L644p Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências: limites e possibilidades./Tacila Machado Levi. – 2019.

133f.: il.

Orientadora: Maria Lúcia Silva Servo

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

1.Saúde da Família – Estratégia. 2.Urgência. 3.Emergência. 4.Processo de trabalho – Equipe da saúde. I.Servo, Maria Lúcia Silva, orient. II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 614(814.21)

Maria de Fátima de Jesus Moreira – Bibliotecária – CRB5/1120

Dedico à Mainha, Painho e Nega (irmã amada).

AGRADECIMENTOS

Ao Espírito Santo de Deus, alma suprema, pela luz, força, companhia incondicional.

À minha família, pelo apoio, incentivo e orações.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Lúcia Silva Servo, pela força de espírito, pelo conhecimento, pelas orientações firmes, objetivas, com grande rigor científico e metodológico, sendo sempre motivadoras. Obrigada por me entender!

Aos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família que participaram do estudo, grandes atores no cenário da saúde local.

À Márcia Macêdo, gerente da USF Santa Mônica-Salvador, pelo apoio, incentivo e parceria.

À Ísis Thamara, Tarcísio Oliveira e Camilla Tahis, pelo constante apoio, conselhos, estímulo e por compartilharem das minhas angústias.

À Raquel Martinez pela amizade, atenção, conversas e risadas.

À Naurelita Maia pelo suporte às revisões das normas.

À Prof^a Sinara, pela humanidade nos momentos difíceis.

À turma 03 do MPEnf, pela caminhada compartilhada.

À UEFS, mãe acolhedora, fundamental à minha trajetória profissional e acima de tudo, à minha trajetória de vida!

“Florescer exige passar por todas as estações”

Eclesiastes 3.

RESUMO

O desenvolvimento do Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às Urgências e Emergências tem o usuário no centro da atenção e estabelece a relação dinâmica entre os enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (agentes), que interagem com o usuário e suas necessidades agudas ou crônicas agudizadas (objeto), consumidor do cuidado de saúde (produto), no exato momento de sua produção. Utiliza-se de instrumentos, tecnologias leve, leve-dura e dura, como vínculo, escuta qualificada, acolhimento, conhecimento, equipamentos e materiais, com a finalidade de resolução das necessidades de urgência e emergência trazidas por esses usuários. Este estudo tem como objetivos, analisar o desenvolvimento do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências; e descrever os limites e possibilidades para o desenvolvimento do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às Urgências e Emergências. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo e exploratório, que teve como campo de pesquisa uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário da Liberdade no município de Salvador-Ba. As técnicas de coleta dos dados foram a observação sistemática e a entrevista semiestruturada. Foram 24 participantes da pesquisa. Após leitura criteriosa dos dados, chegou-se às categorias: Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências; Limites e possibilidades para o desenvolvimento do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências. Os dados foram apresentados, analisados e discutidos através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências, é desenvolvido de forma fragilizada e fragmentada. Os entraves existentes no acesso, atrelados à lacuna nos instrumentos do processo de trabalho e no entendimento da equipe sobre as urgências e emergências, a ausência do Acolhimento com Classificação de Risco no serviço, Educação Permanente em Saúde incipiente, levaram à prática dos encaminhamentos das demandas de urgência e emergência a outros níveis de atenção, descaracterizando a Atenção Básica como porta preferencial de acesso à Rede de Atenção à Saúde. Concluímos que os limites estruturais, de equipamentos, materiais, inexistência de fluxo interno, desarticulação com a Rede, baixa cobertura do município pela Estratégia Saúde da Família, incompletude das equipes e o próprio olhar da Gestão na Estratégia de Saúde da Família dificultam a atenção às urgências e emergências pela Equipe Saúde da Família. O bem-estar no trabalho em equipe e a prática dinâmica do Gerente de unidade, foram sinalizados como favorável contribuição ao desenvolvimento do processo de trabalho. A visibilidade dos limites constitui potência para o avanço, contribuindo para a construção de uma Estratégia de Saúde da Família, que possibilite melhor acessibilidade e resolubilidade das demandas espontânea e programada, com otimização dos recursos da média e alta complexidade, sendo mais equânime, integral e universal.

Descritores: Trabalho. Equipe. Estratégia Saúde da Família. Urgência. Emergência.

ABSTRACT

The development of the Family Health Team Work Process in the attention to Emergencies has the user at the center of attention and establishes the dynamic relationship between nurses, doctors, nursing technicians and community health agents (agents), who interact with the user and their acute or chronic acute needs (object), health care consumer (product), at the exact moment of its production. It uses instruments, lightweight, hard and hard technologies, such as bonding, qualified listening, reception, knowledge, equipment and materials, with the purpose of solving the urgency and emergency needs brought by these users. This study aims to analyze the development of the work process of the Family Health Team in the attention to emergencies and emergencies; and describe the limits and possibilities for the development of the work process of the Family Health Team in the attention to Emergencies and Emergencies. This is a case study, qualitative and exploratory, which had as a research field a Family Health Unit of the Liberdade Sanitary District in the city of Salvador-Ba. The techniques of data collection were systematic observation and semi-structured interview. There were 24 participants in the research. After a careful reading of the data, the following categories were found: Family Health Team work process in dealing with emergencies and emergencies; Limits and possibilities for the development of the work process of the Family Health Team in the attention to emergencies and emergencies. The data were presented, analyzed and discussed using the Bardin Content Analysis technique. The Family Health Team's work process in dealing with emergencies and emergencies is developed in a fragile and fragmented way. The barriers to access, coupled with the lack of access to the instruments of the work process and the staff's understanding of emergencies and emergencies, the absence of the Reception with Risk Classification in the service, Permanent Education in Incipient Health, led to the practice of referral of the demands of urgency and emergency to other levels of attention, characterizing the Basic Attention as preferential door of access to the Network of Attention to Health. We conclude that the structural limits of equipment, materials, lack of internal flow, disarticulation with the Network, low coverage of the municipality by the Family Health Strategy, incompleteness of the teams and the Management's own view in the Family Health Strategy make it difficult to urgencies and emergencies by the Family Health Team. The well-being in teamwork and the dynamic practice of the Unit Manager were signaled as a favorable contribution to the development of the work process. The visibility of limits constitutes a power for advancement, contributing to the construction of a Family Health Strategy, which allows better accessibility and solvency of spontaneous and programmed demands, with optimization of resources of medium and high complexity, being more equitable, integral and universal.

KeyWords: Work. Equipment. Family Health Strategy. Urgency. Emergency.

RESUMEN

El desarrollo del Proceso de Trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las Urgencias y Emergencias tiene al usuario en el centro de la atención y establece la relación dinámica entre los enfermeros, médicos, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud (agentes), que interactúan con el usuario y sus necesidades agudas o crónicas agudizadas (objeto), consumidor del cuidado de la salud (producto), en el momento exacto de su producción. Se utiliza de instrumentos, tecnologías ligera, ligera y dura, como vínculo, escucha calificada, acogida, conocimiento, equipos y materiales, con la finalidad de resolución de las necesidades de urgencia y emergencia traídas por esos usuarios. Este estudio tiene como objetivos, analizar el desarrollo del proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias; y describir los límites y posibilidades para el desarrollo del proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las Urgencias y Emergencias. Se trata de un estudio de caso, cualitativo y exploratorio, que tuvo como campo de investigación una Unidad de Salud de la Familia del Distrito Sanitario de la Libertad en el municipio de Salvador-Ba. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación sistemática y la entrevista semiestructurada. Fueron 24 participantes de la investigación. Después de lectura cuidadosa de los datos, se llegó a las categorías: Proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias; Límites y posibilidades para el desarrollo del proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias. Los datos fueron presentados, analizados y discutidos a través de la técnica de Análisis de Contenidos de Bardin. El proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias, se desarrolla de forma fragilizada y fragmentada. Los obstáculos existentes en el acceso, vinculados a la brecha en los instrumentos del proceso de trabajo y en el entendimiento del equipo sobre las urgencias y emergencias, la ausencia del Acogimiento con Clasificación de Riesgo en el servicio, Educación Permanente en Salud incipiente, llevaron a la práctica de los encaminamientos de las demandas de urgencia y emergencia a otros niveles de atención, descaracterizando la Atención Básica como puerta preferente de acceso a la Red de Atención a la Salud. Concluimos que los límites estructurales, de equipamientos, materiales, inexistencia de flujo interno, desarticulación con la Red, baja cobertura del municipio por la Estrategia Salud de la Familia, incompletud de los equipos y la propia mirada de la Gestión en la Estrategia de Salud de la Familia dificultan la atención a las urgencias y emergencias por el Equipo Salud de la Familia. El bienestar en el trabajo en equipo y la práctica dinámica del Gerente de unidad, fueron señalados como favorable contribución al desarrollo del proceso de trabajo. La visibilidad de los límites constituye potencia para el avance, contribuyendo a la construcción de una Estrategia de Salud de la Familia, que posibilite mejor accesibilidad y resolución de las demandas espontánea y programada, con optimización de los recursos de la media y alta complejidad, siendo más ecuánime, integral y universal.

Descriptor: Trabajo. Equipo. Estrategia de Salud de la Familia. Urgencia. Emergencia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Trajetória Política das Urgências e Emergências na Atenção Básica no Contexto do Sistema Único de Saúde	40
Figura 2 – Vista panorâmica de Salvador-BA	42
Figura 3 – Mapa dos Distritos Sanitários do Município de Salvador	44
Figura 4 – Percentual de Cobertura Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família na Área do Distrito Sanitário Liberdade, 2013	45
Figura 5 – Desenvolvimento de uma Análise de Conteúdo	51
Figura 6 – NVivo, versão Pro for Windows	52
Figura 7 – Elementos constitutivos do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família na atenção às Urgências e Emergências	63
Figura 8 – Fluxograma representativo do itinerário dos usuários com demandas de urgência e emergência no contexto da Equipe Saúde da Família	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho	25
Quadro 2 –	Unidades de Saúde Municipais do Distrito Sanitário da Liberdade	47
Quadro 3 –	Caracterização dos profissionais entrevistados	56

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACCR	Acolhimento com Avaliação de Riscos e Vulnerabilidades
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CSAP	Condições Sensíveis à atenção Primária
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes de Mellitus
DS	Distrito Sanitário
DSL	Distrito Sanitário Liberdade
EH	Emergência Hospitalar
EqSF	Equipes de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
PA	Pronto-Atendimentos
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso de Atenção Básica
PAB	Plena de Atenção Básica
PABA	Plena da Atenção Básica Ampliada
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PROBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PROFAGS	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Processo de Trabalho
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SE	Serviços de Emergência
SEMAE	Serviço Municipal de Assistência Especializada
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TAV	Taquicardia Ventricular
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAO	Unidade de Atendimento Odontológico
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UF	Unidade Federativa
UNIME	União Metropolitana de Educação e Cultura
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	A DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	24
2.1.1	As Urgências e Emergências na Equipe de Saúde da Família	30
2.2	TRAJETÓRIA POLÍTICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO SUS	35
3	PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1	TIPO DE ESTUDO	41
3.2	CAMPO EMPÍRICO	42
3.2.1	A Saúde local	43
3.2.2	O Distrito Sanitário Liberdade	44
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	46
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
3.5	SISTEMÁTICA PARA A COLETA DE DADOS	49
3.6	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	50
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	53
4	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	55
4.2	ARTIGO 1 – DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	57
4.3	ARTIGO 2 – LIMITES E POSSIBILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	83
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	111
	APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	122
	APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	123
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	125
	APÊNDICE D – MAPA DE POSSIBILIDADES PARA SUPERACÃO DOS LIMITES	127

APÊNDICE E – SUGESTÕES PARA SUPERAÇÃO DOS LIMITES	128
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	129

1 INTRODUÇÃO

O Processo de Trabalho (PT) é definido como a transformação que o homem exerce no objeto sobre o qual atua, utilizando-se de instrumentos de trabalho, para a produção de determinado produto, subordinado a um determinado fim (MARX, 2013). O PT em saúde acontece no exato momento do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde; na relação dinâmica entre o objeto do trabalho, os agentes, os instrumentos de trabalho, a finalidade e o produto (MENDES GONÇALVES, 1992).

As Equipes de Saúde da Família (EqSF) inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹, também apresentam uma relação dinâmica entre os elementos constitutivos do PT, estando diretamente relacionados à qualidade do serviço de saúde ofertado.

A ESF foi inicialmente criada como Programa Saúde da Família (PSF), com características verticalizadas, pouco resolutivas, e em 1998, deixa de ser um programa tornando-se uma estratégia, por sinalizar um caminho possível para se atingir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ser capaz de influenciar e produzir impacto no sistema como um todo e o meio pelo qual o usuário acessa a rede de serviços, diferenciando-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) (MAGALHÃES, 2011).

Para que a ESF possa ser considerada como "porta de entrada" do usuário na rede do SUS, é necessária a integração de cuidados básicos e especializados. Isso inclui medidas que facilitem o acesso e melhorem a qualidade da atenção, respondendo aos problemas existentes (ASSIS; JORGE, 2010).

A Atenção Básica (AB) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, pautadas na promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada por equipe multiprofissional, que assume responsabilidade sanitária sobre território definido. É desenvolvida de modo descentralizado, próxima da vida das pessoas, e, portanto, poderá se tornar um contato preferencial dos usuários (BRASIL, 2017b).

É orientada pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e pelas diretrizes de regionalização, hierarquização, territorialização, adscrição da população, cuidado centrado na pessoa, resolubilidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado, ordenação da rede e

¹Utilizaremos em todo o trabalho a denominação ESF e não PSF, salvo quando for mencionado pelos autores.

participação da comunidade (BRASIL, 2011a; 2017b). Convém esclarecer que os termos AB e Atenção Primária à Saúde (APS) serão considerados sinônimos neste estudo.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família (SF) sua principal estratégia de expansão e consolidação da AB, podendo ser o recurso primeiro de procura do usuário para resolução de seus problemas de saúde.

Mesmo com a reorganização da AB por meio da ESF, ainda não estão claramente definidas as suas responsabilidades de atenção no atendimento de demandas que fogem ao preconizado nas ações programáticas voltadas para grupos de risco (SOARES, 2013). Esta autora assinala que, quanto à atenção às urgências e emergências (UE), esse exercício torna-se mais complicado e por isso, necessário.

Segundo a resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (BRASIL, 1995), urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; e emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Diante da imprevisibilidade da ocorrência e do imediatismo das intervenções nas UE, a AB apresenta um caráter estratégico e estruturante, pela grande proximidade com o cotidiano da vida das pessoas e dos coletivos em seus territórios (BRASIL, 2013a).

A AB precisa mediar e/ou ofertar o acesso às ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos (SOARES, 2013). Todavia, mesmo com diversificada produção normativa acerca da atenção às urgências no Brasil e a crescente valorização da AB, ainda não é possível visualizar a incorporação dos atendimentos às urgências de baixa complexidade.

Essa realidade pode comprometer a resolubilidade da ESF, os fluxos no serviço de saúde e a continuidade no cuidado, além de gerar sobrecarga para as unidades de Pronto Atendimento (PA) e de Emergência, com demandas de baixa complexidade que poderiam ter sido resolvidas no espaço da AB.

A ESF, enquanto principal articuladora da AB, propõe o acompanhamento dos usuários nas atividades programadas e também no momento de agudização, uma vez que esse é o serviço de acesso mais facilitado. É necessário que a equipe conheça a história clínica daquele indivíduo, com a possibilidade de fortalecer o vínculo entre usuário e profissionais. Assim, a capacidade resolutiva desse espaço, melhora a garantia da continuidade do cuidado através da

articulação dos fluxos dentro da RAS, além da redução da procura de serviços nas unidades de UE.

Para Cecílio (1997), a dificuldade de acesso do usuário à rede devido uma organização verticalizada dos serviços de saúde “em pirâmide”, o fez propor uma lógica horizontal “em círculo”. Essa lógica implica em uma densidade tecnológica que permite o acesso de todos os cidadãos ao serviço e tecnologia adequados, no momento apropriado, com responsabilidade e o usuário no centro das preocupações.

Na perspectiva de superar a fragmentação da atenção, o MS estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010c). Nas RAS, a concepção hierárquica e piramidal vigente no setor de saúde, pode ser substituída por outra, poliárquica e horizontal, em que todos os componentes das redes são igualmente importantes, para que se cumpram os objetivos de cada uma delas; apenas se diferenciando pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam. O centro de comunicação das RAS situa-se na APS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes (MENDES, 2015).

Contudo, qualificar a APS para coordenar a RAS, é tarefa complexa e necessária, para não se tornar um mero slogan destituído de sentido prático (MENDES, 2015). A qualificação da porta de entrada preferencial é fundamental na busca em melhorar a resolubilidade dos serviços e contribuir para que o usuário não fique sem orientação na rede, havendo necessidade de bater em diversas portas, para que uma delas se abra e possa assegurar respostas às suas necessidades.

Nesse sentido, melhor capacidade resolutiva das Unidades de Saúde da Família (USF) implica em avançar no PT das EqSF, em especial na atenção às UE. Implica em adentrar a relação entre os elementos que o constituem (objeto, agentes, instrumentos, finalidade, produto), bem como no espaço *micro* existente da relação usuário-trabalhador, que é embasada na tecnologia leve/relacional e envolve a autonomia do profissional nesse “fazer”, marcada pelos valores pessoais e da sociedade em que está inserido, definindo verdadeiramente a qualidade do cuidado de saúde.

Estudar a atenção às UE pelas EqSF em seu PT, culmina em contribuir com resposta mais adequada às demandas espontâneas, galgando degraus em maior eficiência da porta de entrada que não deve ficar restrita ao atendimento das demandas programadas, já que a área de abrangência das unidades “pulsa” incessantemente, eclodindo necessidades de saúde diversas.

Com maior resolubilidade na ESF, mais racionalizados serão os serviços de média e alta complexidade.

Assim, entende-se ser justificável o presente estudo, existindo ainda uma perceptível fragilidade na atenção às UE a partir do desenvolvimento do PT pelas EqSF, em responder às demandas não-programadas, com acolhimento, resolubilidade, recursos físicos e materiais adequados, bem como capacidade técnica dos profissionais compatíveis à necessidade de UE. Soma-se a lacuna de publicações científicas sobre o objeto proposto, o que fortalece a necessidade do desenvolvimento de diferentes pesquisas.

Essa lacuna foi constatada, mediante o levantamento das produções científicas acerca do objeto desta investigação – estado da arte, nas bases de dados *online* da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados nas buscas foram: trabalho, equipe, estratégia saúde da família, urgências, emergências; sendo empregado o conector boleano “AND”.

Nas bases de dados, BVS, portal da CAPES e SciELO, foram realizadas três combinações de buscas em cada uma delas, não sendo empregada nenhuma modalidade de filtro: 1ª- trabalho *and* equipe *and* estratégia saúde da família; 2ª- equipe *and* estratégia saúde da família *and* urgência *and* emergência; e, 3ª- trabalho *and* equipe *and* estratégia saúde da família *and* urgência *and* emergência.

Na BVS, foram encontradas na primeira combinação de busca 72 artigos, na segunda 1 artigo e na terceira 20; após leitura dos títulos e resumos de todos os artigos, foram encontrados 2 relacionados com o objeto de estudo, presentes na terceira combinação de busca, sendo que um deles não estava disponível na íntegra, restando ao final apenas 1.

No portal da CAPES, não foram encontrados artigos em nenhuma das três combinações de busca; e na SciELO, foram obtidos 192 artigos apenas na primeira combinação de busca, sendo que após leitura dos títulos e resumos, nenhum deles foi condizente com a temática.

Na perspectiva de ampliar as buscas, foram utilizados termos não cadastrados no DeCS nas mesmas bases de dados citadas anteriormente. Os termos foram: processo de trabalho, equipe de saúde da família, urgência, emergência. Na BVS foram localizados 16 artigos, e após a leitura dos títulos e resumos, nenhum deles foi pertinente ao estudo; no portal da CAPES e na SciELO, não foi encontrada nenhuma produção. Ao final das buscas, totalizou 1 artigo científico selecionado.

Após a leitura dos artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas, se observa que a produção científica do PT da EqSF na atenção às UE ainda é insuficiente, visto que apenas um aborda de modo específico e delimitado essa temática.

No artigo encontrado, D'Agostin *et al.* (2012), abordam sobre o grande número de atendimentos ambulatoriais existentes nas unidades de UE, que acabam por sobrecarregar esses serviços e podem comprometer a assistência prestada aos casos graves e agudos, e poderiam ter sido resolvidos nas USF. Para tanto, é fundamental que os profissionais da ESF estejam comprometidos com o princípio da integralidade e tenham claro suas atribuições junto à equipe e que as coloque em prática. Os autores sinalizam que a maior dificuldade é a falta de conhecimento relacionado à temática. O estudo recomenda a capacitação da equipe, estrutura física e organizacional preparada, recursos humanos e materiais para a realização da classificação de risco em UE.

A minha trajetória profissional constitui a motivação para este estudo, que parte das vivências enquanto graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) 1999-2003, e bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC/UEFS), inserida no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) no ano de 2002, onde pude desenvolver a pesquisa “Visibilidade das atividades do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família: limites, avanços, possibilidades e desafios” (LEVI, 2003), aprofundando o conhecimento e também as minhas indagações quanto ao SUS e à ESF, além de aguçar a percepção quanto à necessidade crescente de pesquisas neste cenário. O envolvimento como militante do Movimento Estudantil, ao participar como membro do Diretório Acadêmico do Curso de Enfermagem (2001) proporcionou-me ampliar a visão crítica, política e ativa, o que me estimula a realizar práticas transformadoras e hoje como enfermeira, suscita o desejo de construir o conhecimento a respeito do PT da EqSF na atenção às UE.

Neste sentido, ao longo dos 15 anos de experiência profissional como enfermeira, tive a oportunidade de implantar duas EqSF, uma em 2004, no distrito de Ibó, na cidade de Abaré - BA e outra no povoado de Mata do Milho, no município de João Dourado - BA (2008). Em 2005, trabalhei na USF do Novo Encontro, na cidade de Juazeiro - BA, que naquele momento era um município modelo, quanto à efetivação da ESF no Estado. Em 2006 e 2007 atuei na EqSF do povoado de Santana do Itaquiri, na cidade de São Gonçalo dos Campos - BA.

Em 2009 e 2010, fui coordenadora da AB na cidade de Uibaí – BA, onde vivenciei a reestruturação dos serviços de saúde dessa localidade, com uma gestão democrática e

participativa e ampla cobertura da ESF, o que levou a um esvaziamento do Hospital Municipal, uma vez que a maior parte das demandas era resolvida nas próprias USF, divergindo da realidade encontrada em muitas pesquisas, que apontam para a baixa resolubilidade das EqSF e a busca pelos serviços de emergência.

Entre 2007 e 2010 fui enfermeira da Emergência do Hospital Regional de Irecê, onde comecei a acumular experiência, como emergencista. Dando continuidade a essa trajetória, também exerci função de enfermeira emergencista no 5º Centro de Saúde em Salvador – BA (2010-2012), que apresentava intenso fluxo diário, sendo grande parte da sua demanda de casos menos complexos, os quais poderiam ter sido resolvidos no nível AB. Neste mesmo ano, pude explorar outra vertente das urgências e emergências, no SAMU em Salvador - BA (2012).

Ainda nesse mesmo ano, passei a fazer parte do quadro efetivo de servidores do Estado da Bahia e do município do Salvador, sendo enfermeira lotada na Unidade de Emergência Adulto do Hospital Ernesto Simões Filho e na USF Santa Mônica, respectivamente. Em paralelo, desempenho atividade na docência no Curso de Enfermagem no Ensino Superior, desde 2011 na União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), no município de Lauro de Freitas-BA, nos componentes curriculares Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) e Urgência e Emergência, ambos direcionados à prática clínica, e como sujeito social, tenho orientado a construção de práticas transformadoras no cotidiano dos serviços de saúde.

Ao longo desse percurso, vivenciei algumas situações de UE como integrante de EqSF, como asfixia de lactente, surto psicótico, choque hipovolêmico secundário a espancamento, taquicardia ventricular (TAV) com repercussão hemodinâmica, pico hipertensivo acompanhado por desvio de comensura labial, angina, abdome agudo, sangramento vaginal, crise asmática e parada cardiorrespiratória (PCR). Diante dessas situações, pude apreender o quanto é fundamental estarmos preparados tecnicamente para o adequado enfrentamento das UE, bem como as dificuldades relacionadas a estrutura física, materiais, equipamentos, além do entrave na articulação com os demais níveis assistenciais e o longo tempo-resposta do SAMU em algumas ocasiões.

Diante desta trajetória profissional, já havendo desenvolvido os PT na Enfermagem, de Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar e Participar Politicamente, sempre pairando entre a ESF e os serviços de UE, fui acumulando indagações ao longo dos anos: por que chegam tantas demandas nos serviços de Emergência que poderiam ter sido resolvidos nas USF? Também me questiono sobre os internamentos em decorrência da descompensação do quadro clínico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes de mellitus (DM), que deveriam ser

acompanhados e ter os padrões resolvidos pela EqSF; e quais razões da EqSF não conseguir dar conta destas ações, realidade em que eu também atuo?

Assim, em meio a essas indagações e considerando que: a ocorrência das UE é totalmente imprevisível, podendo ser um momento crítico que o usuário demanda cuidados imediatos; as EqSF podem constituir contato preferencial aos usuários frente às suas necessidades crônicas e especialmente às agudas; a AB é coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, portanto, as EqSF necessitam organizar o PT com base no vínculo, acolhimento, resolubilidade, equidade e integralidade, dando resposta não apenas à demanda programada, mas também à demanda espontânea; a AB é um dos componentes da RAU, pré-hospitalar fixo, estando as equipes desse nível de atenção, designadas a realizar o primeiro cuidado às UE, de modo compatível à sua densidade tecnológica e garantir a continuidade do cuidado até o próximo nível de atenção.

Emergem como questões de pesquisa: como se desenvolve o PT da EqSF na atenção às UE? Quais os limites e possibilidades para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE?

Para responder a estas questões, os objetivos estabelecidos para este estudo são: analisar o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE; e descrever os limites e possibilidades para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE. Frente aos resultados do estudo, elaboramos fluxograma representativo do itinerário dos usuários com demandas de urgência e emergência no contexto da Equipe Saúde da Família e propostas alternativas para possibilitar à EqSF uma melhoria na atenção às UE.

Com a realização desse estudo, espera-se contribuir com a construção do conhecimento sobre o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, através do entendimento de como ele acontece no cotidiano e os limites e possibilidades da sua dinâmica no serviço.

Essa temática é de grande relevância, considerando que a PNAB e a Política Nacional de atenção às Urgências (PNAU), sinalizam o atendimento das pequenas urgências na AB e pela necessidade em fortalecer essa porta de entrada na busca de garantir melhor acesso e resolubilidade às demandas. Nesse sentido, pode caracterizar um avanço no cenário das demandas espontâneas na AB, cujo equilíbrio junto à demanda programada ainda se faz um desafio. Vale ressaltar, que diante de uma UE, pode-se ter “uma vida” que urge por acesso, acolhimento, resolubilidade, podendo a EqSF ser a escolha preferencial naquele momento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, são apresentadas a Dinâmica do PT da EqSF na atenção às UE, as UE na EqSF e a Trajetória Política das UE na AB no contexto do SUS.

2.1 A DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Para discutir o PT da EqSF, faz-se necessário o entendimento sobre o que é trabalho. O trabalho é algo dinâmico, que transforma a matéria por intermédio da ação humana, de modo intencional e com gasto de energia; parte de uma necessidade a ser satisfeita com o produto/resultado, em uma via de mão dupla, pois à medida que o homem transforma a si mesmo, transforma a natureza.

Para Marx (2013, p. 202),

[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza.

De acordo com Mendes Gonçalves (1992), as duas ideias mais gerais e abstratas que encaminham à delimitação do trabalho humano são as de “energia” e “transformação” conjugadas no mesmo processo, onde “algo” que havia “antes” se transforma em “outro algo” que há “depois”, com aplicação intencional de certa quantidade de energia.

Esse autor ao estudar a aplicação da teoria marxista do trabalho no campo da saúde, formulou o conceito do PT em saúde. Nesta perspectiva, Mendes Gonçalves (1992) analisa os elementos constitutivos: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade, os agentes e o produto. Destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um PT específico. Para uma melhor compreensão sobre PT e os seus elementos constitutivos, convém observar o quadro 1.

Quadro 1 – Elementos Constitutivos do Processo de Trabalho

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	CONCEITO
Objeto	É aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador, ou seja, a matéria-prima em seu estado natural ou produto de processos anterior. Contém em si a potencialidade do produto ou serviço em que irá ser transformado.
Agentes	É aquele que realiza o trabalho; tem a intenção de transformar a natureza em algo que para ele tem um especial significado – <i>sujeito</i> dotado de um <i>projeto</i> . São os seres humanos que tomando o objeto de trabalho e nele fazendo intervenções, são capazes de alterá-lo, produzindo um artefato ou um serviço.
Instrumentos	É a forma pela qual a energia se incorpora ao PT em uma ação transformadora. Não são apenas artefatos físicos, mas também os conhecimentos, as habilidades e atitudes, voltados a uma necessidade específica.
Finalidade	É a razão pela qual ele é feito. É o que diferencia o PT humano. Se algo é feito sem a consciência da necessidade humana que o gerou, não é trabalho.
Produtos	É a nova objetivação dos instrumentos, dos objetos e da atividade do trabalho. Podem ser bens tangíveis, ou seja, artefatos, elementos materiais que se pode apreciar com os órgãos dos sentidos, ou serviços, que não têm a concretude de um bem, mas são percebidos pelo efeito que causam.

Fonte: Baseado em Mendes Gonçalves (1992); Sanna (2007).

Estudando o trabalho em Enfermagem, Sanna (2007) acrescenta mais um elemento ao PT, que são ações inteligentes, organizadas, planejadas e controladas, de forma a produzir o que se deseja obter. A relação dinâmica desses elementos é que constitui o PT.

O PT em saúde, diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde, sendo necessário compreender que neste cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano (PEDUZZI; SCHRAIBER, s.d.).

Para Mendes Gonçalves (1992), a abordagem sobre necessidade e saber, entendendo que os PT são também reprodução das necessidades, ou seja, o modo como são organizados os serviços de saúde, para atendê-las e podendo criar novas necessidades. E o saber como intermediador entre ciência e trabalho, sendo recurso que põe em movimento os demais componentes do PT. Em 1994, esse mesmo autor iniciou a abordagem das tecnologias de trabalho em saúde, fazendo a diferenciação entre as tecnologias materiais e as tecnologias não materiais, estando as primeiras relacionadas às máquinas e instrumentos de trabalho e as outras sendo aquelas do conhecimento técnico, sendo importante essa primeira diferenciação por distinguir o conhecimento como tecnologia e trazendo o sujeito portador de conhecimento para o centro do trabalho e da produção de saúde.

Ao avançar no estudo do PT, será empregado o conhecimento de Emerson Elias Merhy na construção teórica das tecnologias em saúde. Merhy (2002) estabeleceu três tipos de tecnologias: leve (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização e acolhimento), leve-dura (saberes bem estruturados como a clínica médica, clínica psicanalítica, e epidemiologia) e dura (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas e estruturas organizacionais). A interação entre essas tecnologias no momento da execução do trabalho em saúde, no encontro entre trabalhador e usuário, configura o modo de produzir o cuidado, que é influenciado pela prevalência de uma das três no PT.

Nessa dimensão microscópica do trabalho, em que estabelece a tipologia das tecnologias em saúde, Merhy (2002) introduz a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato, entendendo a micropolítica como o espaço de trabalho, de relações, que na saúde, é o encontro de subjetividades entre trabalhador e usuário, onde acontece, em ato, a produção e o consumo do cuidado em saúde.

Sob a influência da corrente marxista, Merhy (2002) classifica trabalho morto e trabalho vivo. O trabalho morto é considerado como todos os produtos-meios que estão envolvidos no PT e resultam de um trabalho humano anterior. Apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo. E o trabalho vivo, é o trabalho em ato, que acontece no momento do encontro, das relações; é o trabalho criativo, flexível, dotado de liberdade.

Para tanto, o trabalhador exerce certo “autogoverno” em sua prática, certa autonomia para “decidir coisas” neste seu encontro com o usuário.

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo “autogoverno” para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o “modo de atuar”. Pois ele pode ter uma relação mais “acolhedora” ou não, pode decidir se “quebra o galho” daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo (MERHY, 2002, p. 76).

Esse “autogoverno” do trabalhador da saúde, muitas vezes, é o que determina todo o perfil da assistência prestada e, portanto, do modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças na organização dos serviços de saúde.

No trabalho vivo em ato no setor saúde, fortemente caracterizado pela autonomia do trabalhador, o consumo do produto pelo usuário dá-se imediatamente na produção da ação.

Tem-se a construção de um espaço interseçor, que só existe nos encontros entre usuário e o trabalhador, e em ato; tem-se uma negociação, um estabelecimento de diálogo diante do encontro de necessidades, podendo um influenciar o outro, desde que o usuário seja sujeito/protagonista do seu processo saúde-doença.

Na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas (MERHY, 2014, p. 61).

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 2002).

Esta divisão das tecnologias permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo, pelo morto, e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecno-assistenciais em saúde (MERHY; CHAKKOUR, 1997).

Os profissionais da saúde em sua prática cotidiana executam o trabalho vivo em ato com produção e consumo do produto simultaneamente. Para tanto, lançam mão das tecnologias em saúde, com ênfase na tecnologia leve, baseados nas relações, estabelecimento de vínculo, acolhimento. Na relação estabelecida, compreende-se que o usuário é um sujeito social, centro das ações, tendo necessidades que extrapolam o biológico, em uma relação de autonomia entre trabalhador e usuário.

Com base no exposto, o PT das EqSF, é permeado pelo acompanhamento contínuo das pessoas que fazem parte de sua área de abrangência, o que facilita o estabelecimento de vínculo e responsabilização quanto à condição de saúde, além de localizar-se próximo aos domicílios da comunidade. Estas características colocam a ESF como potência para ampliação do acesso aos serviços de saúde, adequada aos primeiros cuidados às urgências e emergências.

A PNAB e a PNAU discorrem sobre o atendimento das pequenas urgências pela AB, como uma atividade que deve fazer parte da rotina do PT das Equipes de Saúde, destacando-se as EqSF. Este atendimento é essencial para um trabalho efetivo com a integralidade; para funcionar como porta preferencial de entrada dos usuários no serviço de saúde e ser ordenadora dos demais níveis de atenção (BRASIL, 2011a; 2017b).

Ainda perdura no setor de saúde, um modelo assistencial muito voltado ao biológico, com valorização das tecnologias leve-duras e duras, em detrimento da tecnologia das relações, com grande captura do trabalho vivo pelo trabalho morto e a saúde, assumindo valor de troca e não valor de uso.

Para melhor compreender este cenário, é preciso adentrar na micropolítica dos PT, que os trabalhadores da saúde estão colocando em prática, em especial aqueles que atuam nas EqSF.

Segundo Pires (2000), o PT dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final – é a própria prestação da assistência de saúde, produzida no mesmo momento em que é consumida. Realizando uma reflexão sobre a contribuição de Pires (2000), percebemos que o objeto do PT na saúde é variável, e esse é um ponto muito importante a ser analisado ao pensar em mudança de práticas.

Para Reis *et al.* (2007), a depender do que se toma por objeto das ações de trabalho (corpo biológico, família, o homem em sua condição de existência), constituem-se os demais elementos do PT e desenvolve-se uma determinada prática. Para os autores, a finalidade do PT na saúde, que pode ser a produção do lucro, se a saúde for considerada como um bem de mercado, ou pode ser a defesa da vida e da cidadania, se for tomado a saúde como direito. Na saúde, a finalidade precisa ser apreendida pelo conjunto dos trabalhadores, o que caracteriza o trabalho em equipe.

Para desenvolver a ESF, é necessário produzir saúde considerando as famílias em suas condições concretas de vida, o que requer saberes como a cultura popular e da educação, saberes que aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomização, entre outros (FRANCO; MERHY, 2003), compatíveis com as tecnologias leves, essenciais à micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde.

Assim, suscitaram os seguintes questionamentos: as EqSF estão assumindo enquanto objeto dos seus PT, o corpo biológico que precisa ser curado ou o homem enquanto sujeito social, inserido em seu contexto familiar, cultural, histórico e gerador de demandas/necessidades? E quanto às finalidades, a saúde tem se afirmado como direito? Observamos dois pilares fundamentais no processo de estruturação de mudança de práticas e, portanto, do modelo assistencial: objeto do PT da EqSF sendo o usuário protagonista do seu

processo saúde-doença e a finalidade apreendida pela equipe como direito à saúde, com valorização da vida.

De acordo com Ribeiro, Pires e Blank (2004), a construção de uma nova prática está em curso, em um cenário ainda profundamente influenciado pelo modelo biomédico, tanto na formação profissional, como na prática assistencial hegemônica.

Essa influência do modelo biomédico contribui para a existência de PT divergentes dos princípios estruturantes da ESF, onde o primeiro comunga com o corpo biológico sendo o seu objeto de trabalho e o segundo, tendo o homem enquanto sujeito social, o que gera demanda de práticas diferenciadas.

A SF, não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 2003). A constituição do PT de cada profissional passa por sua singularidade de “ser no mundo”, sua subjetividade, que é produzida socialmente, é dinâmica, sofrendo interferência das experiências de vida, da cultura. Com base nessa subjetividade, o trabalhador vai assumir para si o que define enquanto objeto de trabalho, podendo gerar múltiplos PT dentro da equipe e dificultar o alcance do produto coletivo final.

É possível visualizar os desencontros das práticas na SF, como mostra a pesquisa de Junges et al. (2009), em que os profissionais entrevistados consideraram a demanda espontânea e o vínculo dos usuários em relação aos integrantes da equipe, como interferências no PT. Os autores apontaram que a demanda espontânea não condiz com a proposta de agendamento do PSF e estressa a equipe, acrescentando que como existe facilidade de acesso, o usuário vai se consultar com o mediador simbólico da saúde (médico).

Ainda nesse mesmo estudo, os profissionais referem a interferência das questões da subjetividade e da autonomia dos usuários, mas não conseguem convertê-los em dispositivos positivos na relação profissional-usuário. Apresentam como características, a forte presença do modelo hegemônico, centrado na figura do médico e não na equipe, nas necessidades dos profissionais e não dos usuários, na prática baseada nas prescrições e não na escuta qualificada, no acolhimento, na autonomização, desconsiderando as condições de existência do ser, alimentando o distanciamento entre profissional e usuário pela relação desigual de poder, bem como o imaginário social de dependência em relação ao modelo, resistindo em aceitar o usuário como sujeito ativo que é. O profissional não lança mão das tecnologias leves, fundamentais na dinâmica do serviço da SF, o que acaba despotencializando o perfil transformador da Estratégia.

Com base nos estudos e reflexões apresentados, entendemos que a ESF ainda não conseguiu efetivar a mudança no modelo assistencial e com isso, não consegue se estabelecer enquanto porta preferencial de entrada no sistema, com facilitação do acesso e o estabelecimento de vínculos, bem como a dificuldade na superação da dicotomia entre prevenção e assistência. Nesta perspectiva, o atendimento às UE no desenvolvimento do PT pelas EqSF fica comprometido, apesar de legalmente necessárias, contribuindo para a superlotação dos serviços de Emergência.

Autores como Reis *et al.* (2007), Pavoni e Medeiros (2009), Ribeiro, Pires e Blank (2004), Junges *et al.* (2009) e o próprio MS (BRASIL, 2017b) apontam estratégias que podem ser empregadas na busca de melhorias na efetivação do PT da EqSF, como a atenção às dimensões subjetivas e sociais do processo saúde/doença; o acolhimento à demanda espontânea, incluindo aí as UE, sendo capaz de dar respostas “positivas” aos usuários; trabalho em equipe conectando os diferentes processos de trabalho envolvidos; EPS, tendo o PT como seu objeto de transformação, contemplando a necessidade de avançar na atenção às UE.

As estruturas precisam, sim, ser modificadas para garantir a integralidade da assistência, mas se não se repensar o que se toma como problema de saúde (objeto da atenção), o que se considera como necessidade dos usuários, os instrumentos utilizados e a finalidade do trabalho, nenhuma mudança efetiva se dará. Não será fácil provocar essa reforma, pois ela mexe com formas seculares dos modos de se produzir saúde, e com o conhecimento que orienta as práticas (REIS *et al.*, 2007, p. 663).

Para avançar no PT da EqSF na atenção às UE, não há uma receita pronta, entendemos que existem diversos entraves relacionados às tecnologias leves, leve-dura e dura, como a lacuna existente no conhecimento técnico acerca das UE, a deficiência quanto a espaço físico, materiais e equipamentos necessários à abordagem dessas demandas, mas também, e principalmente, às dificuldades quanto a tecnologia relacional, que passa pela subjetividade, pela singularidade de cada trabalhador, sendo que é determinante para o cuidado prestado, já que é essencial ao estabelecimento de vínculo, acolhimento, resolubilidade, instrumentos fundamentais a respostas positivas do PT da EqSF às demandas de UE.

2.1.1 As Urgências e Emergências na Equipe de Saúde da Família

No que concerne o PT dos serviços de saúde e, portanto, da EqSF na atenção às UE, sofrem interferência da verticalidade das decisões tomadas, normatização, burocratização e

padronização das ações, desconsiderando a subjetividade dos trabalhadores, apostando no controle do PT para a obtenção do resultado esperado (JUNGES *et al.*, 2009). Acontece também uma cobrança quanto aos resultados quantitativos do trabalho.

As condições de trabalho apontadas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa autoestima, dificultando, assim, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência (BERTOCINI, 2004 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 443).

Diante desse contexto, ainda existem dificuldades na abordagem da demanda espontânea pelas EqSF e, portanto, também nas situações de urgências e emergências. Muito pouco ainda se discute quanto às UE na SF.

Um estudo realizado por Farias *et al.* (2015), elucidou entraves existentes quanto a atenção às urgências pela EqSF, o que compromete a resolubilidade e o princípio da integralidade à saúde, tais como:

[...] a falta de uma equipe profissional capacitada, falta de insumos e medicamentos mínimos de urgência, ausência de local adequado para realizar o acolhimento e de uma sala de observação equipada para proporcionar atendimento a uma urgência de baixa gravidade/complexidade, além de deficiente integração da Atenção Primária com os demais serviços da rede de assistência (FARIAS *et al.*, 2015, p. 86).

Estas autoras apresentam a importância dos profissionais estarem preparados para reconhecer situações de urgência que podem surgir em sua área de atuação; da necessidade de um acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades, sendo realizado de modo descentralizado por todos os membros da equipe, desde que devidamente preparados para esta atividade; bem como o entendimento da responsabilidade legal sobre estas demandas, não apenas lançando mão dos encaminhamentos como estratégia de resolubilidade; além da necessidade de organização da rede de atenção às urgências, com utilização de referência e contrarreferência para continuidade da assistência.

A pesquisa de Farias *et al.* (2015), corrobora com a de Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012), quanto à dificuldade das Equipes no reconhecimento de uma situação de urgência e ao fato de não estarem preparadas para atendimento de UE, o que contribui para dificultar o acesso, além da falta de materiais necessários ao atendimento, bem como a inadequação do espaço físico. Esses autores apontam para a necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS) junto às Equipes, buscando atualização e reflexão para transformação da prática assistencial.

No que concerne à qualificação dos profissionais para atendimento às UE pela EqSF, entendemos ser necessário que estes estejam tecnicamente aptos para a abordagem das intercorrências clínicas, uma vez que o fator "tempo" se faz fundamental em muitos prognósticos, além de cuidar para que não sejam conduzidas com improviso.

Segundo Barros (2007), há outras questões que permeiam e dificultam os atendimentos de UE pela EqSF, a exemplo do foco excessivo em atividades para grupos de risco e a oferta programada, que dificultam o atendimento das demandas individuais por assistência clínica, o que indica comprometimento do acesso e dificuldade no estabelecimento da unidade de AB como porta de entrada ao sistema. Este é um ponto fundamental, uma vez que, as EqSF lidam diariamente com pacotes prontos e verticalizados do MS, com necessidade de serem implantados, não respeitando muitas vezes, as especificidades de cada realidade, indo de encontro à proposta da SF, cujas ações são direcionadas às necessidades emergentes da área de abrangência.

Em estudo realizado por Barros e Sá (2010) em um município no interior do Rio de Janeiro, foi constatado elevado número de atendimento nos Serviços de Emergência (SE). Os problemas de saúde elencados pelos médicos plantonistas foram: hipertensão, gripe, diarreia, lombalgia, cefaleia, hiperglicemia, viroses, rinite, asma e distúrbio neurovegetativo. Essa elevada busca pelo SE vai de encontro à proposta de acolhimento, vínculo e responsabilização, que são as bases da ESF. Para Barros e Sá (2010, p. 2474) “Do ponto de vista da gestão, procurar o SE em situações que não se caracterizam como emergências é um problema. Entretanto, para o sujeito “doente”, pode ser uma “solução”, pela possibilidade de alívio mais rápido do seu sofrimento”.

Para Barros e Sá (2010), os Serviços de Emergência (SE) são vistos como atrativos ao usuário, por considerarem que possuem menos obstáculos organizacionais de acesso do que a USF. Na pesquisa, os participantes expressam comparações entre o SE e a USF, sempre com uma perspectiva positiva para o SE; sinalizando que no posto (USF) não tem médico todos os dias; e que o SE funciona 24 horas todos os dias da semana, tem exames de laboratório e raio X e aguardando, o atendimento acontece no mesmo dia. A esse respeito, Barros e Sá (2010, p. 2477) argumentam:

O que observamos, no entanto, é que o usuário quer é ser atendido e para tal ele busca os caminhos que são do seu conhecimento e os serviços que lhe dão acesso ao atendimento de sua demanda. Portanto não se trata de explicar para o usuário que o SE não é o local adequado para "cuidar da saúde" dele, enquanto a USF não for capaz de acolher em um tempo capaz de ser tolerado pelo usuário. A forma de

funcionamento do sistema de saúde acaba por reforçar a crença popular que apenas no hospital se encontram as condições para alívio do sofrimento.

O usuário, como sujeito ativo, também define o que é necessidade de saúde para ele, e gera demanda espontânea aos serviços, que em grande parte, pode ser acolhida e resolvida na AB. O acolhimento pode promover a inclusão dos usuários, qualidade nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, na escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, no modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras, além de proporcionar mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

Seguindo esta dimensão construtiva de acolhimento, com abordagem qualificada à demanda espontânea e resolubilidade de grande parte destas situações na ESF, entende-se ser esperada uma redução dos atendimentos nas Unidades de Emergência. Boing *et al.* (2012) relata que taxas elevadas de internações hospitalares por Condições Sensíveis à atenção Primária (CSAP) podem indicar baixo acesso e uso dos serviços da AP ou oferta de serviços de baixa qualidade.

O estudo realizado no Brasil entre 1998 e 2009, por Boing *et al.* (2012), identificou uma redução substancial nas internações por CSAP de 3,7%. As reduções mais expressivas foram em Sergipe, Rondônia, Mato Grosso, Santa Catarina e Pernambuco; nas regiões Norte e Centro-Oeste, houve estabilidade das internações. Em nenhuma Unidade Federativa (UF) houve acréscimo nas internações. Macinko *et al.* (2011) citados por Boing *et al.* (2012, p. 362), “encontraram menores taxas de internações por CSAP em regiões com maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família”. A expansão da ESF ocorre de maneira desigual entre as regiões do País e podem estar modulando as diferenças nas reduções entre as Unidades Federativas.

Uma pesquisa realizada com usuários do SUS em Belo Horizonte, por Pires *et al.* (2013), apresenta em seus resultados que as afecções leves se destacam nas urgências (57,4%), mais do que nas UBS parcialmente cobertas por ESF e principalmente das completamente cobertas pela ESF. As afecções leves referidas como problema de saúde, variam de 18% a 38% nas UBS e de 51,1% a 74,4% nas Unidades de Pronto-Atendimento.

Apesar de ter ocorrido uma redução no número de hospitalizações por CSAP, a busca pelo serviço de emergência ainda é bastante expressiva, mesmo para aquelas situações de saúde com condições de serem resolvidas pelas EqSF. Percebemos uma dificuldade para a ESF se estabelecer enquanto porta preferencial de entrada dos usuários no SUS, apesar da atribuição do acolhimento à demanda espontânea não ser algo novo na PNAB.

Por sua vez, Caccia-Bava *et al.* (2011) sugerem um novo olhar sobre os Pronto-Atendimentos (PA) atuais, como a principal porta de entrada no SUS, revelando potência para reorganizar o sistema, quando estruturado de forma articulada à AB e ao atendimento especializado e hospitalar.

No momento atual do SUS, não há PA “pensados” para funcionar com ordenador de rede, e sim uma AB liderada pela ESF, que não tem se mostrado efetiva neste papel. Essa distorção no fluxo de demandas de UE, que deveria ser atendida pelas EqSF, busca as UPA, gera prejuízos aos usuários, profissionais e ao sistema, além de fortalecer o modelo hegemônico.

Para Lumer e Rodrigues (2011), a efetiva oferta de serviços de urgência e até de emergência na AP, requer condições tais como: hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção; utilização de protocolos clínicos; competência técnica dos profissionais; sistema de referência e contrarreferência; recursos tecnológicos mínimos; área física adequada, dentre outras. O nível primário deve funcionar como o primeiro e o principal contato do Sistema com a população, ou como a principal porta de entrada, sendo a urgência outra porta necessária.

Quanto às Políticas Ministeriais, revela-se uma lacuna na especificação destes critérios necessários à real efetivação das EqSF ao atendimento às demandas de UE, o que dificulta ainda mais a sua implantação e implementação. Segundo Lumer e Rodrigues (2011), existem no país algumas experiências isoladas de avanços nesta realidade, como é o caso de uma resolução elaborada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ N° 100/96), que estabelece os recursos materiais, humanos, equipamentos, medicamentos e instalações, necessários ao atendimento das UE no Rio de Janeiro, em Campinas e na Escola de Saúde Pública de Belo Horizonte, com a elaboração de protocolos clínicos de urgências para as Unidades Básicas de Saúde.

Neste sentido, temos uma realidade com necessidade de ser explorada para que possamos avançar na efetivação da prática das UE pelas EqSF, o que torna a nossa pesquisa mais fortalecida.

2.2 TRAJETÓRIA POLÍTICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO SUS

O processo de democratização de saúde no Brasil, chamado de Reforma Sanitária, e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, levaram ao reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, recomendando-se a organização de um SUS descentralizado e democrático (PAIM, 2007).

Dois anos após a Constituição Brasileira também chamada de Constituição Cidadã, traz em seu artigo 198, a instituição legal do SUS, pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, garantindo o direito à população e a obrigatoriedade do Estado quanto aos serviços de saúde no país (BRASIL, 1988). A partir deste marco, inúmeras legislações vêm sendo publicadas pelo MS, objetivando avanços na efetivação do SUS.

Em 1990, foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e nº 8142/90, que regulamentam o SUS. A primeira dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e a segunda, aborda o controle social no SUS e as transferências de recursos financeiros entre as esferas de Governo (BRASIL, 1990a; 1990b).

Nesta mesma década de 1990, diante da necessidade de consolidar o SUS através do fortalecimento dos serviços da APS, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 foi implantado o PSF, hoje intitulado de ESF. Estes Programas possibilitam uma ampliação de acesso aos serviços de saúde através da AB, objetivando a reorientação do modelo hegemônico, pautado na figura do médico e no espaço do hospital (BRASIL, 2007). Ainda nesta década, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB's) 91, 92, 93 e 96, que discorrem sobre o financiamento dos serviços, as responsabilidades financeiras correspondentes a cada nível de Governo, além das ações de descentralização dos serviços de saúde, através da regionalização e municipalização da saúde (SCATENA; TANA, 2001).

Destacamos a NOB 96, regulamentada pela Portaria nº 2.203/96, ao responsabilizar o município pelo atendimento às demandas de saúde de sua comunidade, podendo ser habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996). Na primeira modalidade, o município se responsabiliza apenas pelos serviços básicos de saúde, e na segunda, avança na inclusão dos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares. Também institui o Piso de Atenção Básica (PAB), que é um valor per capita

repassado aos municípios pelo governo Federal, Estadual e pelo próprio município, para financiar a AB. Esta NOB constituiu um grande avanço na estruturação do cenário da AB.

Em 1998, o MS edita a portaria nº 3925 (BRASIL, 1998), elencando um Manual para Organização da Atenção Básica, trazendo a sua definição como conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Este documento apresenta no item “Responsabilidades na Atenção Básica às Pessoas”, o atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica, objetivando a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1999).

Neste momento da trajetória das Políticas, a abordagem da urgência na AB passa a ganhar espaço, ainda que de forma restrita à figura do médico e do odontólogo e abordar apenas as pequenas urgências. Delineia-se uma ampliação do elenco das ações da AB, na busca da integralidade, resolubilidade, acessibilidade, equidade.

Em 2001 e 2002 são editadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01 e 02, que instituem a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e a organização dos serviços de média complexidade e da política de Alta Complexidade. Com a GPABA, os atendimentos de urgência médica com observação de até 8 horas, passam a ser legalmente contemplados na AB (BRASIL, 2001; 2011c).

Em 2002, o MS publica a PNAU na portaria nº 2048, que regulamenta o Sistema de Urgência no País, tendo em seu capítulo III o atendimento Pré-hospitalar fixo, prestado por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS), USF, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às UE. Esta política determina que o acolhimento às urgências de baixa complexidade, deve ser realizado pelas UBS e USF, independente do município ser Plena da Atenção Básica (PAB) ou Plena da Atenção Básica Ampliada (PABA) (BRASIL, 2002).

Quanto a estes aspectos das UE, a AB e a ESF são responsáveis pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos e crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. Sendo acolhimento definido pelo MS como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2013a, p. 19).

É imprescindível a Capacitação dos Recursos Humanos que atuam nestes espaços, para que possam saber identificar os quadros agudos, estabilizar, tratar e encaminhar para outros

níveis de complexidade quando necessário. Outro aspecto é a estruturação dos recursos físicos das unidades, devendo haver uma área física para observação de pacientes até 8 horas, materiais e medicamentos imperativos ao primeiro atendimento.

Apenas em 2006 é publicada a Portaria nº 648 (BRASIL, 2006b), que aprova a PNAB e apresenta a Saúde da Família como principal estratégia de organização dos serviços de saúde. Este documento aborda de forma incipiente a integração entre as ações programáticas e a demanda espontânea. Esta portaria também demonstra fragilidade, quando fala da infraestrutura e dos recursos necessários ao atendimento das UE, não mencionando espaço para acolhimento à demanda espontânea e nem para a realização dos procedimentos nos atendimentos a pacientes com quadro agudo e que tenham necessidade de observação. Estes aspectos entram em contradição ao que está preconizado na PNAU em seu componente Pré-hospitalar fixo.

Também em 2006, o MS publica o Pacto pela Saúde, com objetivo de reduzir as dificuldades na efetivação do SUS, sendo composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Dentre as prioridades do Pacto pela vida, está a consolidação e qualificação da ESF como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das RAS (BRASIL, 2006c).

Neste momento contextual, a ESF precisa ser fortalecida, para dar conta de ser uma das portas de entrada do usuário no serviço, podendo ser a porta preferencial e articuladora com os demais níveis de atenção, através das redes de serviços.

Nesta perspectiva de Redes, em 2010, é publicada a Portaria nº 4287, que institui as RAS com o objetivo de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, pela formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção com suas diferentes densidades tecnológicas, tendo a APS como o centro de comunicação, buscando garantir a integralidade do cuidado, o que implica em ter condições adequadas para ordenar os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes da Rede (BRASIL, 2014).

Seguindo a orientação da instituição das RAS, a UE sai na frente da AB mais uma vez, e em 07 de julho de 2011, publica a portaria 1600, que reformula a PNAU e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS (BRASIL, 2011b).

A RAU é formada pelos seguintes componentes: I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II - ABS; III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV - Sala de Estabilização; V - Força Nacional

de Saúde do SUS; VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - Hospitalar; e VIII - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011b).

O Componente da RAU, ABS, tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo. Também é responsável pelo primeiro cuidado às UE, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de Acolhimento com Avaliação de Riscos e Vulnerabilidades (ACCR).

Em 21 de outubro de 2011, é aprovada uma nova PNAB, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, da ESF e do PACS (BRASIL, 2011a). Assim a AB é considerada como coordenadora da integralidade, articulando as ações programáticas e demanda espontânea, tendo a ESF como prioritária para a expansão e consolidação da AB.

Cinco anos após a primeira PNAB, é apresentado o ajuste quanto à necessidade da existência de espaço físico nas USF e demais unidades de AB, destinado ao acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco, bem como espaço reservado para pacientes que tenham necessidade de intervenção diante de quadros agudos ou mesmo de observação. Estes aspectos contribuem muito para a AB avançar no acolhimento às UE, enquanto primeiro contato das pessoas e famílias com o serviço de saúde. Neste momento, as PNAU e PNAB, foram repensadas e amadurecidas, representando um avanço, pelo menos no aspecto legal, quanto ao atendimento das UE na ESF.

Fortalecendo a proposta do ACCR, tem-se a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, com o objetivo de qualificar práticas de atenção em saúde e de gestão (BRASIL, 2013d; 2017d). Em 2010, foi publicado o volume I dos Cadernos Humaniza SUS (BRASIL, 2010a).

Em 2010, doze anos após a primeira abordagem do acolhimento à demanda espontânea nas legislações Ministeriais, é publicado o Caderno de Atenção Básica nº 28, volume I, intitulado de Acolhimento à Demanda Espontânea (BRASIL, 2013a) e em 2013, é lançado o volume II, abordando as queixas mais comuns da demanda espontânea na AB (BRASIL, 2013b). O primeiro faz uma abordagem mais teórica quanto ao acolhimento e resolubilidade frente às demandas não-programadas que chegam à USF, e o segundo caderno é mais de ordem prática, quando apresenta possíveis abordagens clínicas, diante das condições agudas mais comuns na AB.

Por fim, em 21 de setembro de 2017, é publicada a portaria nº 2436, estabelecendo uma revisão das diretrizes para organização da AB, onde podemos observar alguns pontos com melhor qualidade na abordagem à demanda espontânea e, portanto, às UE. Quanto à estrutura

física, além da sala de procedimentos já preconizada na PNAB de 2011, orienta a existência da sala de nebulização, sala de coleta/exames, sala de observação, sala multiprofissional de atendimento à demanda espontânea, apontando uma maior preocupação quanto à organização do espaço físico para ampliação do escopo de práticas do serviço, com vistas a uma maior resolubilidade nesse nível de atenção.

Dando continuidade, a nova PNAB apresenta um direcionamento mais elaborado quanto ao acolhimento à demanda espontânea e às UE, entendendo que a ampliação do acesso contempla tanto a agenda programada quanto a agenda espontânea, conforme a necessidade dos usuários que chegam à unidade, além de que, “o processo de trabalho das EqSF deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período” (BRASIL, 2017b). Entender que as UE caracterizam uma demanda de prioridade junto ao PT da EqSF, representa um importante avanço, mesmo no plano teórico.

Ainda sobre a Política, considera ampliação das atividades dos ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, com posterior encaminhamento do usuário à unidade de saúde de referência: aferir pressão arterial; realizar medição de glicemia capilar; aferir temperatura axilar; realizar técnicas limpas de curativo simples; prestar orientação e apoio em domicílio, para a correta administração de medicação do paciente em situação de vulnerabilidade. Ressalta que os ACS só realizarão os procedimentos se detiverem a respectiva formação (BRASIL, 2017a).

Nesta perspectiva, em 10 de janeiro de 2018, o MS institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para ACS e Agente de Combate às Endemias (ACE), no biênio 2018-2019, tendo entre os objetivos, contribuir para a adequada capacitação e qualificação dos ACS e ACE e ampliar o elenco de práticas na AB, com o propósito de aumentar a resolubilidade dos serviços (BRASIL, 2018).

Essa resolutiva pode contribuir com melhorias no PT das EqSF na atenção às UE, com melhor identificação das UE na comunidade, além da possibilidade de diminuir encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção realizados pelo ACS, desde que este profissional esteja adequadamente preparado quanto ao conhecimento técnico e dotado de autonomia responsável.

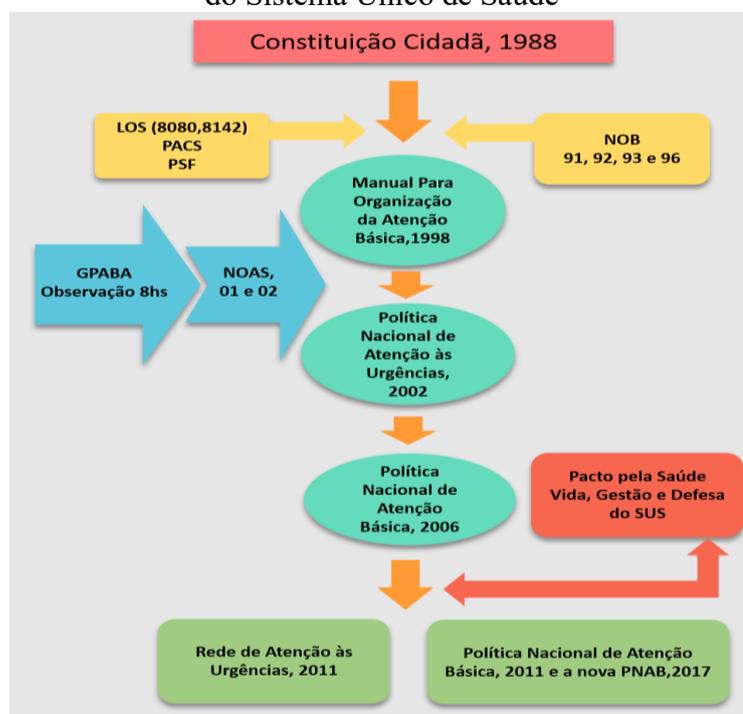
No entanto, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) publicou parecer nº 01/2018, com decisão contrária ao PROFAGS e, portanto, à nova PNAB, analisando que essa diretriz

muda a conformação das atividades dos ACS e ACE, com atribuições dos profissionais de enfermagem, não existindo no escopo do seu exercício profissional a realização dessas ações de saúde. Legalmente está previsto o curso técnico de ACS e ACE, para preparação desses trabalhadores ao exercício de suas atividades específicas. Considera uma descaracterização no PT, desviando a finalidade da atuação desses profissionais (COFEN, 2018).

Este é o contexto das políticas envolvendo as UE na ESF, sendo esta a estratégia prioritária na ampliação e concretização da AB. Através desta trajetória, apreendemos que apesar do atendimento das UE pelas EqSF está preconizado nas portarias ministeriais, sendo reescrito ao longo dos anos, ainda vivenciamos uma realidade distante no cotidiano dos serviços, que lidam com as UE como uma demanda que foge ao estabelecido para o PT das EqSF, desorganiza o serviço e é resolvida no improviso, sem uma capacidade técnica adequada dos profissionais e nem materiais, equipamentos e espaço físico adequados.

A composição discursiva a respeito da Trajetória Política das UE na AB, sob a perspectiva do SUS até aqui apresentada foi elaborada a partir de uma revisão teórica e documental, essencial à compreensão das nuances presentes na relação entre os órgãos competentes que compõem a atenção à saúde pública. Na perspectiva de possibilitar uma compreensão global dessa trajetória política, foi elaborado um fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Trajetória Política das Urgências e Emergências na Atenção Básica no Contexto do Sistema Único de Saúde



Fonte: Produzido pela autora (2018)

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Determinar o percurso metodológico é essencial para a validade e sucesso de uma pesquisa científica. Minayo (2017, p. 44) conceitua metodologia de forma abrangente:

a) como a discussão epistemológica sobre o ‘caminho do pensamento’ que o tema ou objeto de investigação requer; b) como a apresentação adequada e justificada dos s, das técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; c) e como a ‘criatividade do pesquisador’, ou seja, sua marca pessoal e específica na forma de articular teorias, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações científicas.

O percurso metodológico aborda além do tipo de estudo, campo empírico, participantes, as técnicas e instrumentos de coleta de dados, a sistemática para a coleta de dados, análise de dados e, por fim, as questões éticas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para o alcance dos objetivos do estudo, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa.

Para Gil (2008, p. 27) “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos”.

Os estudos de caso retratam a realidade de forma completa e profunda, procurando elucidar os problemas em sua multiplicidade de dimensões, sua complexidade e a inter-relação dos seus componentes; procuram evidenciar essa divergência de opiniões, revelando ainda o ponto de vista do pesquisador; além da preocupação com uma transmissão direta, clara e bem articulada do caso (LUDKE; ANDRÉ, 2013).

Para Ludke e André (2013), os princípios ou características fundamentais do estudo de caso consistem na descoberta de novos elementos, que podem emergir como importantes e serem acrescentados ao arcabouço teórico inicial do estudo; ênfase na interpretação do contexto para uma compreensão mais completa do objeto, onde as ações, percepções, comportamentos, são relacionados a situações específicas.

O qualitativo é o que mais adequa-se ao objeto deste estudo, por considerar o universo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das

interpretações que os homens fazem; caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo, permitindo desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos (MINAYO, 2017).

3.2 CAMPO EMPÍRICO

Ao delinear o objeto de estudo, o problema e os objetivos, é necessário que determinemos o campo de pesquisa, que, segundo Minayo (2017), consiste no recorte espacial, ou seja, na definição do local de representação da realidade investigada de forma empírica, tendo como base as fundamentações teóricas.

O estudo teve como cenário o município de Salvador (Figura 2), capital do Estado da Bahia, que segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS), possui uma população em torno de 2.883.672 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a quarta mais populosa do Brasil e uma extensão territorial de 693,3 km² (SALVADOR, 2014).

Figura 2 – Vista panorâmica de Salvador-BA



Fonte: JÁ Bahia: www.jabrasil.org.br.

Em Salvador, a população feminina é predominante, com 53% dos habitantes (1.537.687) e 47% corresponde ao sexo masculino (1.345.955). Há um declínio da taxa de fecundidade, que acompanha o perfil da mulher brasileira. Outro movimento demográfico

importante é o da participação, principalmente de mulheres, nos espaços urbanos, com idade de 70 anos ou mais (SALVADOR, 2014).

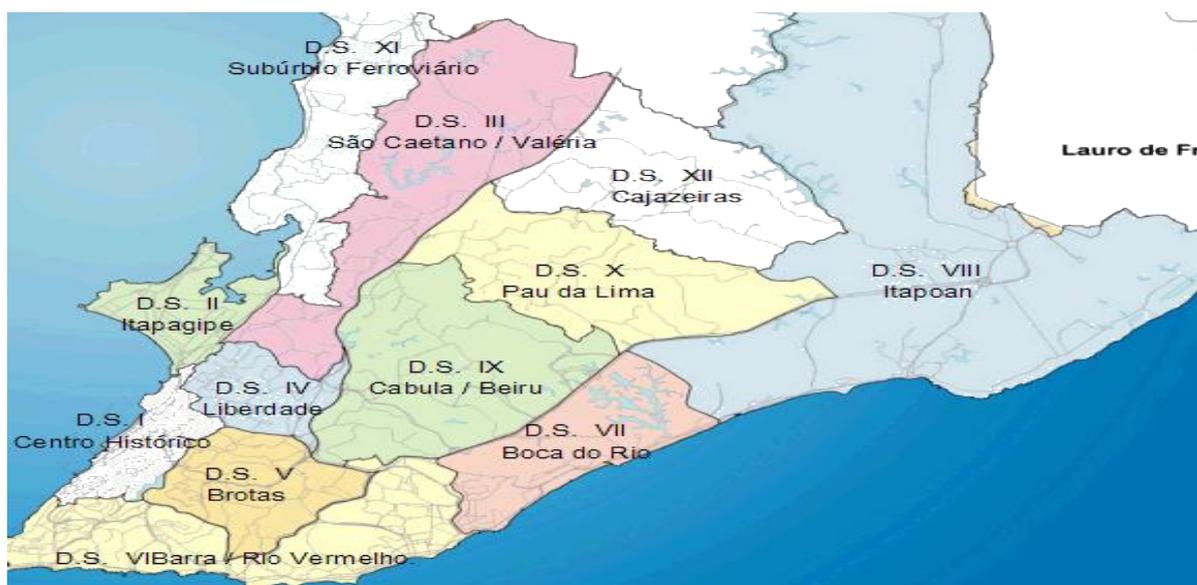
O município foi responsável em 2010, por 23,81% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual, seguido por Camaçari 8,67%, São Francisco do Conde 6,38%, Feira de Santana 4,82% e Candeias 2,72%, sendo a 10^a cidade mais rica do país, com evolução do PIB crescente (SALVADOR, 2014). Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010, de 0,759, superando o IDH da Bahia (0,660) e do Brasil (0,699), com tendência de crescimento. Em paralelo, abriga uma desigualdade de renda maior que a verificada entre os Estados brasileiros, onde um morador da área nobre da capital recebe em média 25 vezes o que ganha um habitante da região mais pobre, sendo essa diferença maior que a existente entre as unidades da Federação de maior e menor renda do país (PNUD, 2016).

Integra a Região Metropolitana ao lado de 12 municípios: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz. É organizada em 10 Prefeituras Bairros (SALVADOR, 2014).

3.2.1 A Saúde local

O sistema local de saúde de Salvador organiza-se seguindo a lógica da distritalização, sendo subdividido em 12 Distritos Sanitários (DS) (Figura 3). Os DS e suas respectivas densidades demográficas: Centro Histórico (11.518), Itapagipe (23.169), São Caetano/Valeria (9.031), Liberdade (25.817), Brotas (18.249), Barra/Rio Vermelho (16.224), Boca do Rio (8.779), Itapuã (3.041), Cabula/Beiru (14.671), Pau da Lima (9.559), Subúrbio Ferroviário (5.904) e Cajazeiras (7.106) (SALVADOR, 2014).

O PMS de Salvador apresenta a Vigilância da Saúde como eixo estruturante da Atenção à Saúde do município, para o quadriênio 2014 – 2017. A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, devendo estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde (BRASIL, 2010b).

Figura 3 – Mapa dos Distritos Sanitários do Município de Salvador

Fonte: Salvador (2014)

Desde 2002, a capital do Estado da Bahia tem a ESF como ordenadora do cuidado no SUS municipal. De 2002 a 2015 a cobertura populacional da ESF, passou de 3% (20 EqSF) para 29,3% (230 EqSF) e da Atenção Básica, de 31,4% para 44,2%. Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a cobertura é de 28,3% com um total de 1334 ACS distribuídos na rede básica (SALVADOR, 2015).

A rede de serviços da AB está composta por 115 unidades básicas de saúde, sendo 68 com a estratégia saúde da família, e 47 unidades sem a estratégia. Possui também, 11 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os quais fazem matriciamento de 90 equipes. Além disso, 73 Unidades dispõem de Pontos de Telessaúde (SALVADOR, 2015).

Com base no PMS 2014 – 2017 e no Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2015, é possível serem identificados avanços nas demais redes de atenção à saúde, não ficando restritos apenas à AB, demonstrando uma preocupação com a integralidade e a resolubilidade (SALVADOR, 2014; 2015).

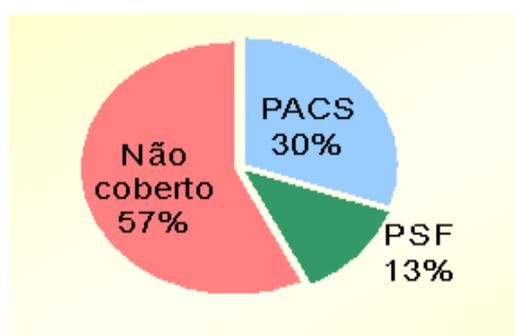
3.2.2 O Distrito Sanitário Liberdade

O Distrito Sanitário Liberdade (DSL), lócus da pesquisa, tem uma extensão territorial de 6,65 km² e uma população de 195.887 habitantes, sendo 105.904 mulheres (54%) e 89.983 homens (46%). Uma densidade demográfica de 29.456 hab/km², que o caracteriza como DS

com maior densidade demográfica. A área de abrangência é composta por 24 bairros: Guarani, Baixa dos Frades, Baixa de Quintas, Barros Reis, Caixa D'água, Cidade Nova, Curuzu, Estrada da Rainha, Freitas Henrique, IAPI, Japão, Jardim Eldorado, Jardim Joana D'arc, Jardim Vera Cruz, Lapinha, Liberdade, Nova Divinéia, Pau Miúdo, Pero Vaz, Queimadinho, Rocinha do IAPI, Santa Mônica, Sertanejo, Sieiro (SALVADOR, 2016).

O DSL possui seis EqSF, com uma cobertura de 13% da população do Distrito, contando com 35 ACS (Figura 4). As EqSF estão distribuídas em duas USF, sendo duas na USF Santa Mônica, cada uma com sete microáreas e seis ACS, havendo uma microárea descoberta em cada equipe; e quatro na USF San Martins, uma equipe com cinco microáreas e cinco ACS, outra com seis microáreas e seis ACS e duas equipes com sete microáreas, sendo uma com sete ACS e outra com seis, ficando uma descoberta (SALVADOR, 2016).

Figura 4 – Percentual de Cobertura PACS/PSF na Área do Distrito Sanitário Liberdade, 2013



Fonte: SIAB/DSL/SMS

Dispõe também de duas UBS, um Multicentro de Saúde, um Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMAE), uma Unidade de Atendimento Odontológico (UAO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e um CAPS II, todos pertencentes à rede municipal. No território do DSL existem muitos serviços sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), que são: Maternidade Tsylla Balbino e Maternidade Professor José Maria de Magalhães Netto; Hospital Geral Ernesto Simões Filho; Hospital Especializado Octávio Mangabeira, Hospital Mário Leal e Unidade de Emergência do Curuzu. Há também o Hospital Ana Nery, com gestão do Ministério da Saúde e SESAB, além de 17 serviços de saúde privados, sendo um deles, unidade hospitalar – Hospital da Cidade (SALVADOR, 2016).

A escolha pelo DSL como lócus para a pesquisa, dentre os 12 DS, justifica-se por ser aquele com maior densidade demográfica, por apresentar taxa de mortalidade por causas

externas acima da encontrada no município (118 – 132 óbitos/100.000 hab.) e também elevadas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (201 óbitos/100.000 hab.). Tais características desse território geram inúmeras demandas de serviços de saúde, sendo muitas delas de caráter emergencial, não programado.

Dentre as unidades e serviços do DSL, a USF San Martins fez parte do estudo. A USF Santa Mônica foi excluída, já que a pesquisadora exerce atividade enquanto enfermeira em uma das equipes pertencentes a essa unidade, evitando assim qualquer tipo de incômodo ou constrangimento aos demais membros das equipes, por ocorrência de procedimentos inerentes à pesquisa.

Quadro 2 – Unidades de Saúde Municipais do Distrito Sanitário da Liberdade

UNIDADES DE SAÚDE	ENDEREÇO
CS São Judas Tadeu	Fim de Linha Pau Miúdo
CS Maria Conceição Santiago Imbassahy	Largo do Pau Miúdo
Multicentro de Saúde da Liberdade Professor Bezerra Lopes	Estrada da Liberdade
Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMAE)	Estrada da Liberdade
USF Santa Mônica	Final de Linha da Santa Mônica
USF San Martins	Rua San Martins
Unidade de Atendimento Odontológico	Perto da Entrada do Curuzú
CAPSIA	Em frente ao Bom Preço do IAPI
CAPS II	IAPI

Fonte: DSL/SMS

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 24 membros que compõem a equipe mínima da ESF, conforme preconizado pela PNAB (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)), que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo.

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: 1. Profissionais em pleno exercício no período da coleta de dados; 2. Profissionais com experiência mínima de seis meses na ESF.

Segundo Minayo (2017), na pesquisa qualitativa, uma boa amostragem é aquela que permite uma abrangência maior do problema investigado, “que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e

busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (MINAYO, 2017, p. 10).

Ainda segundo Minayo (2017), os pesquisadores qualitativos preocupam-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a diversidade no processo de compreensão, não tendo o critério numérico como o principal.

As 4 EqSF contemplavam, 4 médicos, 4 enfermeiros, 8 técnicos em enfermagem e 23 ACS, totalizando 39 profissionais. Desses, 2 médicas não atendiam aos critérios de inclusão, já que não tinham o mínimo de 6 meses na ESF; 1 técnica de enfermagem encontrava-se em licença maternidade e, participaram 11 agentes comunitários de saúde. No total, tivemos no estudo a participação de 24 profissionais, sejam eles: 2 médicas, 4 enfermeiras, 7 técnicos de enfermagem e 11 agentes comunitários de saúde.

Utilizamos o critério de saturação dos dados para delimitar o número de participantes do estudo, que segundo Somekh e Lewin (2015, p. 414) é “quando as questões contidas nos dados são repetições daquelas incluídas em dados colhidos anteriormente. Isso indica que já foram colhidos suficientes dados e que, por exemplo, não é preciso realizar mais entrevistas”.

Para garantir o anonimato, optamos em não identificar os participantes segundo as categorias profissionais, utilizamos apenas a abreviação do nome entrevistado com “ENT”, seguido pela numeração correspondente à ordem de entrevista (ENT1, ENT2...).

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizamos as técnicas de observação sistemática e a entrevista semiestruturada.

A observação é uma “técnica que utiliza os órgãos dos sentidos para conhecer a realidade [...] é um dos procedimentos de coleta de dados mais utilizados na pesquisa qualitativa” (SANTANA; NASCIMENTO 2010, p. 109).

Deve ser antecedida de um planejamento e preparação do observador, que deverá ter claro “o que” e “como pesquisar”, sendo estas questões definidas a partir do objeto de estudo e seus objetivos. A primeira tarefa, pois, no preparo das observações é a delimitação do objeto de estudo. Estando claramente definido o foco da investigação, é no fenômeno em observação que o pesquisador buscará as respostas para os objetivos da pesquisa (SANTANA; NASCIMENTO, 2010; LUDKE; ANDRÉ, 2013).

Essa técnica possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno estudado, os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação. Assim, a subjetividade que permeia toda investigação social, tende a ser diminuída (GIL, 2008; LUDKE; ANDRÉ, 2013).

Em pesquisas que tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos, é empregada a observação sistemática. Utiliza um plano específico para a organização e o registro das informações referentes às categorias observadas, de modo a se obter dados que vão possibilitar uma análise mais completa do problema estudado (GIL, 2008).

A entrevista é uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2017). Para Gil (2008), a entrevista é uma forma de interação social e de diálogo assimétrico, onde uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informações.

A entrevista semiestruturada, parte de questionamentos básicos, embasados em teorias, que buscam alcançar os objetivos propostos, e possibilita um leque de novos questionamentos à medida que se recebe as respostas dos informantes. Os entrevistados seguem espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo pesquisador. Essa modalidade de entrevista valoriza a presença do pesquisador, mas também oferece possibilidades para o entrevistado alcançar a liberdade e espontaneidade, necessários ao enriquecimento da investigação (TRIVIÑOS, 1987).

[...] para ser um entrevistador eficaz deve-se desenvolver a capacidade de ouvir atentamente, valorizando todos os detalhes da conversa e as expressões e reações do entrevistado que, durante a entrevista pode externar sentimentos de alegria, tristeza, raiva, saudade, vergonha entre outros percebidos e registrados pelo entrevistador. Desse modo, embora a entrevista se consubstancialize no falar e no ouvir, envolve, também, a habilidade de observação de elementos que se apresentam entremendo a fala (SANTANA; NASCIMENTO, 2010, p. 105).

Evitando ser inconveniente e inoportuno, foi consultado aos entrevistados sobre disponibilidade de tempo, e melhor horário e local para que a entrevista fosse realizada. Para Triviños (1987), a duração de uma entrevista é flexível e depende das circunstâncias que rodeiam o entrevistado e do teor do assunto estudando; contudo, fala que uma entrevista prolongada muito além de trinta minutos, se torna repetitiva e empobrecida.

As questões norteadoras sobre o PT da EqSF na atenção às UE estiveram presentes na entrevista semiestruturada, também acompanhada por um roteiro (APÊNDICE B) composto

por duas partes, sendo a primeira direcionada à caracterização dos participantes e a segunda foi voltada ao PT da EqSF na atenção às UE.

As questões norteadoras foram: 1. Como você desenvolve o PT na atenção às UE como EqSF? 2. Descreva situações de UE que você tenha vivenciado na EqSF; 3. Quais são os limites e as possibilidades que você encontra para o desenvolvimento do seu processo de trabalho em situações de UE na EqSF?

3.5 SISTEMÁTICA PARA A COLETA DE DADOS

Inicialmente, solicitamos a autorização da SMS de Salvador, com envio do Projeto de Pesquisa ao setor de Educação Permanente, sendo emitido parecer de liberação da USF San Martins como campo de pesquisa, a fim de realizar a observação sistemática e entrevista semiestruturada.

A entrada no campo só aconteceu após apreciação e aprovação pelo CEP da UEFS, sendo encaminhado uma cópia do parecer à SMS, que realizou contato com a USF San Martins, permitindo a entrada no campo com o envio da cópia do projeto de pesquisa para a coleta de dados.

Foi realizado um primeiro contato com a gerente do serviço, sendo agendado o primeiro momento com a unidade e equipe. Não foi possível uma apresentação formal do projeto ao coletivo da equipe, uma vez que a reunião geral da unidade, onde todos os profissionais estão reunidos, acontece uma vez ao mês e na ocasião já havia ocorrido. Diante do longo tempo de espera, seria necessário até a próxima reunião, foi realizada a apresentação a grupos menores, elucidando o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa, bem como seria a minha atuação no campo.

O período de observação sistemática e entrevista semiestruturada, ocorreu entre os meses de março e abril de 2017, havendo certa dificuldade na disponibilidade em participar do estudo, especialmente os ACS.

Os dados foram coletados em dois momentos:

1º momento - observação sistemática. Utilizamos roteiro (APÊNDICE A), como guia na apreensão dos fatos observados e no registro dos mesmos, bem como na organização da coleta de dados. A observação sistemática foi realizada em 8 períodos de trabalho, sendo 5 no turno matutino e 3 no turno vespertino. O número de turnos pela manhã se justifica por ser o período de mais movimento na USF de usuários. Por intermédio dos órgãos dos sentidos,

conseguimos captar informações pertinentes a uma melhor compreensão acerca do PT da EqSF na atenção às UE.

As anotações das observações foram realizadas em um caderno, constando data e horário, as observações e impressões da pesquisadora. O registro dos fatos se deu de modo descritivo e reflexivo, assim que possível, evitando constrangimento dos profissionais ou mesmo mudança na dinâmica do trabalho (SANTANA; NASCIMENTO, 2010).

2º momento: entrevista semiestruturada. A entrevista foi realizada individualmente, em local privativo, sendo utilizado um aplicativo de gravador de voz no smartphone e o arquivo de áudio, após permissão dos participantes, enviado ao e-mail da pesquisadora, com posterior transcrição para a análise de dados. As gravações foram arquivadas em uma mídia de CD e ficarão guardadas sob a responsabilidade da pesquisadora por período de cinco anos no NUPISC/UEFS sendo destruídos após esse período. Cada entrevista teve duração bem variada, entre 25 e 5 min, com uma média de 15min, perfazendo um total de 5h e 35 min.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados oriundos da observação sistemática e da entrevista semiestruturada, foram analisados e interpretados através da técnica de Análise de Conteúdo, que Bardin (2011, p. 44) define como:

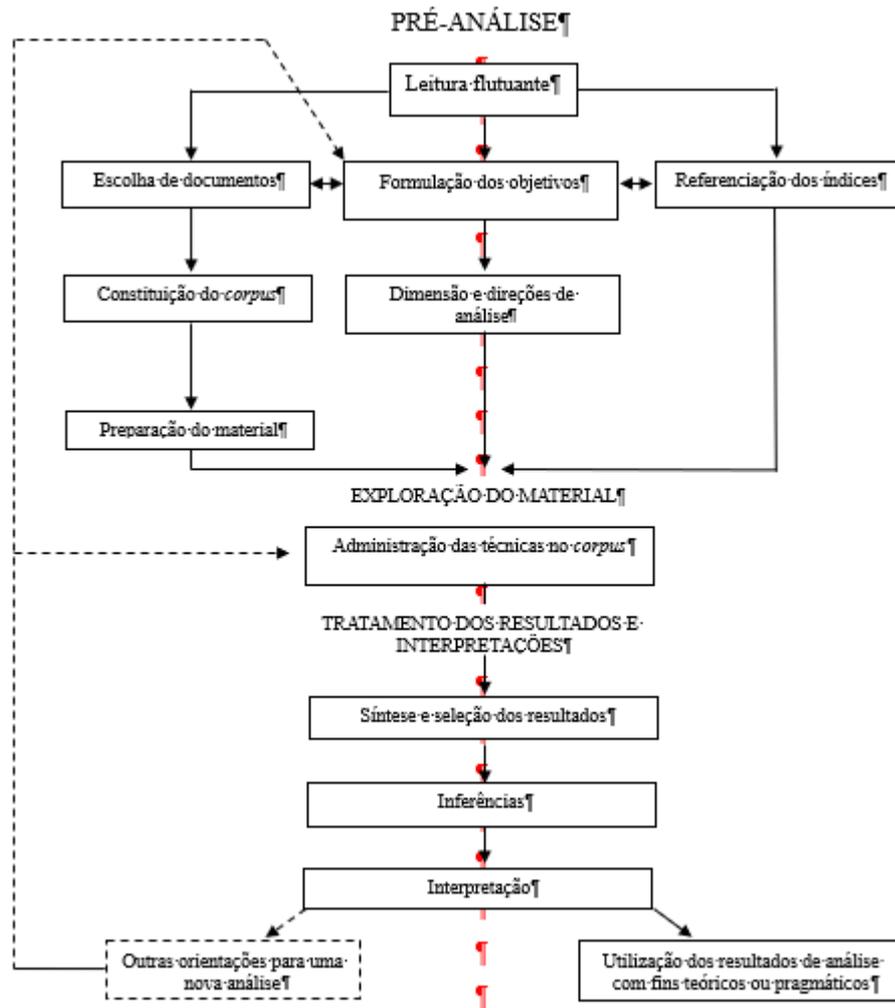
Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Bardin (2011, p. 121), “as diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”.

A pré-análise (Figura 5) foi a fase de organização propriamente dita, momento em que foram realizadas as escolhas e leitura flutuante da literatura existente sobre a temática, com constituição de um *corpus*, proporcionando a formulação dos objetivos. Realizamos a exploração do material mediante transcrição das entrevistas semiestruturadas audiogravadas e pelos registros das observações oriundas do campo de pesquisa. As transcrições se deram por

meio de escutas exaustivas dos áudios, garantindo a maior fidedignidade do conteúdo das narrativas.

Figura 5 – Desenvolvimento de uma Análise de Conteúdo



Fonte: Adaptado de Bardin (2011, p. 132)

A exploração do material ou codificação correspondeu a uma transformação dos dados brutos do texto, por meio de recorte, agregação e enumeração, que permite atingir uma representação do conteúdo, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto (BARDIN, 2011). Nesse momento foi realizada uma leitura minuciosa e aprofundada de todo o material da coleta de dados, buscando uma visão do todo com riqueza de detalhamento.

A partir das exaustivas leituras, elencamos os núcleos de sentidos, que foram as ideias que mais se repetiram, com base nos objetivos do estudo. Os núcleos de sentido foram:

compreensão do PT, atividades desenvolvidas, encaminhamentos, deficiência da estrutura e de recursos materiais, ausência de treinamento, e situações de UE.

Em seguida, passamos à utilização do software *NVivo, versão Pro for Windows* (NVIVO, 2017a) (Figura 6), que é projetado para organizar, analisar dados qualitativos oriundos, por exemplo, de entrevistas, onde geramos um banco de dados textual. Cada entrevista transcrita deu origem a um arquivo inicial; e cada núcleo de sentido formou um “nó”, como o software denomina. Passamos a selecionar os trechos das falas no arquivo inicial pertencente a cada entrevistado, relacionando-os aos respectivos “nós”/ núcleos de sentido, formando a síntese vertical. Posteriormente estabelecemos as convergências e divergências entre os trechos das falas dos entrevistados para cada “nó”/ núcleo de sentidos, formando a síntese horizontal.

Figura 6 – Nvivo, versão Pro for Windows



Fonte: Nvivo (2017b)

Após inúmeras leituras criteriosas da síntese vertical e horizontal, das entrevistas e dos registros das observações, foram apreendidas as categorias a partir dos núcleos de sentidos, que foram: 1- Processo de trabalho da EqSF na atenção às UE; 2- Limites e possibilidades para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE.

Na última fase, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, condensando as informações da análise e sendo feitas inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011). Realizamos uma análise crítica e reflexiva dos conteúdos explícitos e implícitos presentes nas falas em suas convergências e divergências.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi encaminhado, para apreciação e aprovação, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, com parecer nº 1.883.931e CAAE 62433016.3.0000.0053 (ANEXO A), em 29 de Dezembro de 2016, em atendimento à Resolução 466/2012, a qual determina a necessidade em atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, respeitando o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012b).

No primeiro momento, o projeto foi encaminhado à SMS da cidade de Salvador-BA, sendo emitido parecer de aprovação, que foi encaminhado ao CEP da UEFS, com os demais documentos solicitados para apreciação.

Para tanto, a coleta de dados somente foi iniciada após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da UEFS.

Foram feitos os esclarecimentos aos convidados a participar do estudo, de forma clara e adequada, concedendo tempo para a reflexão de modo livre e esclarecida.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), explicitou os possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação, além dos benefícios esperados e garantia a autonomia de recusarem a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; além do sigilo, do anonimato e da privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa.

Cada participante recebeu uma via do TCLE, que foi assinado pelo entrevistado e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um. O TCLE juntamente com o áudio das entrevistas gravadas e os registros das observações, foram arquivados por período de cinco anos no NUPISC, sendo destruídos após esse período.

Foi esclarecido aos participantes da pesquisa, que o estudo possuía riscos que deveriam ser contornados pelos pesquisadores, caso aflorassem. Os possíveis riscos estavam relacionados à dificuldade de comunicação entre a pesquisadora e o entrevistado ou à situação do entrevistado sentir-se constrangido, inseguro, coagido ou amedrontado em responder a alguma pergunta. Caso viesse a sofrer qualquer tipo de dano comprovadamente causado pela participação nessa pesquisa, previsto ou não, o participante terá direito à indenização por parte da pesquisadora.

Quanto aos benefícios, o estudo irá contribuir para a construção do conhecimento sobre o PT da EqSF na atenção às UE dando visibilidade de como este se desenvolve e os limites e possibilidades desse PT na atenção às UE, contribuindo assim para uma melhor efetividade dessa atenção, a partir das propostas alternativas advindas dos resultados do estudo.

Os dados coletados têm exclusivamente a finalidade científica, portanto foi solicitado permissão para a divulgação e publicação do estudo em seminários, congressos e revistas sob a forma de artigos científicos, livros e outros.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item, apresentaremos, analisaremos e discutiremos os resultados desse estudo a partir das categorias apreendidas em forma de dois artigos. O primeiro artigo intitulado: Dinâmica do Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família na Atenção às Urgências e Emergências, que corresponde à primeira categoria apreendida e responde ao primeiro objetivo da pesquisa; e o segundo intitulado Limites e Possibilidades no Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família na Atenção às Urgências e Emergências, referente à segunda categoria apreendida e responde ao segundo objetivo de pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi composto por 24 participantes, que se encontram na faixa etária entre 29 a 61 anos, sendo predominante de 30 a 48 anos. O sexo preponderante foi o feminino, corroborando com pesquisas de perfil profissional das EqSF realizadas por Marqui *et al.* (2010), Santini *et al.* (2011) e Marsiglia (2011), havendo apenas 5 participantes do sexo masculino.

O tempo de formação profissional variou entre 1ano e 4 meses a 21 anos, estando o menor tempo de formação relacionado à categoria médica, que tem buscado a ESF logo que egressa da Universidade. A experiência vivenciada na ESF variou entre 1ano e 19 anos, tendo os ACS o maior período de trabalho na estratégia, acompanhando a trajetória desde o surgimento.

A carga horária de trabalho do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, foi de 40 horas semanais, conforme preconizado pela PNAB e encontrado nos estudos de Santini *et al.* (2011), contribuindo com melhor desenvolvimento das ações. O vínculo empregatício dos profissionais, com exceção dos médicos (contrato) foi estatutário, que não corresponde ao encontrado nas pesquisas de Ferrari, Thomson e Melchior (2005), Marqui *et al.* (2010) e Santini *et al.* (2011), que apreende o vínculo celetista como o mais preponderante nas formas de contratação.

Com relação ao curso introdutório em Saúde da Família, foi realizado por 8 ACS, 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem (Quadro 3). Ressaltamos que seria interessante que todos os profissionais das equipes fossem treinados, já que um dos obstáculos à efetivação da ESF é a formação do profissional de saúde predominantemente baseada no modelo biomédico, de

modo geral, não atende ao que é preconizado pelo programa (IWAMOTO; TAVARES; MENDES, 2000).

Quadro 3 – Caracterização dos profissionais entrevistados

Nº	Categoria Prof.	Idade Sexo	Tempo de Formação	Tempo SMS*	Tempo ESF	Pós	Cap. Pedag.	Curso em UE	Vínculo
1	ACS	52/ F	13 a	14 a	13 a	----	Sim	Não	Estatutária
2	Tec. Enf.	30/ F	8a	4 a	4 a	---	Não	Sim	Estatutária
3	Tec. Enf.	34/M	10 a	10 a	4 a	---	Não	Sim	Estatutária
4	Enf.	30/ F	6 a	4 a	4 a	Obstetrícia	Não	Sim	Estatutária
5	Enf.	38/F	15 a	15 a	14 a	PSF e S.Trabalhador	Sim	Sim	Estatutária
6	Enf.	35/ F	9 a	9 a	5 a	PSF E Terapia Intensiva	Não	Não	Estatutária
7	Tec. Enf.	38/ F	13 a	4 a	4 a	----	Não	Não	Estatutária
8	Tec. Enf.	44/M	10 a	14 a	8 a	-----	Não	Sim	Estatutária
9	Médica	40/F	1 a 4m	9 a	1 a	ESF	Não	Não	Contrato
10	Tec. Enf.	48/ M	21 a	21 a	15 a	-----	Sim	Sim	Estatutária
11	Tec. Enf.	31/F	10 a	9 a	2 a	----	Não	Não	Estatutária
12	Enf.	29/F	7 a	7 a	6 a	Nefrologia, Emergencia		Pós	Estatutária
13	Médica	36/F	2a	2a	2a	---	Não	Não	Contrato
14	ACS	55/M	10a	10a	6aPSF/ 4aPacs	---	Não	Não	Estatuária
15	Gestão Hospitalar	44/F	10a	10a	9aPSF/ 1aPacs	---	Não	Não	Estatuária
16	Téc. Enf.	44/F	18ª	5ª	5 anos	---	Não	Sim	Estatuária
17	ACS	43/F	10ª	10ª	6aPsf/ 4aPacs	---	Sim	Não	Estatuária
18	ACS	46/M	11ª	11ª	11ª	---	Sim	Não	Estatuária
19	ACS	42/F	19ª	19ª	9aPsf/ 10a Pacs	---	Sim	Não	Estatuária
20	ACS	61/F	15ª	19ª	11aPsf/ 4aPacs	---	Não	Sim	Estatuária
21	ACS	43/F	19ª	19ª	10aPsf/ 9aPacs	---	Sim	Não	Estatuária
22	ACS	31/F	11ª	11ª	Pacs2a/ Psf 9ª	---	Sim	Não	Estatuária
23	ACS	48/F	17ª	30ª	10aPsf/ 7aPacs	---	Sim	Não	Estatuária
24	ACS	40/F	13ª	13ª	13 a	---	Sim	Não	Estatuária

Fonte: Produzido pela autora (2018)

* Legenda: SMS – Secretaria Municipal de Saúde

Quanto a cursos de pós-graduação, ainda conforme exposto no Quadro 3, 1 enfermeira possuía mestrado e especialização (obstetrícia), 1 enfermeira com 3 especializações (nefrologia, urgência e emergência, enfermagem do trabalho) e mestrado em andamento, 2 enfermeiras com especialização em Saúde da Família e mais uma (terapia intensiva, saúde do trabalhador) e 1 médica cursando especialização em Saúde da Família. Essa forte característica de cursos de

pós-graduação pelos profissionais das equipes, não coaduna com o estudo de Santini *et al.* (2011) que encontrou uma pequena quantidade de trabalhadores com pós-graduação, denotando preocupação com o conhecimento e crescimento profissional.

No que se refere à realização de curso em UE, obtivemos 5 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros e 1 ACS. Quanto à capacitação para as UE, percebemos uma fragilidade, o que pode favorecer a segurança e a qualidade nas abordagens pela equipe, sinalizando para necessidade em educação permanente.

4.2 ARTIGO 1 – DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Tacila Machado Levi

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador e Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB); Docente da União Metropolitana de Ensino (UNIME)

Lauro de Freitas. E-mail: tacilamachado@yahoo.com.br.

Maria Lúcia Silva Servo

Doutora em Enfermagem. Professor Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana(UEFS)

Resumo: O processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências tem o usuário no centro da atenção e a Unidade de Saúde da Família como a porta preferencial de entrada e ordenadora dos fluxos de atenção. O estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo e exploratório realizado no município de Salvador-BA. Utilizou-se como técnicas para a coleta de dados, a observação sistemática e a entrevista semiestruturada, realizadas com 24 trabalhadores das Equipes de Saúde da Família. Após leitura criteriosa e exaustiva dos dados, surgiram os núcleos de significação, que possibilitaram a apreensão da categoria: Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências. A coleta de dados foi realizada em 2017. Na análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo sinaliza que a dinâmica do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família apresenta fragilidades na atenção às urgências e emergências, referentes a barreira de acesso e na organização do trabalho para a atividade produtiva, não se utiliza do Acolhimento com Classificação de Risco, apresenta fluxos fragmentados, incipiente Educação Permanente em Saúde, culminando com forte traço na prática dos encaminhamentos a outros níveis de atenção na resolução de muitas demandas de urgência e emergência. É necessário avançar na organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências, o que corresponde avançar na Estratégia de Saúde da Família enquanto porta

preferencial de entrada na Rede e coordenadora do cuidado, bem como na construção simbólica do Sistema Único de Saúde em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Descritores: Trabalho. Equipe. Estratégia Saúde da Família. Urgência. Emergência.

Abstract: The Work Process of the Family Health Support Team in the care of urgencies/emergencies, places the user in the center of attention and the Family Health Unit as the preferential door of entrance and organizer of the flows of attention. The objective of this study was to analyze the development of the work process of the Family Health Team in the attention to emergencies and emergencies. This is a qualitative and exploratory case study carried out in the city of Salvador-Bahia. We used, as data collection techniques, systematic observation and semi-structured interview, applied to 24 Family Health Support Team workers. After a judicious and exhaustive reading of the data, nuclei of meaning emerged that made possible the apprehension of the category: Work Process of the Family Health Support Team in the attention to the urgencies/emergencies: from the understanding to the experiences. Data collection was done in 2017. For the analysis of the data, the Bardin Content Analysis Technique was used. The study indicates that the dynamics of the work process of the Family Health Team presents weaknesses in the attention to emergencies and emergencies, referring to the access barrier and in the organization of work for the productive activity, which is not used for the Reception with Risk Classification, presents fragmented flows, incipient Permanent Education in Health, culminating with strong trajectory in the practice of referrals to other levels of attention in solving many demands of urgency and emergency. It is necessary to advance in the organization of the Work Process of the Family Health Support Team in attention to the urgencies/emergencies, which corresponds to advance in the organization of the Family Health Strategy as a preferential gateway to the network and coordinator of care, as well as the principles of universality, equity and integrality, which implies entering into the symbolic construction of the Unified Health System in its principles of universality, equity and integrality.

Keywords: Work. Equipment. Family Health Strategy. Urgency. Emergency.

Resumen: El Proceso de Trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias, coloca al usuario en el centro de la atención y a la Unidad de Salud de la Familia como la puerta preferencial de entrada y ordenadora de los flujos de atención. El estudio tuvo como objetivo analizar el desarrollo del proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias. Se trata de un estudio de caso, cualitativo y exploratorio realizado en el municipio de Salvador-BA. Se utilizaron, como técnicas para coleccionar datos, la observación sistemática y la entrevista semiestructurada, aplicada a 24 trabajadores de los Equipo de Salud de la Familia. Luego de una lectura juiciosa y exhaustiva de los datos, surgieron núcleos de sentido que posibilitaron la aprehensión de la categoría: Proceso de Trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias: del entendimiento a las vivencias. La recolección de datos se realizó en 2017. Para el análisis de los datos se utilizó el técnica de Análisis de Contenido de Bardin. El estudio señala que la dinámica del proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia presenta fragilidades en la atención a las urgencias y emergencias, referentes a la barrera de acceso y en la organización del trabajo para la actividad productiva, no se utiliza del Acogimiento con Clasificación de Riesgo, presenta flujos fragmentados, incipiente Educación Permanente en Salud, culminando con fuerte traza en la práctica de los encaminamientos a otros niveles de atención en la resolución de muchas demandas de urgencia y emergencia. Es necesario avanzar en la organización del Proceso de Trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a

las urgencias y emergencias, lo que corresponde avanzar en la organización de la Estrategia de Salud de la Familia en cuanto puerta de entrada preferencial a la red y coordinadora del cuidado, así como en los principios de universalidad, equidad e integralidad, lo que implica adentrarse en la construcción simbólica del Sistema Único de Salud en sus principios de universalidad, equidad e integralidad.

Descriptor: Trabajo. Equipo. Estrategia de Salud de la Familia. Urgencia. Emergencia.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto principal articuladora da Atenção Básica (AB) propõe o acompanhamento dos usuários nas atividades programadas e também no momento de agudização. É importante que a Equipe de Saúde da Família (EqSF) conheça a história clínica dos indivíduos, com possibilidade de fortalecer o vínculo entre usuário e profissionais.

Por ser considerada a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o seu eixo estruturante, a ESF precisa promover inclusão e facilitar o acesso, tendo o usuário no centro do trabalho (MERHY, 2002). Uma maior capacidade resolutiva no desenvolvimento do Processo de Trabalho (PT) na atenção às Urgências e Emergências (UE) pela EqSF, melhora a garantia da continuidade do cuidado através da articulação dos fluxos dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além da redução da procura de serviços nas unidades de UE.

As EqSF na atenção às UE precisam avançar na organização do Processo de Trabalho (PT), de modo que promovam uma articulação entre demanda espontânea e demanda programada (FARIA; CAMPOS, 2012), podendo avançar na proposição de ter “como meta primeira a atenção aos adoecidos, por meio de um acesso facilitado ao cuidado qualificado, longitudinal e ampliado, incorporando complementarmente medidas de promoção e prevenção” (NORMAN; TESSER, 2014, p.176).

O PT é compreendido como a relação dinâmica entre os elementos constitutivos: objeto, agentes, instrumentos, finalidade, produto (MENDES GONÇALVES, 1992). Urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, que necessita de assistência médica imediata e emergência, é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida, demandando tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

Portanto, estudar o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, pode contribuir na reorganização do acesso das demandas programadas e espontâneas, bem como em maior

resolubilidade das UE. No PT em saúde, além dos instrumentos de tecnologia dura e leve-dura, ganha destaque aqueles da tecnologia leve, com ênfase nas relações entre trabalhador e usuário, onde o cuidado em saúde é consumido no momento em que é produzido.

A motivação para a realização desse estudo, partiu da nossa vivência como enfermeira há 15 anos atuando em EqSF, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Pronto Atendimento (PA) e emergência Hospitalar (EH), tendo oportunidade de atuar também como docente e na gestão. Nesses contextos, experienciamos diversas demandas de UE que poderiam ser acolhidas e resolvidas pela EqSF, mas que adentraram no nível secundário ou terciário da RAS, como também, outras de gravidade extrema em Unidade de Saúde da Família (USF), como parada cardiorrespiratória (PCR), choque hipovolêmico, taquicardia ventricular (TAV), suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), surto psicótico, abdome agudo, e observamos que em tais situações existiram dificuldades de ordem técnica, infraestrutura e insumos, comprometendo o PT na atenção às UE.

Somamos a esse contexto motivacional e de dificuldade das EqSF em seu PT em garantir resposta às UE na articulação à demanda programada, a lacuna de produção científica a partir da busca nas bases de dados *online* da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) em que encontramos apenas um (1) artigo científico nesta perspectiva.

Em se tratando de uma temática que envolve acesso, acolhimento, resolubilidade no PT da EqSF na atenção às UE, a USF como porta preferencial de entrada e ordenadora dos fluxos de atenção, além da potencialidade em colaborar com a redução dos atendimentos considerados de baixa complexidade pelo serviço de emergência, torna a nossa pesquisa relevante.

Isso posto, buscamos responder o questionamento a seguir: como se desenvolve o PT da EqSF na atenção às UE? Assim, este estudo tem como objetivo, analisar o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, tipo estudo de caso, realizado na cidade de Salvador, Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), em uma (01) USF que contempla quatro (04) EqSF.

Os participantes da pesquisa foram os 04 (quatro) enfermeiros, 02 (dois) médicos, 07 (sete) técnicos de enfermagem e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 24 trabalhadores das EqSF. Assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizamos o critério de saturação das informações para a delimitação dos participantes do estudo, pois segundo Minayo (2017), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade.

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram profissionais que estivessem em: pleno exercício no período da coleta de dados e experiência mínima de seis (06) meses na ESF.

Os dados foram coletados em 2017, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), parecer número 1.883.931. O estudo atendeu às normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b) e concessão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizamos aproximação ao campo de pesquisa, USF San Martins, com agendamento de entrevistas que foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos participantes, com dia e horário marcados.

Utilizamos entrevista semiestruturada e observação sistemática seguidos de roteiros para a coleta de dados. Foram oito (08) períodos de observação, objetivando a apreensão, por intermédio dos órgãos dos sentidos, da dinâmica do PT da EqSF na atenção às UE, contribuindo para uma maior sustentação dos dados obtidos na entrevista semiestruturada.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo, com duração média de 15min, tendo como questões norteadoras: 1- Como você desenvolve o PT na atenção às UE enquanto EqSF? 2 - Descreva situações de UE que você tenha vivenciado na EqSF.

Os dados foram analisados e interpretados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), compreendendo três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A partir das transcrições das entrevistas semiestruturadas áudiogravadas e do registro das observações, fizemos leitura vertical e horizontal minuciosa, criteriosa, exaustiva e aprofundada do material da coleta de dados, chegando aos núcleos de sentidos (compreensão do PT, atividades desenvolvidas, encaminhamentos, falta de estrutura e materiais, falta de treinamento, situações de UE) que permitiram a apreensão da categoria.

Passamos à utilização do software *NVivo, versão Pro for Windows* (NVIVO, 2017a), que possibilitou gerar um banco de dados textual, em que cada entrevista transcrita originou

um arquivo. Cada núcleo de sentido gerou no sistema um “nó”, como o software denomina. Selecionamos em cada entrevista os trechos das falas relacionados a cada núcleo de sentido, e organizamos esses fragmentos nos arquivos referentes a cada ‘nó’. Posteriormente estabelecemos as convergências e divergências entre as falas dos entrevistados para cada “nó”/núcleo de sentidos, formando a síntese horizontal.

Após inúmeras leituras criteriosas do material coletado, e dos registros das observações, foi apreendida a categoria empírica: conhecendo a dinâmica do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família na atenção às Urgências e Emergências, que levou uma análise crítica e reflexiva dos conteúdos explícitos e implícitos presentes nas falas em suas convergências e divergências.

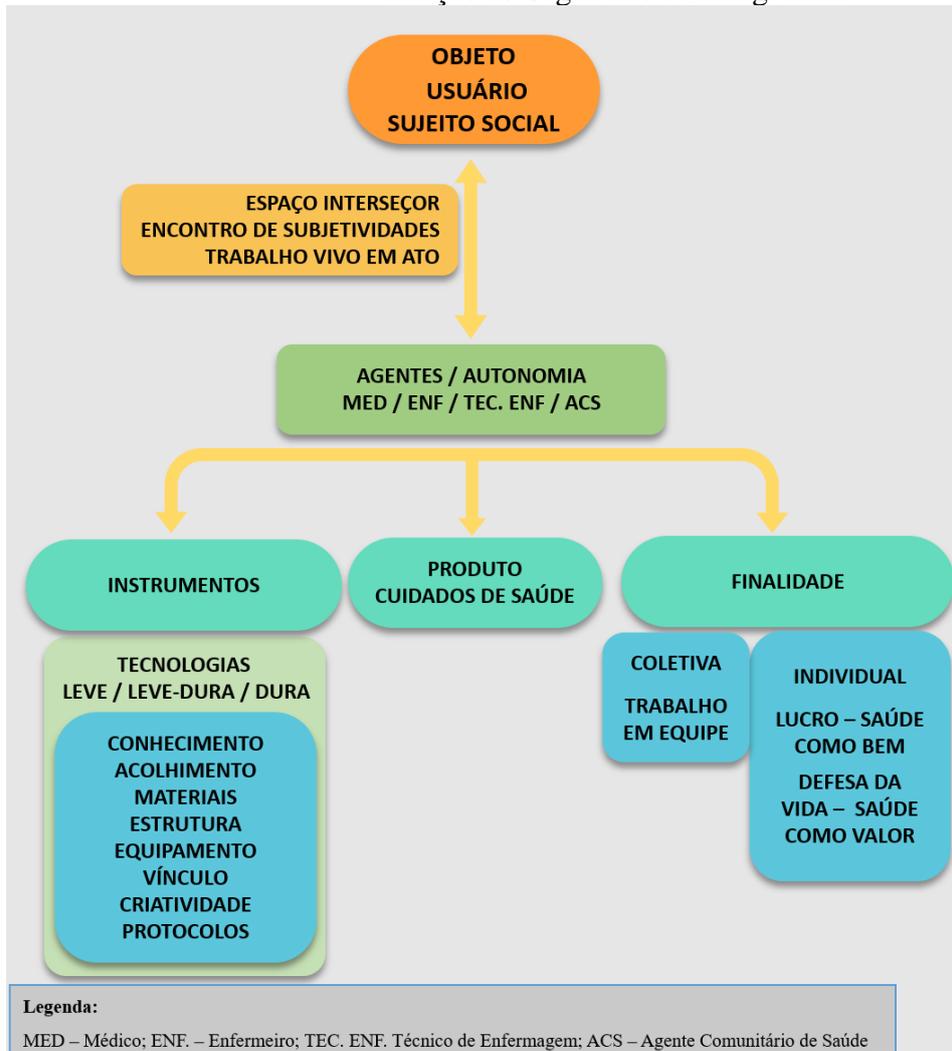
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nessa seção abordaremos como acontece o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, com base na relação entre os elementos que o constituem.

CONHECENDO A DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

A dinâmica do PT da EqSF na atenção às UE, envolve os elementos constitutivos, a saber: os **agentes** (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde), que prestam assistência ao usuário nas necessidades agudas ou crônicas agudizadas, em um encontro de subjetividades, com a **finalidade** de responder positivamente a essas demandas de UE. Os usuários com as suas necessidades, são o **objeto** da ação, e ao mesmo tempo consumidores do **produto**, que é o cuidado de saúde, no exato momento de sua produção no encontro entre trabalhador e usuário. Na realização dessa ação são necessários **instrumentos**, como conhecimento técnico científico acerca das UE, medicações específicas, equipamentos, espaço físico adequado e, principalmente, o acolhimento satisfatório às UE com base no vínculo, e empenho na resolubilidade das demandas (Figura 7).

Figura 7 – Elementos constitutivos do Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família na atenção às Urgências e Emergências



Fonte: Produzido pela autora (2018)²

Os teóricos utilizados no embasamento desta análise foram Mendes Gonçalves (1992), Merhy e Chakkour (1997) e Merhy (2002; 2014). Mendes Gonçalves (1992) aplicou a teoria marxista do trabalho no campo da saúde e formulou o conceito do PT em saúde, analisando a dinâmica dos seus elementos. Por sua vez, Merhy (2002) avança na micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde (trabalho vivo e trabalho morto) e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura).

O desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, se apresenta de forma divergente entre as categorias profissionais e contraditórias dentro de um mesmo discurso. Está

²Baseado em Mendes Gonçalves (1992), Merhy e Chakkour (1997) Merhy (2002; 2014) e Reis et al. (2007).

relacionado aos instrumentos, que é um dos elementos constitutivos do PT, sendo o conhecimento (tecnologia leve-dura) um deles, apresenta fragilidade e fragmentação, o que repercute no fazer da equipe diante das UE.

A fala a seguir sinaliza para uma compreensão da EqSF quanto à importância em responder ao primeiro atendimento às UE: “[...] a EqSF deveria dar suporte básico nas UE, era para que a gente atendesse pequenas urgências [...]” (ENT.12).

O suporte básico às UE referido pela participante no desenvolvimento do seu PT, representa o primeiro cuidado a ser prestado pelo trabalhador da saúde, agente do PT, que pode ser desde a escuta qualificada da necessidade do usuário para classificar o risco e identificar a vulnerabilidade (tecnologia leve e leve-dura), até o Suporte Básico de Vida (SBV) diante de uma parada cardiorrespiratória (PCR) (AHA, 2015), empregando-se conhecimento, técnica de compressão cardíaca de alta qualidade e Desfibrilador Externo Automático (DEA), que são instrumentos de tecnologia leve, leve-dura e dura.

Percebemos nesse relato um entendimento coerente com o desenvolvimento de um PT da EqSF que acolhe e facilita o acesso das UE, colocando a necessidade do usuário no centro e respeitando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Está em consonância com o preconizado na PNAB, “Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências e emergências” (BRASIL, 2017b) e pela PNAU, que no componente Atenção Básica em Saúde, conforme o Art. 6º da Portaria nº 1600/2011, objetiva:

a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011b).

Ao prestar o primeiro atendimento às UE no desenvolvimento do seu PT, a EqSF demonstra compreender o significado de UE, em que não se pode muitas vezes, aguardar transferência a outros níveis de atenção sem uma estabilização prévia da condição clínica do usuário.

Durante a observação sistemática do desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE na “sala de procedimentos”, percebemos “um fazer” convergente com o revelado na fala dos participantes, direcionado à prática do acolhimento com vínculo e envolvimento com a resolubilidade da necessidade, baseado no protagonismo do encontro trabalhador-usuário.

Apreendemos que ocorre uma tendência em prestar os primeiros cuidados às urgências que envolvem alterações dos níveis pressóricos e glicêmicos, especialmente daqueles usuários agendados para consulta médica ou de enfermagem no dia, caracterizando urgência na demanda programada.

No entanto, observamos divergência entre as falas dos participantes quanto ao conhecimento acerca do desenvolvimento do PT pela EqSF na atenção às UE, ao revelarem que:

Assim, para mim é **até novidade**, porque no PSF onde eu trabalhava não tinha UE, aqui é colocado essa possibilidade [...] (ENT.13).

A EqSF não atende nem urgência e nem emergência, ela acompanha paciente cadastrado e marcado; **o único lugar que pode atender UE é a UPA** [...] (ENT.20).

Essas falas sinalizam um (des)entendimento quanto ao desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, passando pela não compreensão e conhecimento dos princípios e diretrizes da AB e pela dicotomia entre prevenção e tratamento, podendo caracterizar um agente do trabalho com práticas pouco resolutivas diante das UE, com potencialidade para encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção, o que reforça o estigma de que a AB é para “coisas” simples e que a porta de entrada para as UE é na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou outra unidade de emergência, e não em qualquer ponto na RAS.

A UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a AB, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU (BRASIL, 2017a). É um serviço que pode ser acessado pelas demandas de UE, com densidade tecnológica compatível com nível secundário de atenção, destinado a receber usuários referenciados por outros pontos da rede, em especial pelas EqSF, após terem prestado os primeiros cuidados e havendo necessidade de continuidade da assistência, não sendo idealmente o contato primeiro e preferencial.

Estudo realizado por Santos *et al.* (2014), mostra que a ESF não tem conseguido atender às demandas de urgência, sendo um dos pontos de insatisfação por parte dos usuários e entrave para concretização da AB como “porta de entrada” preferencial. A fragilidade no entendimento, instrumento de tecnologia leve do PT, pode contribuir para essa realidade.

Na sequência, algumas falas sinalizam que os trabalhadores lançam mão dos encaminhamentos das UE aos serviços de emergência, enquanto instrumento do PT na

resolução das demandas, reafirmando (des) entendimento do que seja atenção de UE na ESF.

Vejamos:

[...] se eu for em uma casa e o paciente está com **açúcar alto** [...] então eu oriento ele a procurar uma unidade de **emergência** para ser atendido (ENT. 22).

[...] se chega na recepção falando, to com **febre**, aí eles falam: tem que procurar o serviço de **emergência** (ENT. 11).

O (des) entendimento do PT da EqSF na atenção às UE, aponta para o não reconhecimento da USF como porta preferencial de entrada às urgências e coordenadora do cuidado, pelos próprios ACS e funcionários atuantes na recepção. Essa realidade coaduna com o estudo de Cecílio *et al.* (2012, p. 2900), que afirma que a AB “não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidados”.

Os usuários são encaminhados ao segundo nível de atenção sem a devida avaliação com escuta qualificada por profissional tecnicamente adequado, cujas demandas apresentam potencialidade de serem acolhidas e resolvidas pela própria EqSF. Neste sentido, Oliveira *et al.* (2016) recomendam que a melhor forma de enfrentamento das UE, não seja evitar que as intercorrências apareçam na unidade ou que a comunidade seja orientada a procurar o hospital de referência.

Os ACS, um dos agentes do PT da EqSF, em seu cotidiano na comunidade, com atividades embasadas fortemente na tecnologia relacional, encaminham a população a procurar o serviço de saúde dependendo se o caso é urgência ou emergência, para o PA, USF ou SAMU (D’AGOSTIN *et al.*, 2012).

Na comunidade quando acontece algo, liga para o **SAMU** (ENT. 01).

Se tiver uma pessoa passando mal, então eu posso chamar um vizinho ou parente próximo, para levar ele para uma **emergência mais próxima** (ENT. 17).

[...] tô aqui com **febre há três dias**, eu mando levar para a **UPA** (ENT.21).

Essas condutas dos ACS passam por uma avaliação permeada pelo autogoverno, que é uma certa autonomia do trabalhador de saúde para “decidir coisas” neste encontro com o usuário (MERHY, 2002), podendo ele não ter conhecimento adequado para efetivá-la de modo coerente, como mostra o estudo de Ventrini *et al.* (2012), ao observar conhecimentos

incompletos do ACS quanto aos primeiros socorros, identificando a presença do senso comum em muitas respostas.

A nova PNAB (BRASIL, 2017b) contempla o acréscimo de algumas funções às atividades do ACS, como aferição de pressão arterial (PA) e temperatura axilar, medição de glicemia capilar, realização de técnicas limpas de curativos, mediante respectiva formação. Para tanto, o MS institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, ofertando curso de formação técnica em enfermagem para ACS e Agente de Combate às Endemias (ACE), tendo dentre os objetivos, contribuir para a adequada capacitação e qualificação dos ACS e ACE e ampliar o escopo de práticas da AB, com vistas ao aumento da resolutividade destes serviços (BRASIL, 2018).

Na perspectiva do PT da EqSF na atenção às UE, visualizamos o PROFAGS como um ganho aos instrumentos de trabalho do ACS, tanto na parte técnica quanto teórica, podendo contribuir para uma melhor avaliação junto às demandas de UE que possam surgir na comunidade, com encaminhamentos mais compatíveis conforme suas densidades tecnológicas e entendimento da USF enquanto porta preferencial de entrada na RAS.

Os participantes do estudo referem que os trabalhadores da recepção da USF, sofrem forte influência da capacidade de entendimento quanto ao PT da EqSF na atenção às UE, se utilizam do mesmo objeto de trabalho que é o usuário agendado e principalmente aqueles provenientes da demanda espontânea, e muitas vezes são eles que definem se esse usuário acessa ou não os cuidados da EqSF, ou são direcionados a outro serviço. As falas a seguir, sinalizam nessa perspectiva:

Se chega uma criança com **febre**, eles falam que aqui não têm urgência e nem emergência, **vai para o PA do Curuzú** (ENT. 01).

Quando chega algum paciente de emergência que vai na recepção falando que está com **febre, diarreia, dor de garganta**, o próprio pessoal da recepção já orienta a **procurar a unidade de emergência** mais próxima [...] (ENT. 07).

Às vezes chega na porta dor de dente, ah é **dor de dente, vai para a UPA** [...] (ENT. 24).

Percebemos pelos relatos, que na dinâmica do PT das EqSF na atenção às UE, as demandas consideradas de baixa complexidade como febre, diarreia, dor de garganta, dor de dente, irão acessar como porta de entrada o nível secundário de atenção espontaneamente ou encaminhados inadvertidamente, condição que corrobora com estudos nacionais e

internacionais (JACOBS; MATOS, 2005; NOVÁS; ZAYAS, 2007; PIRES *et al.*, 2013; FREIRE *et al.*, 2015).

Segundo Barros e Sá (2010, p. 2475,

A recepção é quem define o acesso do usuário que procura o serviço nas condições agudas ou crônicas não agendadas. A recepcionista define o setor como um “pára-raios”, por que está aberta ao contato com o público e dá destino a demanda do usuário.

E para Kantorski *et al.* (2009, p.598),

[...] a recepção de um serviço de saúde, no qual trabalhadores não estão devidamente capacitados para realizar a escuta ao usuário, pode se configurar numa barreira de acesso, dificultando a chegada aos profissionais, impedindo o estabelecimento de vínculo entre comunidade e serviço.

Apreendemos assim, que a recepção da USF encaminha as demandas sem a adequada utilização dos instrumentos de trabalho disponíveis à EqSF, a começar pelo acolhimento com estabelecimento de vínculo, passando pelo conhecimento técnico-científico dos profissionais e capacidade estrutural, de materiais e equipamentos possíveis, o que caracteriza o estabelecimento de barreira de acesso ao cuidado no primeiro contato, contribuindo com a sobrecarga de demanda nos PA e UPA.

A fala a seguir nos remete ao grande potencial de interferência dos encaminhamentos e sobrecarga das demandas agudas ao serviço de emergência (PA, UPA, SAMU, Hospital), no PT da EqSF na atenção às UE.

[...] a gente **nunca pegou febre, diarreia**, na verdade nunca chegou esses casos, daria para ter um suporte, fazer soro, uma medicação para febre, se não melhorasse encaminharia para UPA ou PA do Curuzú (ENT. 12).

As demandas ressaltadas como febre e diarreia, trazidas pelo objeto de trabalho que é o usuário, referidos que nunca chegam à USF, são as mesmas encaminhadas por essas unidades com mais frequência a outros serviços.

Consideramos ser fundamental no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE pelos trabalhadores, o atendimento adequado às demandas, evitando encaminhamentos desnecessários, para garantir acesso no primeiro nível de atenção, fortalecendo a AB, a equidade, a integralidade.

Neste sentido, Starfield (2004) assinala que no trabalho desempenhado pelos profissionais de uma recepção, espera-se prevalecer o trabalho vivo em detrimento ao trabalho morto, com fundamental estabelecimento de acolhimento, vínculo, escuta qualificada, resolubilidade. Essa acessibilidade possibilita a chegada das pessoas aos serviços, constituindo-se em elemento necessário para que se atinja a atenção ao primeiro contato.

A fala a seguir demonstra uma situação em que o usuário não foi acolhido adequadamente pela recepção da USF com uso da tecnologia leve e relacional, envolvimento na resolução dos problemas com estabelecimento de vínculo, colocando em exposição o usuário e a EqSF.

Chegou um paciente na recepção perguntando se era UPA, aí a recepção falou que não, ele não falou o que estava sentindo e duas casas depois ele desmaiou e o pessoal da avenida veio reclamar, como é que a gente deixa o paciente sair; mas a gente não sabia o que ele tinha [...] **se tivesse perguntado o que ele tinha, não teria deixado ele sair se sentindo mal** (ENT. 12).

As pesquisas de Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) e Farias *et al.* (2015), mostram a importância das equipes quanto ao atendimento das UE, tanto na compreensão da responsabilidade legal, como no preparo para reconhecer uma situação de UE, não apenas lançando mão dos encaminhamentos como estratégia de resolubilidade e apontam para a necessidade de EPS junto às equipes na perspectiva de atualização e reflexão para transformação da prática.

Durante a observação sistemática na recepção da USF, tivemos a oportunidade de presenciar o direcionamento de usuários da demanda espontânea para a sala de procedimentos, que não caracterizavam quadro agudo, mas condição crônica agudizada, a serem acolhidos pelos técnicos de enfermagem, não sendo encaminhados diretamente aos serviços de emergência, caracterizando uma conduta coerente, que diverge dos direcionamentos mencionados diante das urgências.

As falas abaixo sinalizam para o uso de tecnologia leve e relacional, através do acolhimento, empregado pelos agentes do PT da EqSF na atenção às UE, estando ainda mais direcionados às demandas relacionadas a alterações dos níveis pressóricos e glicêmicos, o que corrobora com a observação sistemática realizada.

Um paciente estava com **hiperglicemia**, aí o médico pediu para fazer soroterapia; ficamos com o paciente, observamos o paciente, foi medicado, até que ficou com um valor normal. **Foi acolhido e solucionou o problema do paciente** (ENT. 03).

Nas situações que é de UE, sempre a gente procura dar atenção para esse paciente, porque **é uma prioridade** [...] veio medir a **pressão**, veio medir o **açúcar**, está com alteração, aí os técnicos sinalizam aos enfermeiros ou ao médico, sobre essas alterações eles são atendidos (ENT. 04).

[...] nós fomos orientados a fazer o processo de acolhimento, não é para o paciente chegar e falar que aqui não faz, a gente acolhe [...] **mandar um negócio desse para uma emergência**, chega lá tem pessoas com problema muito maior, **vai sobrecarregar a emergência** com probleminhas que aqui poderiam resolver (ENT. 24).

Segundo Assis *et al.* (2010, p. 23) acolhimento “é um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para enfrentamento e resolução de problemas, com ampliação da capacidade da equipe de saúde para responderem às demandas dos usuários”. A nova PNAB (BRASIL, 2017b) menciona o ACCR como:

Escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc.) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS (BRASIL, 2017b).

O ato de acolher é marcado pelo encontro de subjetividades entre trabalhador e usuário no PT da EqSF na atenção às UE, podendo acontecer negociações nesse espaço com estabelecimento de vínculo, que irá identificar as necessidades dos usuários, estimular a sua autonomia e responder a essas demandas com criatividade, flexibilidade, otimização de recursos (MERHY, 2014).

Apreendemos através dos relatos dos participantes do estudo e das observações realizadas, que o usuário, *objeto* do PT da EqSF na atenção às UE, ao acessar o serviço, traz aos profissionais suas necessidades de saúde (alteração de níveis pressóricos e glicêmicos). Neste encontro, estabelece interação entre ele e o técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e ACS, *agentes* do trabalho, com uso da *tecnologia leve* no ato de acessar, acolher, escutar, avaliar; *tecnologia leve-dura* no uso do conhecimento científico para definir condutas (medicar, reavaliar) e da *tecnologia dura* na utilização dos equipamentos, materiais, espaço físico (tensiómetro, glicosímetro, poltrona, sala) necessários ao desenvolvimento do *cuidado em ato*, alcançando a finalidade do PT da EqSF de restabelecer os níveis pressóricos e glicêmicos dos usuários em questão.

As UE mais comuns que se apresentam na USF, são as relacionadas à descompensação da PA e glicemia. A fala a seguir, sinaliza para a possibilidade de ocorrência de outras vertentes de demandas, sendo também agudas e inesperadas.

Aqui a gente está em uma **área de risco**, na frente do Posto é uma avenida, acontecem muitos **assaltos, violência**, já teve morte aqui perto da unidade [...] tem vários **funcionários que se machucam**, terminam vindo parar aqui (ENT. 15).

Já tiveram situações que a gente precisou chamar o **SAMU**, o paciente foi **entubado** aqui na unidade, conseguiu fazer a transferência [...] (ENT. 04).

A partir dessa fala, percebemos que no desenvolvimento do PT da EqSF as situações diversas de UE podem emergir no território de abrangência da USF, com gravidades variadas, demandando dos agentes do PT, uma dinâmica na empregabilidade das tecnologias leve, leve-dura e dura na sua prática.

A área onde a EqSF atua é considerada de risco, isso significa que são maiores as chances de que “algo indesejado” aconteça. Esse “algo indesejado” vai variando conforme a ótica seja da Defesa civil, da Vigilância Epidemiológica, da ESF. Para a ESF, trata-se da área cuja violência e o uso de drogas são constantes, as crianças sofrem maus-tratos, ocorrência de desemprego, analfabetismo, ausência de infraestrutura como falta de saneamento básico, moradias em condições inadequadas (BVS/APS, 2010). É, portanto, uma área que favorece o surgimento de ocorrências súbitas com gravidade diversas, que podem adentrar a USF em busca de acolhimento e resolubilidade frente às necessidades de UE.

O estudo de Roncato, Roxo e Benites (2012), assinala que é fundamental a utilização do ACCR pelas EqSF, pois melhora a condição de segurança para toda a equipe, já que as demandas são ouvidas e direcionadas, respeitando o princípio da equidade e priorizando os pacientes que necessitam de atendimento imediato.

Na perspectiva de avançar no processo de implantação e implementação do ACCR nas USF e UBS, importante instrumento do PT da EqSF na atenção às UE, o MS elaborou dois manuais para orientação, que são os Cadernos de Atenção Básica nº 28, volumes I e II, onde o primeiro aborda as questões mais teóricas acerca do acolhimento e o segundo, as condutas práticas frente às queixas agudas mais comuns na AB (BRASIL, 2013a; b).

No processo de observação sistemática, percebemos que não existe um serviço de acolhimento instituído na USF, enquanto instrumento do PT facilitador do acesso das UE no

primeiro nível de atenção, que colabora para reafirmar a AB como porta preferencial de entrada, buscando efetivar a equidade e diminuir os entraves à integralidade.

No entanto, percebemos uma prática acolhedora pelos profissionais, embasada na tecnologia relacional, no estabelecimento de vínculo, o que nos remete à apreensão de uma divergência quanto aos encaminhamentos realizados sem o devido acolhimento, conforme relatos de alguns participantes.

Observamos ainda, que na USF há uma sala intitulada pelos profissionais como “sala de procedimentos”, onde fica um técnico de enfermagem ao longo das 8 horas de trabalho, realizando triagem, assumindo atitude acolhedora diante da demanda. Esse agente solicita a intervenção dos outros dois atores, enfermeiro e médico, conforme a necessidade trazida pelo usuário.

A EqSF utiliza como instrumentos do PT, a atitude acolhedora, o conhecimento científico e aqueles de natureza dura como a maleta de urgência contendo materiais e medicações, cadeira reclinável para as situações que necessitem de observação, DEA (incompleto), torpedo de oxigênio (inoperante).

Por outro lado, relato de outros entrevistados sinalizam para condutas expressas mostrando que o PT da EqSF na atenção às UE, é dinâmico e influenciado pelo autogoverno do agente em ação, nem sempre apto ou mesmo disposto a colocar o usuário no centro do serviço. É o que retratam as falas a seguir:

[...] se o médico tem **disponibilidade para atender**, atende; ou então manda logo para uma emergência (ENT. 17).

[...] teve profissional médico que disse que **não ia atender** porque aqui não é emergência, aqui não é UPA [...] (ENT. 20).

Observamos também, a organização dos prontuários oriundos dos atendimentos de UE em uma pasta, com registro de ocorrências de hipertensão, hiperglicemia, hipertermia, crise convulsiva, queda da própria altura, como também as cópias das fichas de referência realizadas quando se faz necessário o direcionamento dos usuários para outro nível de atenção com continuidade do cuidado.

As falas sinalizam para uma lacuna na organização do trabalho, no que se refere a não existência de uma proposta de itinerário para esse usuário e para a própria equipe.

[...] esse fluxo de ir para a sala de procedimento e tal, **é um fluxo próprio meu** [...] então isso deveria ficar claro para todos, porque na hora da emergência todos tem que pensar da mesma forma, tem que agir rápido (ENT. 05).

Nós não temos um fluxo estabelecido, algumas pessoas chegam reclamando na recepção, outras na sala de procedimento [...] não existe um fluxo, procure fulano, procure a recepção (ENT. 12).

Essa realidade pode ser estendida às situações extremas de emergência, que seria a PCR, conforme expressa a fala a seguir:

Em uma PCR, todo mundo teria que tentar ajudar de alguma forma [...] o suporte **a gente ia ter que se virar para dar**, é complicado. É uma possibilidade de acontecer (ENT. 07).

A PCR é definida como a cessação súbita, inesperada e catastrófica da circulação sistêmica, atividade ventricular e ventilatória de um indivíduo (TALLO *et al.*, 2012), uma condição gravíssima que exige uma rápida identificação por parte da equipe, com início imediato das manobras de reanimação, sendo necessário agilidade, sincronismo e coesão. Apreendemos no relato a possibilidade do agir da EqSF baseado no improvisado, o que aumenta o estresse e a chance de insucesso na reanimação cardíaca.

Estudo realizado por Silva e Holanda (2011) corrobora com achados da nossa pesquisa, e revela dificuldade no enfrentamento de situações de emergência como a PCR, devido à falta de experiência da maioria dos profissionais, além da falta de materiais e equipamentos, suscitando a necessidade de treinamento e capacitação da equipe para atendimento de UE.

A falta de materiais e equipamentos foi identificada na observação sistemática que realizamos e a necessidade de treinamento foi abordado pela quase totalidade dos participantes entrevistados, denotando uma carência de conhecimento sobre a temática UE que pode contribuir para a insegurança dos agentes no PT. Pesquisa de Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) tem em seus resultados, que a equipe não está devidamente preparada para atendimento de UE, embora o vivenciem.

O relato a seguir contribui para reafirmar a necessidade de treinamentos por parte da EqSF quanto às UE.

Outro dia desses teve um paciente que caiu na rua aí a gente pego [...] aí chamamos o SAMU e até levamos uma **bronquinha**, porque não era para a gente ter tirado ele de lá [...] era para ter aguardado ele chegar. Então a gente não tem esse **treinamento**, uma capacitação para poder estar nos orientado em uma situação dessas ou de outro tipo, **para a gente saber agir**, entendeu? (ENT.11).

Essa vivência relatada, mostra que o “fazer” dos agentes do PT da EqSF na atenção às UE, frente a uma situação de trauma, sinaliza para uma demanda de conhecimento mais específico (tecnologia leve-dura) para a atuação, que não implique em risco ao usuário e nem à equipe, ficando explícito a necessidade de EPS.

A pesquisa de Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) mostra que a maioria dos entrevistados respondeu que não realiza EPS com a equipe abordando o atendimento às UE, podendo influenciar na dificuldade da equipe em atender essa demanda.

Os estudos de D’Agostin *et al.* (2012), Farias *et al.* (2015) e Oliveira *et al.* (2016), apontam a necessidade urgente de capacitações para a EqSF, entendendo que estas provocam mudanças e fortalecem a prática profissional.

Estes estudos corroboram com os resultados dessa pesquisa, que sinaliza a necessidade de potencializar a EPS na perspectiva de avançar nas práticas profissionais, com maior qualidade na atenção às UE. Ressaltamos a capacidade interna das próprias EqSF em organizar e promover EPS, partindo da avaliação dos seus PT.

Neste sentido, Rodrigues *et al.* (2010, p. 129), sinalizam que a EPS “está relacionada de forma horizontal com uma educação transformadora para reorientar as práticas dos profissionais de saúde e promover qualidade técnica, eficácia e efetividade”.

Por sua vez, Mendonça e Gouvea (2011, p.203), reportam que “a Educação Permanente precisa ser impulsionada no cotidiano dos serviços e adaptada às realidades locais, por meio de momentos de encontro entre trabalhadores para trocarem experiências e possíveis visões sobre os problemas detectados no dia a dia”.

Nessa perspectiva, o MS lança a portaria nº 3194 para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS, que tem como objetivo estimular e fortalecer a qualificação dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde, a partir da realidade local e da análise dos processos de trabalho (BRASIL, 2017c).

Portanto, é fundamental que os trabalhadores façam uma análise do desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, observando as lacunas e fragilidades existentes nas suas práticas, com reavaliações no cotidiano do serviço.

Apreendemos que o PT da EqSF na atenção às UE, apresenta fragilidades no seu “fazer”, não utilizando o ACCR, além da dificuldade quanto a abordagem às UE, condições que podem ser estimuladas e melhoradas com a EPS.

A necessidade das EqSF estarem aptas a atuar na atenção às UE, torna-se visível para o desenvolvimento do PT e melhor relação da USF na RAU. É o que visualizamos nas falas a seguir:

Aí ligamos para o **SAMU** que nem sempre vem, eles acham que nós **temos capacidade de dar suporte** (ENT. 16).

Teve um dia que teve até resistência, o pessoal do **SAMU** entendeu que a gente precisava **dar um jeito aqui**, já que o paciente estava dentro de uma Unidade de saúde [...] (ENT. 24).

Essas falas além de reafirmar a importância da EPS no avanço do PT na atenção às UE, incita a necessidade de melhoria na resolubilidade das EqSF diante da RAS e da RAU, com referências racionalizadas a outros níveis de atenção. De acordo com a Portaria nº 1600, o SAMU é o terceiro componente da RAU e presta:

atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2011b).

Portanto, as EqSF precisam organizar os seus PT de modo que consigam garantir o primeiro cuidado às UE na própria unidade, ficando ao SAMU o atendimento secundário, conforme preconizado, e não como uma “linha de fuga” diante dos entraves existentes.

Neste sentido, Souza *et al.* (2008), referem que os chamados realizados pelos centros de Saúde ao SAMU, são de real necessidade, seja por falta de conhecimento sobre SBV ou suporte avançado de vida (SAV) ou por falta de recursos materiais. Reiteramos com estes autores quanto à necessidade das EqSF terem minimamente a propriedade técnica para atuar em SBV, diante da necessidade de PT resolutivos para as UE, evitando encaminhamentos desnecessários.

Por sua vez, Oliveira *et al.* (2016), sinalizam para o referenciamento dos casos a outros níveis de atenção, como o “padrão ouro” no enfrentamento das UE pela EqSF, em decorrência da falta de recursos e profissionais qualificados, caracterizando uma prática incoerente com a proposta de porta de entrada preferencial, coordenadora da Rede, resolubilidade, equidade, integralidade.

Entendemos referenciamento ou referência no contexto do setor saúde, como o encaminhamento do usuário dos níveis de menor complexidade para atendimento nos níveis de

maior densidade tecnológica. Já a contrarreferência é o encaminhamento dos níveis mais complexos ao de menor complexidade (BRASIL, 2006a).

Na compreensão de que a referência e contrarreferência, são encaminhamentos adequadamente registrados, mediante o preenchimento de ficha padronizada pelo SUS para esta função, em que o trabalhador registra todas as informações clínicas pertinentes à condução da necessidade de saúde do usuário no próximo nível de atenção, entendemos como Campos (2002), que esse modo de “fazer”, implica autonomia responsável do agente no PT na atenção às UE, com acolhimento, escuta qualificada, avaliação e cuidados pertinentes, seja em articulação ascendente ou descendente da rede.

A utilização da ficha de referência pela EqSF na prática de encaminhamento responsável, foi relatado por um dos entrevistados. No entanto, não foi mencionado a contrarreferência, ficando essa lacuna na comunicação entre os pontos na Rede. É o que relata a fala a seguir:

[...] a gente remove **via relatório**, informando o que é que o paciente está sentindo, o que é que a gente não conseguiu fazer e entrega ao paciente para ele levar para a emergência e **aqui também fica** [...] (ENT. 12).

Percebemos também na observação realizada, que existe o registro de fichas de referência preenchidas com informações pertinentes acerca das necessidades dos usuários, organizadas em local adequado pela sequência das datas de ocorrência.

Esse resultado é coerente com o estudo de Farias *et al.* (2015), que afirma o preenchimento da ficha de referência pelos profissionais da EqSF, mas não recebem a contrarreferência, o que dificulta a assistência já que a equipe fica restrita às informações fornecidas pelo usuário e/ou seus familiares.

Mesmo os referenciamentos tendo suas necessidades perpassando por questões de cunho estruturais, materiais, de equipamentos, capacitações técnicas, ressaltamos que a autonomia do trabalhador é crucial na definição da conduta.

Neste sentido, o autogoverno dos profissionais das EqSF permeia diversas situações de atenção às UE na dinâmica do PT desenvolvido no serviço, o que possibilita um “fazer” autônomo pelos trabalhadores de saúde. Isso implica a coexistência de diversos PT dentro de uma mesma EqSF, onde os ACS, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, possuem uma ótica individual, singular ao avaliar cada necessidade de saúde do usuário, que passa por suas experiências de vida acumuladas.

[...] esse fluxo de ir para a sala de procedimento e tal, **é um fluxo próprio meu** [...] (ENT. 05).

A conduta varia de cada profissional, a gente vai comunicar uma situação que esteja ocorrendo, aí o profissional pergunta o que está sentindo e encaminha para emergência; a gente mesmo retorna ao paciente e orienta. Já outros, vem na sala, conversa, examina (ENT. 07).

Esse “autogoverno” do trabalhador da saúde, muitas vezes, é o que determina todo o perfil da assistência prestada, agindo como dispositivo de mudanças na organização dos serviços de saúde (MERHY, 2002). Esse agir como dispositivo de mudança vai variar conforme a qualidade da prática de atenção às UE, implementada pelo agente no seu PT na EqSF, podendo repercutir de modo positivo ou não.

A partir das falas, apreende-se conotações distintas do autogoverno no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, uma com autonomia positiva, responsável, acolhedora, resolutiva e outra com autonomia autoritária, impositiva, centrada na necessidade do trabalhador e não no usuário. Entendemos que a EP pode contribuir efetivamente com a transformação das práticas no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, partindo do autogoverno.

Assim, baseado em Campos (2002), é possível compreender que no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, a possibilidade de auto condução que é cabível ao profissional da saúde no momento do encontro com o usuário, precisa ser de uma autonomia-responsável com envolvimento e interesse dos atores na realização do cuidado, e reconhecimento do usuário como protagonista de sua própria saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revela que o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, apresenta fragilidade no “fazer” por parte dos profissionais da EqSF, podendo contribuir para o não acolhimento das necessidades agudas compatíveis com o nível primário de atenção, culminando com encaminhamentos desnecessários em muitas situações de UE de baixa complexidade.

Aspectos da fragmentação do acolhimento foram visualizados, como o direcionamento às condições crônicas agudizadas dos usuários acometidos por hipertensão e diabetes, além da ausência do ACCR implantado e implementado.

O (des) entendimento e a fragmentação do acolhimento, configuram entrave no acesso dos usuários com queixas agudas aos cuidados da EqSF. Faz-se necessário uma análise crítica

e propositiva do desenvolvimento do PT, entendendo que as UE acontecem no cotidiano, podendo variar de um pico hipertensivo a uma PCR, demandando resposta resolutiva ao primeiro ponto de contato na Rede, que preferencialmente é a USF.

Acessando os cuidados da EqSF em seu PT, ocorre uma prática acolhedora que também pode ser convertida em encaminhamento sem adequada avaliação em outro momento. Ausência de fluxos somados à falta de materiais, equipamentos, medicamentos e falta de treinamentos, favorecem a desorganização do trabalho tanto para os profissionais, quanto para os usuários.

Esses estrangulamentos contribuem para que o desenvolvimento do PT da EqSF, tenha redução de sua resolubilidade na atenção às UE, criando um ambiente que favorece os encaminhamentos às unidades de emergência, podendo ser em articulação com o SAMU ou não, dependendo da gravidade.

Visualizamos que a EPS ganha destaque enquanto ferramenta com potência que pode contribuir para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, com melhoria no fazer dos profissionais, no acolhimento, na capacidade técnica e científica, na organização dos fluxos, com reflexo na melhoria da resolubilidade e conseqüentemente, na redução dos encaminhamentos.

É possível avançar na EPS, na implantação do ACCR, na elaboração de fluxos e mesmo na aquisição de materiais, equipamentos e melhoria na estrutura física. Ressaltamos que a EPS, a implantação do ACCR e a elaboração de fluxos, apresentam possibilidade de disparador dentro da própria equipe, podendo ser promissor ao avanço na atenção às UE pela EqSF.

Diante de todo o contexto, ressaltamos que o definidor para adesão e mudança nos modos de fazer da EqSF, é o autogoverno responsável de cada trabalhador, que é dinâmico e subjetivo, fruto do acúmulo das suas experiências de vida.

REFERÊNCIAS

AHA. **Destaques da American Heart Association 2015:** Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. 2015. Disponível em: <<http://www.perc.ufc.br/wordpress/destaques-da-atualizacao-das-diretrizes-da-aha-2015-para-rcp-e-ace/>> Acesso em: 14 Out. 2017

ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa saúde da família:** olhares analísadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 27 out 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições Loyola; Edições 70 LTDA, 2011.

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

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95. **Diário Oficial da União**, 17 mar 1995, Seção I, p. 3666.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. Ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 jul. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**. 3. ed., 1. reimpr., n. 28, v. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 1. ed. 1. reimp. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, v. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 290 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 10, de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Brasília, DF, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF, 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 83, de 10 de janeiro de 2018**. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BVS. APS. Atenção Primária à Saúde. SOF: O que é considerado área de risco em uma comunidade? **Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul**, 27. Out. 2010. Disponível em:

<<http://aps.bvs.br/aps/o-que-podemos-considerar-como-area-de-risco-em-uma-comunidade/>>
Acesso em: 22 Jul. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade de Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Ucitec, 2002. (Saúde em Debate: 108. Série Didática; 6) p. 229-266.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

D'AGOSTIN, Renata de Lorenzi *et al.* O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 461-467, 2012. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/entendimento_equipe_enfermagem_estrategia_saude.pdf> Acesso em: 12 Out. 2017.

FARIAS, Deborah Curvelo de *et al.* Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. n. 39, v. 1, p. 79-87, 2015.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev APS**, v. 15, n. 2, p. 148-57, Abr./Jun. 2012.

FREIRE, Ariane Bôlla *et al.* Serviços de Urgência e Emergência: quais os motivos que levam o usuário aos Pronto-Atendimentos? **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], p. 195-200, Jun. 2015.

GARCIA, Alexandra Bassalobre; PAPA, Maria Angelina Ferreira; CARVALHO JÚNIOR, Paulo Marcondes. Estratégia de Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Revista Nursing**, n. 167, v. 14, p. 216-220, 2012. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/224831807_Estrategia_de_Saude_da_Familia_capacidade_da_equipe_para_o_atendimento_de_urgencia_e_emergencia> Acesso em: 14 Out. 2017.

JACOBS, Peter Christian.; MATOS, Ediriomar Peixoto. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Rev. Assoc Med Bras**, v. 51, n. 6, p. 348-53, 2005.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDONÇA, Márcia Kafer; GOUVEA, Leda Aparecida Vanilla Nabuco de. Análise dos resultados esperados de um projeto de educação permanente em saúde: efeito multiplicador e mudanças no processo de trabalho. **Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 187-205, Mar. 2011.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo, em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6. p. 71-112).

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. **Saúde em Debate**, n. 145, p. 41-66, São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. p. 35-77. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Série Didática, HUCITEC, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2017.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Delcanale. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

NOVÁS, José díaz.; ZAYAS, Nancy Guinart. Las urgencias en la atención primaria. **Utilización del servicio**. Recibido: 6 de abril de 2007. Aprobado: 6 de mayo de 2007. Ave. Camilo Cienfuegos y calle 10, Lawton, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.

NVIVO. BUY NVIVO. STANDARD. **NVIVO 12 PRO**. [2017a]. Disponível em: <https://www.qsrinternational.com/nvivo/checkout/shopping-cart>. Acesso em: 12 Fev. 2018

OLIVEIRA, Thais Alexandre de *et al.* Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 10, Supl. 3, p. 1397-406, Abr., 2016. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30225&indexSearch=ID> > Acesso em: 12 Out. 2017.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia *et al.* A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 211-222, 2013.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira *et al.* Formação e capacitação profissional no Programa Saúde da Família de um município da região sudoeste da Bahia. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127-143.

RONCATO, Patrícia A. Z. B.; ROXO, Cristiano de Oliveira; BENITES, Daiane Freire. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v.56 n. 4, p. 308-313, Out./Dez. 2012.

SANTOS, Priscila Nogueira *et al.* Oferta e demanda dos serviços na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia: organização e práticas. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo; ALMEIDA, Márlon Vinícius Gama (org.). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, p. 149-180, 2014.

SILVA, Cleyton César Souto; HOLANDA, Aristofénes Rolim de. Parada Cardiorrespiratória: Conhecimento e Prática de uma Equipe de Saúde da Família. **Rev Bras de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 447-454, 2011.

SOUZA, Ana Paula de *et al.* **Experiência dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Atendimento Pré-Hospitalar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. Repositório Institucional UFSC, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119458>> Acesso em 18 Jul. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

TALLO, Fernando Sabia *et al.* Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 194-200, Maio/Jun. 2012.

VENTORINI, Juliana Alice de Oliveira *et al.* Conhecimentos e conduta dos Agentes Comunitários de Saúde frente aos primeiros socorros. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 2, p. 353-364, Maio/Ago., 2012.

4.3 ARTIGO 2 – LIMITES E POSSIBILIDADES NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Tacila Machado Levi

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB); Docente da União Metropolitana de Ensino (UNIME) Lauro de Freitas. E-mail: tacilamachado@yahoo.com.br.

Maria Lúcia Silva Servo

Doutora em Enfermagem. Professor Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana(UUEFS)

Resumo: A Estratégia de Saúde da Família é a porta preferencial de entrada dos usuários na rede de atenção à saúde, e a Equipe de Saúde da Família tem a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e prioridade na atenção às urgências e emergências. O presente artigo teve como objetivo descrever os limites e possibilidades para o desenvolvimento do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências. Trata-se de um estudo de caso, qualitativo e exploratório. Utilizamos como técnicas para a coleta de dados, a observação sistemática e a entrevista semiestruturada, realizadas com 24 trabalhadores das Equipes de Saúde da Família em Salvador-BA e a busca de dados foi realizada em 2017. Na análise dos dados foi utilizado a técnica de Análise de conteúdo de Bardin, que após leitura criteriosa e exaustiva dos dados, surgiram os núcleos de significação, que possibilitaram a apreensão da categoria: limites e possibilidades para o desenvolvimento do Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências. Os resultados sinalizam que os limites no desenvolvimento do Processo de Trabalho perpassam pelo fazer fragilizado dos profissionais na atenção às urgências e emergências; lacuna na Educação Permanente em Saúde; deficiência em equipamentos, materiais, espaço físico; inexistência do Acolhimento com Classificação de Risco; fluxo interno fragmentado das urgências e emergências; desarticulação com a Rede assistencial; baixa cobertura do município pela Estratégia Saúde da Família; descontinuidade das Equipes de Saúde da Família pela ausência do profissional médico; e olhar incipiente da gestão sobre a temática. E como possibilidade, foi evidenciado o trabalho articulado em equipe e a prática do gerente de Unidade. O estudo sinaliza que os limites são potência para a transformação, destacando a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde e a elaboração de fluxos, com potencial interno na própria equipe.

Descritores: Trabalho. Equipe. Estratégia Saúde da Família. Urgência. Emergência.

Abstract: The Family Health Strategy is the preferential door of access for users to the Health Care Network, and the Family Health Support Team has the responsibility to provide assistance to the spontaneous demand, with priority in the care of urgencies/emergencies. The objective of this article was to describe the limits and possibilities in the development of the work process of the Family Health Strategy in the attention to the urgencies/emergencies. It is a case study, qualitative and exploratory. We use the systematic observation and the semi-structured

interview, applied to 24 workers the Family Health Strategy in Salvador-BA and data collection was done in 2017, we/re used as data collection techniques. For data analysis the Bardin Content Analysis technique was used, after the judicious and exhaustive reading of the data emerged the nuclei of meaning that made possible the apprehension of the category: Limits and possibilities of the work process of the Family Health Strategy in the attention to the urgencies/emergencies. The results indicate that the limits in the development of the work process are related to a weakened performance of the professionals in the attention to the urgencies/emergencies; gaps in Permanent Health Education; deficiency of equipment, materials, physical space; non-existence of Fostering with Risk Classification; internal flow of the urgencies/emergencies fragmented; disarticulation with the healthcare network; low coverage of the Family Health Strategy in the city; lack of continuity of the Family Health Strategy due to the absence of a doctor and an incipient vision of management on the subject. As a possibility, the work articulated in a team and the practice of the manager of the health unit was evidenced. The study indicates that the limits are an engine for transformation, emphasizing the implementation of the Fostering with Risk Classification, the strengthening of the Permanent Health Education and the development of flows, with an internal potential in the work team itself.

Key words: Work. Equipment. Family Health Strategy. Urgency. Emergency.

Resumen: La Estrategia de Salud de la Familia es la puerta de entrada preferencial de los usuarios a la red de atención de salud, y el Equipo de Salud de la Familia tiene la responsabilidad de dar asistencia resolutoria a la demanda espontánea, con prioridad en la atención de las urgencias y emergencias. El presente artículo tuvo como objetivo describir los límites y posibilidades en el desarrollo del proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias. Se trata de un estudio de caso, cualitativo y exploratorio. Utilizamos como técnicas de recolección de datos la observación sistemática y la entrevista semiestructurada, aplicada a 24 trabajadores de los Equipo de Salud de la Familia en Salvador-BA y la recolección de datos se realizó en 2017. Para el análisis de datos se utilizó el modelo de Análisis de Contenido de Bardin, luego de la lectura juiciosa y exhaustiva de los datos surgieron los núcleos de sentido que posibilitaron la aprehensión de la categoría: Límites y posibilidades del proceso de trabajo del Equipo de Salud de la Familia en la atención a las urgencias y emergencias. Los resultados señalan que los límites en el desarrollo del proceso de trabajo están relacionados con una actuación fragilizada de los profesionales en la atención a las urgencias y emergencias; lagunas en la Educación Permanente en Salud; deficiencia de los equipamientos, materiales, espacio físico; inexistencia del Acogimiento con Clasificación de Riesgo; flujo interno de las urgencias y emergencias fragmentado; desarticulación con la red asistencial; baja cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia en el Municipio; falta de continuidad de los Equipo de Salud de la Familia por la ausencia del profesional de medicina y una visión incipiente de la gestión sobre la temática. Como posibilidad, fue evidenciado el trabajo articulado en equipo y la práctica del gerente de la unidad de salud. El estudio señala que los límites son un motor para la transformación, destacando la implantación del Acogimiento con Clasificación de Riesgo, el fortalecimiento de la Educación Permanente en Salud y la elaboración de flujos, contando con un potencial interno en el propio equipo de trabajo.

Descriptores: Trabajo. Equipo. Estrategia de Salud de la Familia. Urgencia. Emergencia.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), inicialmente com características de programa, emerge no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil na década de 90, enquanto dispositivo de mudança do cuidado em saúde e, portanto, do modelo assistencial vigente, atentando para as necessidades de saúde da população em um determinado território, com incorporação do conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas (ASSIS *et al.*, 2010).

A Unidade de Saúde da Família (USF) pode se constituir em contato e porta preferencial de entrada dos usuários, sendo desenvolvida próxima da vida das pessoas, além de ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresenta para o Processo de Trabalho (PT) das Equipes de Saúde da Família (EqSF), dentre outras ações, a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e a prioridade no atendimento dos casos de urgência e emergência (UE), em detrimento do número de consultas agendadas (BRASIL, 2017b). Está inserida na Rede de Atenção às Urgências (RAU) como integrante do componente pré-hospitalar fixo, favorecendo a ampliação do acesso, responsabilização e primeiros cuidados até a transferência a outros pontos de atenção, se necessário (BRASIL, 2013c).

A USF é o serviço de saúde mais capilarizado, inserido no cotidiano das famílias que acompanha, trazendo potencialidade para o estabelecimento de vínculo, facilitação do acesso, envolvimento para a resolubilidade das demandas com articulação da continuidade do cuidado. Desse modo, é fundamental o acompanhamento de rotina dos casos eletivos, mas também o acolhimento das queixas agudas na ocasião de sua ocorrência, com uso de tecnologias compatíveis com esse nível de atenção.

Contudo, parece ainda não ocorrer uma real desburocratização do acesso aos serviços, onde o atendimento às urgências, importante na concepção da população, não tem se tornado prioridade na agenda de trabalho das unidades (MERHY; FRANCO, 2000). As pessoas ao procurarem a unidade básica em situação de agudização, tem encontrado, muitas vezes, um serviço que não responde às suas necessidades e acabam adentrando os pronto-atendimentos (PA) com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas na atenção básica (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Na opinião de Hermida *et al.* (2016), a porta de entrada, em algumas realidades, pode ser a única acessível aos usuários em situação de UE, o que confere à mesma grande relevância

e responsabilidade. Assinala ainda, que a Atenção Básica (AB) precisa de melhorias para que a assistência nessas situações seja segura e proporcione encaminhamento adequado.

Compreendemos que o estudo sobre os limites e possibilidades no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, pode contribuir na reorganização do acesso das demandas programadas e espontâneas, bem como em maior resolubilidade das UE. No PT da EqSF, além dos instrumentos de tecnologia dura e leve-dura, ganha destaque aqueles da tecnologia leve, com ênfase nas relações entre trabalhador e usuário, em que o cuidado em saúde é consumido no momento em que é produzido.

Entendemos PT como a relação dinâmica entre os elementos constitutivos: objeto, agentes, instrumentos, finalidade, produto (MENDES GONÇALVES, 1992). Urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, que necessita de assistência médica imediata e emergência, é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida, demandando tratamento médico imediato (BRASIL, 1995). E por sua vez, compreendemos limite como qualquer tipo de restrição, e possibilidade se refere à área do provável, ou seja, daquilo que pode ou não acontecer.

A ESF tem-se revelado como uma “porta de entrada estreita”, merecendo um olhar direcionado à singularidade do sujeito de mandatário de ações e tendo essa conduta como ponto de partida para a organização dos serviços (AZEVEDO; COSTA, 2010). A dificuldade em romper as barreiras do acesso à AB, aliado à relativa facilidade em acessar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pode contribuir na decisão de procurar esse serviço no momento da agudização (CACCIA-BAVA *et al.*, 2011).

No entanto, a demanda aumentada na UPA de casos não urgentes pode trazer dificuldades para a equipe, entendendo a importância de gestores e gerentes de saúde em ampliar as ofertas de serviços que atendam os usuários em suas inúmeras queixas (FREIRE *et al.*, 2015).

A motivação para o estudo partiu da nossa vivência como enfermeira, trabalhadora de saúde há 15 anos, tendo oportunidade de atuar na assistência (EqSF, SAMU, PA, emergência hospitalar), docência e coordenação. Nesse ínterim, experienciamos diversas demandas que poderiam ser acolhidas e resolvidas pela EqSF, mas que foram adentrar no nível secundário ou terciário da Rede de atenção, como também, ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR), choque hipovolêmico, taquicardia ventricular (TAV), suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), surto psicótico, abdome agudo, na USF.

Somamos a esse contexto motivacional e de dificuldade das EqSF em garantir resposta às UE na articulação à demanda programada, uma lacuna de produção científica constado pela busca nas bases de dados *online* da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) - estado da arte, onde encontramos apenas um (1) artigo científico apesar das buscas exaustivas.

Diante da imprevisibilidade de ocorrência das UE, da importância do fator “tempo” no desfecho de algumas situações, da posição estratégica de proximidade à comunidade que a USF se encontra, do princípio da integralidade, da diretriz de resolutividade, coordenar o cuidado e ordenar a rede de atenção que a ESF se propõe, consideramos ser relevante contribuir para o avanço no PT da EqSF na atenção às UE.

Dessa forma, este artigo busca responder ao seguinte questionamento: Quais são os limites e possibilidades para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE? Por conseguinte, tem como objetivo, descrever os limites e possibilidades para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso, qualitativo e exploratório, realizado na cidade de Salvador, Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), em uma (01) USF que contempla quatro (04) EqSF.

Os participantes da pesquisa foram os 04 (quatro) enfermeiros, 02 (dois) médicos, 07 (sete) técnicos de enfermagem e 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 24 trabalhadores das EqSF, que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizamos o critério de saturação das informações para a delimitação dos participantes do estudo, pois segundo Minayo (2017), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Para garantir o anonimato, optamos em não identificar os participantes segundo as categorias profissionais, apenas a abreviação do nome entrevistado com “ENT”, seguido pela numeração correspondente à ordem de entrevista (ENT1, ENT2...).

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: profissionais que estivessem em pleno exercício no período da coleta de dados e experiência mínima de seis (06) meses na ESF.

Os dados foram coletados em 2017, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), parecer número 1.883.931 (ANEXO A), em atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012b) e concessão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador, realizamos aproximação ao campo de pesquisa, USF San Martins, com agendamento de entrevistas que foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos participantes, com dia e hora marcados.

Utilizamos entrevista semiestruturada e observação sistemática, seguidas de roteiros para a coleta de dados. Foram oito (08) períodos de observação, objetivando a apreensão, por intermédio dos órgãos dos sentidos, da dinâmica do PT da EqSF na atenção às UE, contribuindo para uma maior sustentação dos dados obtidos na entrevista semiestruturada.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo, com duração média de 15min, tendo como questão norteadora: Quais são os limites e possibilidades que você encontra para o desenvolvimento do seu processo de trabalho em situações de UE na EqSF?

Os dados foram analisados e interpretados através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), compreendendo três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Foi realizada a transcrição das entrevistas semiestruturadas áudio gravadas e o registro das observações, passando à leitura vertical e horizontal minuciosa, criteriosa, exaustiva e aprofundada do material da coleta de dados, chegando aos núcleos de sentidos, que foram: compreensão do PT, atividades desenvolvidas, encaminhamentos, falta de estrutura e materiais, falta de treinamento, situações de UE.

A partir da utilização do software *NVivo, versão Pro for Windows* (NVIVO, 2017a), que possibilitou gerar um banco de dados textual, em que cada entrevista transcrita originou um arquivo. Cada núcleo de sentido formou um “nó”, como o software denomina. Selecionamos os trechos das falas dos entrevistados relacionados a cada núcleo de sentido, organizando os fragmentos em cada “nó” no sistema. Posteriormente estabelecemos as convergências e divergências entre as falas dos entrevistados para cada “nó”/ núcleo de sentidos, formando a síntese horizontal.

Após inúmeras leituras criteriosas do material coletado e dos registros das observações, foi apreendida a categoria empírica: Limites e possibilidades para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, que possibilitou a análise crítica e reflexiva dos conteúdos explícitos e implícitos presentes nas falas em suas convergências e divergências.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Os discursos dos participantes do estudo sinalizam os limites no desenvolvimento do PT relacionados ao atendimento das UE pela EqSF, que perpassam pelo (des)conhecimento dos profissionais quanto a participação da ESF na RAU, indo até o olhar incipiente da gestão sobre a atenção da EqSF às UE.

A PNAB e a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) são congruentes quanto à necessidade da EqSF ser responsável pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de abrangência, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência, e pelo encaminhamento daqueles que exigirem maior complexidade para outros níveis da Rede.

Para Franco, Andrade e Ferreira (2009), os serviços de AB perdem razão de ser e sua legitimidade social, se não oferecerem uma resposta satisfatória aos que buscam assistência em um momento de extrema necessidade. Por sua vez, Giovanella, Moraes e Mendonça (2003) ressaltam a necessidade de integrar cuidados básicos e especializados, facilitando o acesso e melhorando a qualidade da atenção. Frente ao que está preconizado pela PNAB e PNAU sobre a prática do primeiro cuidado às UE como parte do PT da EqSF na atenção às UE, as falas dos participantes demonstram desconhecimento quanto a essa responsabilidade.

[...] eu ainda vejo que a maioria dos profissionais ainda entendem que a Atenção Primária não deve atender urgência e emergência [...] porque ainda existe aquele modelo hegemônico de que emergência é UPA, emergência tem que ir para um hospital (ENT.4).

[...] a Unidade em que você atende [...] emergência, urgência e preventiva, a Unidade deixaria de ter característica de PSF (ENT. 10).

Essas narrativas refletem a ideologia assistencial-preventivista presente na concepção de Atenção Primária (AP), em que a ESF é lugar de ações mais preventivas do que curativa (CECÍLIO *et al.*, 2012).

Estudos como o de Farias *et al.* (2015), Oliveira *et al.* (2016), Hermida *et al.* (2016), apontam resultados semelhantes quanto à não compreensão por parte dos profissionais sobre a

responsabilidade da ESF no que se refere ao desenvolvimento do PT na assistência em situação de UE por esse nível de atenção, o que pode gerar uma barreira ao acesso, comprometendo o vínculo, o acolhimento, a resolubilidade, a integralidade, propostos para a Estratégia conforme documento do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017b).

Segundo a PNAU, o atendimento às urgências deve ser iniciado em qualquer nível de complexidade, visando desconcentrar esse tipo de atendimento exclusivamente nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (BRASIL, 2006a). No entanto, o desenvolvimento do PT da EqSF estudada nos mostra uma realidade em que os profissionais da AB desconhecem a participação da ESF na RAU, bem como a articulação entre ações preventivas e curativas, podendo esse desconhecimento gerar reflexo negativo no fazer e no modo como gerir o autogoverno desses profissionais no atendimento às demandas não programadas que adentram cotidianamente as USF, e ocorrer descaracterização da porta preferencial de entrada ao usuário.

Durante a observação sistemática, apreendemos um desinteresse acerca da temática estudada, chegando ao descaso por alguns profissionais, levando-nos a relacionar a atitude desinteressada com o baixo entendimento sobre o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, havendo uma correlação entre o desentendimento expresso nas falas e o apreendido na observação.

Neste sentido, os participantes enfatizam:

[...] a gente é convocado para treinamento e cursos de pré-natal, puericultura [...] mas nunca se ouve falar em capacitação para urgência e emergência e os profissionais precisam ser qualificados para isso [...] nunca fui convidada nem para uma reunião que se pensasse em trabalhar com isso (ENT.4).

De dificuldade que a gente tem, eu acho que treinamento para os profissionais, treinamento prático mesmo. A gente já teve relato de profissional aqui na Unidade que não quer nem chegar perto da caixa de emergência por medo de emergência (ENT.5).

A dificuldade é não ter treinamento, a gente não está preparado para isso, por isso seria bom ter um curso de primeiros socorros, principalmente para os ACS (ENT.23).

A carência de qualificação profissional, de treinamentos voltados a atenção às UE pela EqSF, contribui para a sensação de insegurança no desenvolvimento do PT da EqSF na efetivação dessa prática, e a dificuldade no diagnóstico, abordagem e condução, adequados às ocorrências.

Quanto a esse aspecto, D'Agostin *et al.* (2012); Farias *et al.* (2015); Oliveira *et al.* (2016); Hermida *et al.* (2016) reafirmam a lacuna na educação permanente para qualificação

dos profissionais da EqSF no desenvolvimento do PT na atuação em situações de UE na realização de encaminhamentos desnecessários a serviços de maior complexidade, com descompasso no uso racional das tecnologias. Essa condição sugere a ocorrência de uma prática insegura permeada pelo desconhecimento.

A pesquisa de Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) mostra que a maioria dos entrevistados afirma que não realiza educação permanente com a equipe, e sinaliza que o atendimento às UE, pode se constituir em dificuldade para a equipe em atender essa demanda.

Entendemos que “o conhecimento” é um importante instrumento para o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, é uma tecnologia leve-dura cuja potencialidade possibilita a qualidade das técnicas, avaliações, condutas e o desenvolvimento da capacidade em acolher, resolver, encaminhar. Uma fragilidade nesse elemento, reflete na dinâmica do desenvolvimento dessa prática.

Compreendemos treinamento como uma ação sistematizada de capacitação teórica-prática e adaptação, realizado em curto prazo.

Ao longo do período da observação sistemática, não aconteceu nenhum treinamento voltado às UE, nem internamente organizado pela própria equipe e nem oferecido pela SMS, reafirmando assim a lacuna explicitada nas falas dos participantes.

Nesta perspectiva, Andrade *et al.* (2016) referem que apesar de cada serviço de saúde vivenciar sua própria realidade, a implantação de processos de ensinar-aprender participativos e crítico-reflexivos, é um desafio a ser enfrentado diante das profundas transformações que são alcançadas ao modificar PT e em especial no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE.

Os equipamentos, materiais e espaço físico, se constituem em tecnologia dura, instrumentos necessários ao desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, fundamentais ao acolhimento e à resolubilidade das demandas com queixas agudas, compatíveis com a densidade tecnológica desse nível de atenção. Esses aspectos foram sinalizados pelos participantes do estudo, conforme os fragmentos das falas, a seguir:

Espaço físico, é complicado [...] nesse caso o paciente precisa de maca [...] uma parada seria complicado (ENT.3).

[...] outro fator que dificulta é a falta de materiais, algumas vezes não tem os medicamentos que temos necessidade, não temos uma sala destinada a fazer o atendimento a esses pacientes, para deixar em observação [...] (ENT.4).

[...] o ambú há muito tempo, não tava funcionando direito [...] não tem oxigênio [...] o pessoal do SAMU teve aqui há uns dois anos, levaram as pás do DEA e até hoje não

foi reposto. Então se chegar um paciente necessitando de DEA ou oxigênio, não tem (ENT.8).

Aprendemos com essas falas, que não existe disponibilidade de determinados materiais e equipamentos essenciais para o desenvolvimento do PT das EqSF ao primeiro atendimento e estabilização nos casos de atenção às UE, que são os cuidados iniciais, imediatos e fundamentais ao desfecho positivo em situações diversas, como uma PCR, um IAM, uma crise convulsiva, um edema agudo de pulmão (EAP) e tantas outras ocorrências que não tem dia, hora e local específico para o seu acontecimento.

Quanto ao Desfibrilador Externo Automático (DEA), em que há evidências claras e consistentes de uma maior sobrevivência a uma PCR, quando é realizado a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e rapidamente usado um DEA, fazendo parte do Suporte Básico de Vida (SBV). Assim, o acesso imediato a um desfibrilador é um componente fundamental do sistema de atendimento (AHA, 2015). Estando o DEA da USF sem as pás, torna-o inútil no contexto de uma RCP podendo comprometer a cadeia de sobrevivência e o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE.

Neste sentido, Garlet *et al.* (2009) afirmam que os serviços de saúde precisam estar habilitados tecnicamente e possuir adequada infraestrutura física, de pessoal, recursos materiais e equipamentos para o primeiro atendimento ou para estabilização das urgências, a fim de realizar o devido encaminhamento.

Os limites no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE apresentados pelos entrevistados, corroboram com as pesquisas de Marqui *et al.* (2010); Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012); Farias *et al.* (2015); Hermida *et al.* (2016); Oliveira *et al.* (2016), ao mencionarem que a falta de materiais, equipamentos e condições estruturais, podem dificultar a realização do trabalho das EqSF e, portanto, o atendimentos às UE.

Para o MS, as Unidades de Saúde (US) devem ter espaço físico adequado, materiais e medicamentos essenciais ao primeiro atendimento das urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência, até que sejam referenciadas para outros níveis de complexidade (BRASIL, 2006a).

As observações realizadas referentes ao desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, reafirmam as falas dos participantes, como aspectos limitantes quanto a inadequação do espaço físico ao atendimento das UE com observação até 8 horas, uma vez que a sala é destinada à realização de outros procedimentos, como aferição de pressão arterial, administração de medicações, medida de glicemia capilar. Na “sala de procedimentos” não há maca, apenas uma

cadeira reclinável destinada à acomodação do usuário em necessidade de permanência para observação, ou realização de medicação ou hidratação venosa. O DEA é fixado de forma acessível, porém está incompleto, sem as pás. Possui ambú, mas falta torpedo de O2 funcionando. A caixa de medicações e insumos, faltando algumas medicações.

Neste sentido, *American Heart Association* (AHA) entende que os cuidados com a saúde exigem uma estrutura (pessoas, equipamentos, treinamentos) e processos (políticas, protocolos, procedimentos), que possam produzir um sistema (programas, organizações) que otimizem os desfechos (sobrevivência e segurança dos pacientes, qualidade, satisfação) (AHA, 2015).

Este entendimento da AHA sinaliza para um atendimento eficaz. Para isso, é necessário compreender que as pessoas referidas são o **objeto** e o **agente** do PT, os equipamentos, treinamentos, políticas e protocolos, são **instrumentos** utilizados no fazer, o procedimento é o **produto**, que é consumido no mesmo momento em que é produzido e a sobrevivência e segurança, qualidade e satisfação, são a **finalidade** do cuidado em saúde. A AHA expressou o PT em saúde, relação dinâmica entre os elementos: pacientes, profissionais, conhecimento, equipamentos, materiais, rotinas e o objetivo, produto final do trabalho, que é o restabelecimento da saúde após uma condição de UE (AHA, 2015).

Situações de UE que surgem no desenvolvimento do PT da EqSF, requerem brevidade na resolução, sendo de fundamental importância que a USF tenha espaço físico, materiais, medicamentos, equipamentos adequados, e a EqSF implemente práticas acolhedoras e detenha conhecimento técnico-científico para uma abordagem com êxito.

Por outro lado, a inexistência do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e vulnerabilidade, é mencionado pelos participantes do estudo, como algo que dificulta o acesso dos usuários ao serviço e, portanto, ao atendimento da demanda espontânea pela EqSF no desenvolvimento do seu PT. Acolher pressupõe ser um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas, constituindo-se um potente dispositivo de organização da produção do cuidado na Saúde da Família, ao ampliar o acesso aos serviços de saúde com alteração do fluxo assistencial e potencialização do trabalho em equipe (ASSIS *et al.*, 2010).

Os participantes do estudo apontam para essa realidade:

Aqui na unidade a gente ainda não tem o acolhimento com classificação de risco implantado, então eu vejo isso como um fator que dificulta o acesso dos usuários, porque tem determinadas coisas que a gente até poderia tá fazendo a escuta e fazendo os encaminhamentos, né (ENT.4).

Aqui não tem um procedimento de triagem que é usado na equipe da UPA para avaliar riscos [...] eu acho que deveria, já que a Unidade está aberta, tem essa orientação em

atender o paciente, que tivesse pelo menos uma pessoa até com treinamento para isso (ENT. 10).

Apreendemos, nessas falas, certa fragilidade que acomete o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE referente à compreensão sobre o acolhimento, primeiro como um serviço a ser oferecido por um dado profissional em determinado local e não como uma ação que deve ocorrer em todos os momentos do serviço; segundo, sendo confundido com o ato de triar, escolha/seleção, e não como ato de acolher, que implica em resolubilidade responsável (FARIAS *et al.*, 2015).

A inexistência do acolhimento no serviço também foi considerada como dificuldade para o acesso, em estudo realizado no extremo sul do Rio Grande do Sul pelo Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Existem diferentes concepções de acolhimento, e segundo a PNAB acolhimento é um mecanismo de ampliação/facilitação do acesso contemplando agenda programada e demanda espontânea, como postura, atitude e tecnologia do cuidado que se estabelece entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta e de construção de vínculos, na maneira em como lidar com o não previsto e como dispositivo de (re)organização do PT, podendo provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modos de cuidar (BRASIL, 2017b).

Para o acolhimento também é proposta a realização de avaliação de risco e vulnerabilidade, com identificação das situações de maior urgência clínica e vulnerabilidade social, buscando as devidas priorizações com equidade (BRASIL, 2013c).

Dentre os elementos do PT em saúde, o acolhimento se constitui em instrumento que adentra a micropolítica do trabalho vivo em ato, da tecnologia leve, baseada nas relações com produção de vínculo, de espaço interseção existente no encontro singular entre sujeito e trabalhador em ato, com distintos motivos no interior desse encontro (MERHY, 2014).

Durante o processo de observação sistemática, percebemos a inexistência do serviço de acolhimento implantado, pensando em espaço físico e trabalhador destinado a esse objetivo específico. No entanto, a prática acolhedora foi observada no cotidiano do PT de diversos profissionais, ainda que de forma desarticulada e não contribuindo para a organização de um fluxo que otimize o potencial dos profissionais e serviços existentes, além da possibilidade de gerar sobrecarga para aqueles que se mostrem mais acessíveis ou resolutivos. Esse contexto elucidado na observação, corrobora com o encontrado nas falas dos participantes.

Neste sentido, entendemos que o acolhimento pode ser um disparador para a

reorganização do PT da EqSF, trazendo a necessidade do usuário para o centro da oferta dos serviços, e desse modo, a atenção às demandas de UE podem ganhar maior ênfase e prioridade nas agendas das equipes.

Desse modo, Santos *et al.* (2014) assinalam que o acolhimento à demanda por atendimento de urgência tem sido considerado um grande entrave para a concretização da ESF como acesso preferencial ao sistema de saúde, já que os serviços não têm conseguido se organizar de modo a ofertar esse tipo de serviço à população.

Acessar os serviços pode ser considerado como a primeira fase a ser superada pelo usuário na solução de problemas ou na satisfação de uma necessidade (STARFIELD, 2004). O não acesso é, portanto, pré-civilizatório, pois nega a realização de princípios societários elementares (cuidar dos “doentes”, preservar a saúde, proteger a vida) (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

O acolher os usuários em situação aguda ou crônica agudizada pela EqSF, além de beneficiar a população pela garantia à assistência, é fundamental para definir o fluxo de atendimento, o que contribui para diminuir as demandas de atendimento dos serviços de emergência (HERMIDA *et al.*, 2016).

Apreendemos que no cenário estudado, os discursos não corroboram com a literatura, já que não existe acolhimento instituído, além de fluxo de serviço interno indefinido e articulação fragmentada com outros níveis de atenção pertencentes à Rede, aspectos deveras limitantes ao desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE.

É o que visualizamos nos fragmentos das falas, a seguir:

[...] chega na recepção e fala, aqui não atende emergência, vá para UPA. A maioria das vezes é o que eu estou aí na recepção e vejo (ENT.1).

A implantação do acolhimento [...] eu acho que se tivesse o acolhimento do paciente, o fluxo melhoraria bastante. Não só as urgências e emergências, mas o fluxo da Unidade de um modo geral (ENT.12).

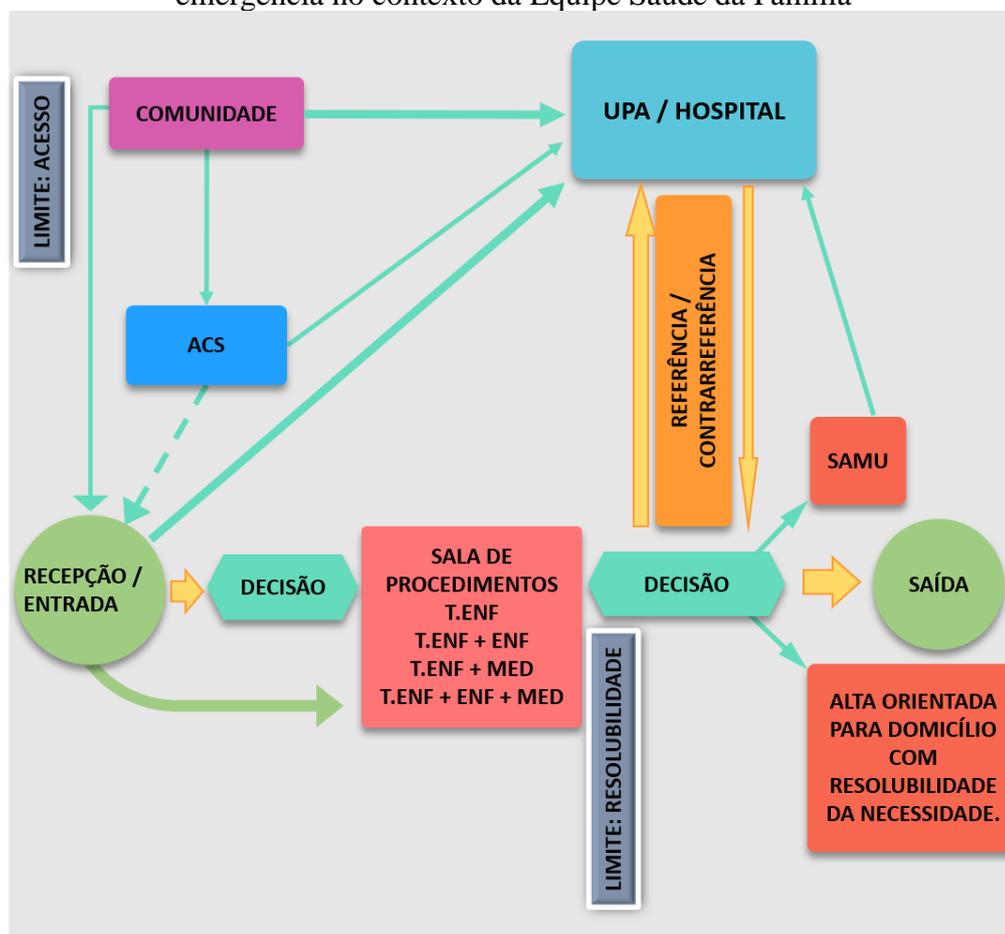
[...] a gente já tem isso, se é uma febre, uma dor, a gente já fala [...] vai para UPA, vai para a UPA (ENT.18).

Para Pelegrini *et al.* (2010), as urgências de menor complexidade, na maioria das vezes, não são acolhidas no primeiro nível de atenção, e dessa forma, os problemas de acesso dos usuários e a organização do trabalho na AP, contribuem para o aumento da procura por atendimento nos serviços de urgência.

Assim como o acolhimento, os fluxos e protocolos são instrumentos necessários ao

desenvolvimento do PT das EqSF na atenção às UE, que podem potencializar a dinâmica do trabalho em equipe com otimização dos recursos materiais, estruturais e humanos disponíveis, que contribuam com a resolubilidade das UE que cheguem nas unidades de saúde (Figura 8).

Figura 8 – Fluxograma representativo do itinerário dos usuários com demandas de urgência e emergência no contexto da Equipe Saúde da Família



Fonte: Produzido pela autora (2018)

Observamos que os usuários adentram e recorrem a destinos diversos no interior da USF (recepção, sala de procedimentos, consultório de enfermagem e médico) na busca de resposta, ficando “perdido”, tendo apenas o desejo/necessidade de resolver a sua dor/demanda, restabelecendo a saúde.

Os participantes do estudo também mencionaram a baixa cobertura do município de Salvador por EqSF e a desarticulação da Rede de assistência como limites na atenção às UE pela EqSF.

As falas a seguir, dão visibilidade a esses limites:

[...] não existe uma rede de atenção articulada, e essa causa os entraves e acho que acaba também aumentando a demanda aos serviços de urgência e emergência e pronto atendimento (ENT.4).

[...] a gente sabe que essa cobertura aqui em Salvador é muito baixa, então acaba que o acesso a esse serviço é dificultado e dificulta também o nosso processo de trabalho (ENT.4).

As RAS buscam a superação da fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificação da gestão do cuidado. São capazes de oferecer atenção continuada e integral, podendo contribuir para a qualidade da clínica, melhoria do acesso e resolubilidade e na redução dos gastos dos sistemas locais de saúde, tendo a AB como coordenadora (MENDES, 2011). A RAU está inserida nesse contexto das RAS, e tem a AB como componente a garantir o primeiro atendimento às UE até que seja transferido a outros pontos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2011b).

A desarticulação entre os serviços que compõem a Rede de atenção colabora para as distorções de acesso dos usuários aos serviços e para a diminuição da qualidade da oferta (PELEGRINI *et al.*, 2010). Essa condição reitera a percepção de que na AB os atendimentos são para problemas simples, queixas eletivas, e que no PA são as queixas agudas, com atendimento rápido, tecnologias complexas e profissionais qualificados (MARQUES; LIMA, 2007). Dessa forma, dificulta o acolhimento da demanda espontânea de UE, bem como a sua resolubilidade, podendo essa demanda ser canalizada inadequadamente a outros pontos da Rede.

Em uma pesquisa realizada por Azevedo e Costa (2010), foi observado que existência de serviços, associada à ampliação da cobertura da AB, ainda que importante, não implica acesso efetivo. Esse mesmo estudo encontrou uma USF apontada pela ausência de atendimento a pequenas urgências, levando a estrangulamento nos serviços de média e alta complexidade.

A não garantia de acesso efetivo mediante a ampliação da oferta de serviços, denota que o acesso não se dá apenas por dispositivos organizacionais, estando relacionada ao PT e à atitude que o trabalhador de saúde tem em relação ao usuário, e o que define isso é o olhar sensível, o gesto acolhedor, o vínculo, a ação interessada (FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009).

Além da barreira inicial em acessar, adentrar a unidade, existe a dificuldade atrelada à descontinuidade na composição da equipe mínima para a Saúde da Família (SF), principalmente em relação ao profissional médico, referido pelos participantes da pesquisa como limite ao atendimento das UE pela EqSF. As falas a seguir retratam nessa perspectiva:

Infelizmente o município não tem muitos profissionais médicos estatutários, que é o que criaria maior vínculo dos profissionais na Unidade e essa deficiência ela impacta, tanto dentro dos programas que a estratégia cobre, como dentro das situações de urgência e emergência que podem estar inseridas nesse contexto (ENT.6).

[...] então essas deficiências corriqueiras do dia a dia, a troca de profissional médico, que sai um e demora dois ou três meses para voltar, então é dessa forma (ENT.22).

Tal situação fragmenta o desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE no que se refere ao estabelecimento de vínculo com a comunidade e cria uma lacuna quanto às ações que são privativas da categoria médica. A ausência desse ator no cenário das EqSF, gera uma incompletude nos serviços ofertados, uma vez que estamos falando do elemento “agente”, o que vai demandar alteração na dinâmica do PT da EqSF, com provável reflexo na diminuição da capacidade de acolhimento, acesso, resolubilidade e da integralidade.

Neste sentido, pesquisa realizada por Soares; Lima e Castro (2014) sinaliza como um dos desafios para garantir o atendimento das urgências na AB, a incompletude das equipes por dificuldades na contratação de médicos. Por sua vez, Marqui *et al.* (2010) apontam a forma de contratação como uma das dificuldades, em função da instabilidade no trabalho e Freire *et al.* (2015) ao investigarem a superlotação dos PA, por intermédio do motivo da consulta e da escolha desse serviço, apontam como principal motivo da escolha, a falta de médico na UB de saúde para atendimento. Portanto, a ausência desse profissional implica em interferências no desenvolvimento do PT da equipe, principalmente na atenção às UE se estendendo para repercussões na articulação da Rede. Essas realidades encontradas corroboram com os resultados desse estudo.

Agregando aos limites na atenção às UE pela EqSF no desenvolvimento do PT, os participantes do estudo referem o agir da Gestão municipal, a política de saúde proposta para o atendimento das UE pelas equipes. Tais aspectos interferem nesse mecanismo de atenção.

[...] é a própria forma como a gestão encara a questão da urgência dentro da Atenção Primária, porque não se discute isso [...] nunca fui convidada nem para uma reunião que se pensasse em trabalhar sobre isso (ENT.4).

[...] o olhar da Gestão para a Estratégia Saúde da Família, se ela não compreender que as urgências e emergências estão inseridas na nossa realidade, em qualquer lugar, não vai ter como, fica difícil para o profissional (ENT.6).

As falas sinalizam para uma atitude de omissão por parte da gestão quanto ao atendimento das UE pela EqSF, dando visibilidade à ausência de debates, treinamentos, a própria falta de equipamentos e materiais necessários a essa abordagem, contribuindo com a

fragilização dessa porta de entrada. Pesquisa realizada por Pelegrini *et al.* (2010), aponta na direção dessa realidade, em que os gestores precisam reconhecer a AB como uma das portas de entrada importantes para as urgências, e assim, reorganizar o trabalho, qualificar a atenção e disponibilizar infraestrutura adequada.

Já Kingdon (2011), analisa a razão pela qual alguns temas são priorizados nas agendas governamentais e outros são negligenciados e busca compreender como as agendas governamentais são estabelecidas e menciona três explicações: problema, políticas e participantes “visíveis”. Para esse autor, o reconhecimento do problema é um passo crítico para o estabelecimento das agendas; na segunda explicação, independentemente do reconhecimento do problema, eventos políticos fluem de acordo com dinâmica e regras próprias; e na terceira explicação, tem os participantes visíveis que são o alto escalão dos políticos e os agentes invisíveis, que são os acadêmicos, pesquisadores, especialistas, sendo que a chance de um tema ganhar destaque na agenda governamental aumenta se for levado por membro do grupo visível. Portanto, esperamos contribuir com o reconhecimento da primeira explicação, que é o reconhecimento do problema, apesar de sermos agentes invisíveis.

Frente a esse cenário caracterizado pelos limites no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, delineiam-se possibilidades a serem alcançadas mediante ações desenvolvidas junto às dificuldades, objetivando avançar na resolubilidade das demandas.

Dispor de boas condições de espaço físico, materiais, insumos, equipamentos, que são instrumentos do PT (tecnologia dura) de trabalho utilizados pelos agentes, equipe mínima da ESF (enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), auxiliam em uma melhor execução do trabalho e na assistência prestada, além da motivação para trabalhadores e usuários do serviço. Em se tratando de UE, onde podemos nos deparar com situações críticas, ter “instrumentos” adequados, pode significar salvar uma vida, conforme sinaliza a fala a seguir.

[...] deveria ter uma sala específica, com mais equipamentos, com profissionais mais qualificados, mais medicações, para poder dar suporte pelo menos básico ao paciente [...] porque assim, um minuto, um segundo, perde-se uma vida (ENT.2).

O conhecimento técnico-científico dos agentes que realizam o PT da EqSF é de cunho fundamental, já que tendo estrutura física, equipamentos e materiais e não dispor de conhecimento para utilizá-los, manuseá-los adequadamente junto ao objeto de trabalho (sujeito/paciente), não seria possível o alcance da finalidade do trabalho e também não existiria

um produto, sendo nesse caso, o restabelecimento da saúde do indivíduo. O relato abaixo ajuda-nos a um melhor entendimento.

[...] com o treinamento o profissional vai saber a conduta, como chegar ao paciente de forma organizada, porque no momento da urgência e emergência o stress aumenta bastante (ENT.3).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) sinaliza que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, e propõe que as capacitações dos trabalhadores da saúde sejam estruturadas a partir da problematização do PT (BRASIL, 2017d). Se constitui em possibilidade estruturante à ESF e ao PT da EqSF na atenção às UE e contribui para diminuir os improvisos, o nível de estresse e os encaminhamentos desnecessários.

[...] queria que existisse educação permanente, não só na UE, mas na área de saúde da família [...] tem profissional que não consegue lincar a AB com a UE. Então nós profissionais precisamos ter essa educação permanente, esse treinamento, para que a nossa visão se abra [...] (ENT. 16).

Neste sentido, Assis *et al.*, (2010) sugerem a efetivação da EPS como estratégia para transformar as práticas profissionais e, portanto, os Processos de Trabalho.

A implantação do ACCR, “escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários” (BRASIL, 2017b), pode constituir-se em um potente instrumento para o avanço na atenção às UE pela EqSF, com possibilidade de favorecer a ampliação do acesso, contribuir para humanizar a atenção (BRASIL, 2013d), realizar encaminhamentos responsáveis, e ser o mais resolutivo possível, dentro da competência do nível de atenção, além de contribuir para a organização da RAS na articulação com os demais níveis de atenção e melhorar o estabelecimento de vínculo no encontro subjetivo entre profissionais e usuários (BRASIL, 2017b). Vejamos as falas dos participantes a seguir:

[...] e o que eu acho que vai favorecer bastante o atendimento dessas demandas, é o acolhimento com classificação de risco, mas é um entrave (ENT.4).

[...] deveríamos ter um vínculo mais forte com a UPA e com o SAMU (ENT.10).

Quanto ao desenvolvimento do vínculo, entendemos ser um instrumento do PT e também uma ação que deve permear a prática de todos os profissionais, ocupando-se da subjetividade do sujeito, indo além da dimensão física e para isso, é lançado mão da tecnologia

leve, aquela que se refere às relações, com uma escuta qualificada das necessidades, postura acolhedora (MERHY, 2014).

Na possibilidade de existência de um espaço físico reservado à finalidade do ACCR, vale uma reflexão quanto à “atitude acolhedora” do profissional que está executando o acolhimento, micropolítica do trabalho vivo em ato, que passa pela condição de autonomia desse ator em comungar no seu modo de fazer, com empatia, equidade, resolubilidade, adesão a protocolos, fluxos. Uma vez que, espera-se com o acolhimento uma superação dos limites dos trabalhadores das recepções dos serviços de saúde, que podem configurar uma barreira de acesso ao serviço (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, um importante instrumento a favorecer o avanço no desenvolvimento do PT da EqSF em situação de UE, é o atendimento baseado no vínculo, na forma de se combinar autonomia e responsabilidade profissional. O trabalhador da saúde é dotado de autonomia no fazer, o que pressupõe liberdade, mas também a responsabilização pelo problema do outro, sendo intitulada, por Campos (2002), de autonomia-responsável, que acontece somente quando ocorre interesse e envolvimento dos atores em determinada tarefa, ou seja, o vínculo entre profissional e usuário.

O avanço no PT da EqSF na atenção às UE, passa pela compreensão de cada trabalhador sobre o modo de produzir saúde e um agir pautado na tecnologia leve, das relações, que vai além do preconizado em políticas de Estado (SCHIMITH *et al.*, 2011).

Ampliando os horizontes quanto aos avanços, os participantes do estudo manifestaram positivamente a atuação da gerente da Unidade e a união da equipe enquanto possibilidades, e destacaram um fazer mais humano das ações e o próprio repensar e reestruturar a ESF. As falas a seguir, retratam nesta perspectiva.

A gerente busca muito a solução pra gente, ela busca resolver os problemas (ENT.2).

[...] a gerência acompanha essa linha de raciocínio, então termina facilitando (ENT.5).

A equipe está sempre unida (ENT.3).

A equipe é coesa (ENT.5).

Nós temos uma equipe boa (ENT.8).

A gerente da Unidade é caracterizada como sujeito ativo no processo de acolhimento e resolubilidade das demandas. Comprometida com a proposta do modelo de atenção da SF, sendo articuladora com a gestão, funcionários e comunidade. Essas características foram

também identificadas nos períodos de observação realizado pela pesquisadora.

O estudo de Borges (2014) mostra que o gerente além de possuir habilidades administrativas, busca manter a Unidade suprida de recursos materiais, equipamentos e insumos para o seu funcionamento, como também motiva a equipe na efetivação do trabalho.

Corroborando com o nosso estudo e o de Borges (2014), a nova PNAB, sugere a inclusão do gerente de AB objetivando contribuir para o aprimoramento e qualificação do PT, coordenação e integração das ações, pela realização de diversas atividades, como articular com os demais atores da gestão e do território, estimular vínculo entre os profissionais, conhecer a RAS, identificar as necessidades de qualificação/formação dos profissionais, qualificar infraestrutura e insumos, tomar as providências cabíveis na resolução dos problemas que interfiram no funcionamento da Unidade (BRASIL, 2017b).

A atividade gerencial pode ser compreendida, segundo Mishima *et al.* (1997), como um instrumento do PT, com caráter articulador, integrativo e político, que lança mão de relações intersubjetivas a vários atores, para a transformação do PT em saúde.

O estudo de Carvalho *et al.* (2013) corrobora com a compreensão de gerência abordada pelos autores Mishima *et al.* (1997), tendo o gerente como protagonista de mudanças, podendo ser capaz de contribuir para a transformação do PT na direção de um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários. Nessa perspectiva, entendemos que o gerente é mais um agente na busca da qualificação da atenção às UE pela EqSF.

Por sua vez, Felli e Peduzzi (2005), assinalam que a gerência é um PT específico, composto por um conjunto de atividades próprias, utilizadas no desempenho de suas funções para a organização do PT.

O bem-estar dentro da equipe constitui-se em possibilidade para atendimento da demanda não-programada. Esse resultado difere do encontrado por Marqui *et al.* (2010) em que foram relatadas dificuldades envolvendo falta de sensibilidade e interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização do trabalho, compartimentalização das atividades, entre outras.

O trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes PT envolvidos, certo conhecimento sobre o trabalho do outro, ter consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; PAVONI; MEDEIROS, 2009; MARQUI *et al.*, 2010).

Tanto a dinâmica positiva da gerente da unidade, como a relação saudável entre a equipe, apontados como avanços no PT da EqSF na atenção às UE, estão dentro da tecnologia

relacional, tecnologia leve. Neste sentido, Santos *et al.* (2014), assinalam que essas tecnologias muitas vezes não são priorizadas nas unidades, sendo secundarizadas ao trabalho estruturado com predomínio de uma relação interpessoal e autonomizada.

O maior sentido de qualquer serviço de saúde é o de centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas (MERHY, 2002) com práticas como o acolhimento, vínculo, autonomização, que produzem espaços intersetores existentes no momento da relação em processo entre os sujeitos (MERHY, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os limites do PT da EqSF na atenção às UE, envolve instrumentos nas tecnologia leve, leve-dura e dura. Os participantes do estudo consideraram fundamental ao avanço do PT no atendimento das UE pela EqSF, melhorar a condição de entendimento dos profissionais acerca do trabalho frente às UE; fortalecer a EPS; repensar estrutura física e adequar fornecimento de materiais, medicamentos, equipamentos; implantar ACCR; elaborar fluxo interno para a demanda espontânea; sugerir ampliação da cobertura pela ESF; ampliar acesso e qualificar acolhimento, repercutindo na articulação da RAS; repensar vínculo empregatício dos profissionais médicos; por fim, e com grande importância, discutir com a gestão municipal sobre o PT da EqSF na atenção às UE.

Portanto, os limites tornam-se potência para a transformação, permitindo a visibilidade dos aspectos do PT da EqSF na atenção às UE que precisam ser alavancados, para qualificar os primeiros cuidados às UE, melhorar o acesso, equidade, integralidade, e reconhecer a AB como porta preferencial de entrada na Rede, além da possibilidade de contribuir com a redução da demanda nos serviços de emergência.

Para que a ESF consiga responder às demandas programadas e espontâneas, respeitando a equidade, integralidade, resolubilidade, é necessário um olhar mais atento e cuidadoso ao PT da EqSF na atenção às UE, ganhando destaque a implantação do ACCR, o fortalecimento da EP e a elaboração de fluxos, que apresentam possibilidade de autonomia dentre da própria equipe. Além de um repensar a ESF pelos gestores, passando a um entendimento de que essa porta de entrada precisa ser fortalecida, havendo a necessidade de investimento financeiro diante dos limites existentes, para avançar em maior resolubilidade, garantindo resultado enquanto porta preferencial de entrada na Rede de atenção e ordenadora do cuidado.

REFERÊNCIAS

AHA. **Destaques da American Heart Association 2015**: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. 2015. Disponível em: <<http://www.perc.ufc.br/wordpress/destaques-da-atualizacao-das-diretrizes-da-aha-2015-para-rcp-e-ace/>> Acesso em: 14 Out. 2017

ANDRADE, Rebecca Soares de *et al.* Processo de trabalho em Unidade de Saúde da Família e a educação permanente. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, Ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Out. 2017.

ASSIS, M. M. A. *et al.* (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições Loyola; Edições 70 LTDA, 2011.

BORGES, Vera Lúcia Batista. **Atendimento a urgências em unidades de saúde da família no município de Salvador**: limites e possibilidades. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95. **Diário Oficial da União**, 17 mar 1995, Seção I, p. 3666.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 jul. 2011b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, nº 12, seção 1, p. 59, quinta-feira, 13 de junho de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza-SUS. Brasília, DF. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Brasília, DF, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017d.

CACCIA-BAVA, Maria do Carmo G. *et al.* Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 347-354, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47446>>. Acesso em: 12 Out. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade de Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Ucitec, 2002. (Saúde em Debate: 108. Série Didática; 6) p. 229-266.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. **Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz**. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

D'AGOSTIN, Renata de Lorenzi *et al.* O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 461-467, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/entendimento_equipe_enfermagem_estrategia_saude.pdf> Acesso em: 12 Out. 2017.

FARIAS, Deborah Curvelo de *et al.* Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 79-87, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100079&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Out. 2017.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O Trabalho Gerencial Em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). Gerenciamento Em Enfermagem. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005. p.1-12.

FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. **Saúde em Debate**, n.202, São Paulo, HUCITEC; 2009. 164 p.

FREIRE, Ariane Bôlla *et al.* Serviços de Urgência e Emergência: quais os motivos que levam o usuário aos Pronto-Atendimentos? **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], p. 195-200, Jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15061>>. Acesso em: 12 Out. 2017.

GARCIA, Alessandra Bassalobre; PAPA, Marília Angelina Ferreira; CARVALHO JÚNIOR, Paulo Marcondes. Estratégia de Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Revista Nursing**, v. 14, n. 167, p. 216-220, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/224831807_Estrategia_de_Saude_da_Familia_capacidade_da_equipe_para_o_atendimento_de_urgencia_e_emergencia> Acesso em: 14 Out. 2017.

GARLET, Estela Regina *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

GIOVANELLA, Ligia; MORAES, Sarah Maria Escorel de; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003. Disponível em: <<http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/PortaEntrada.pdf>> Acesso em: 12 Out. 2017.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 10, n. 4, p.1170-1178, Abr. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/bde-29679>> Acesso em: 12 Out. 2017.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

KINGDON, John W. (1995). **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2nd Edition. Harper Collins College Publishers. 2011.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2. Ed. Brasília, DF, 2011.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: Congresso paulista de saúde pública. **Anais**. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, p. 145-154, 2000.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6. p. 71-112).

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. **Saúde em Debate**, n. 145, p. 41-66, São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2017.

MISHIMA, S. M. *et al.* Organização Do Processo Gerencial No Trabalho em Saúde Pública. In: Almeida MCP, Rocha SM, organizadores. **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.

NVIVO. BUY NVIVO. STANDARD. **NVIVO 12 PRO**. [2017a]. Disponível em: <https://www.qsrinternational.com/nvivo/checkout/shopping-cart>. Acesso em: 12 Fev. 2018

OLIVEIRA, Thais Alexandre de *et al.* Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 10, Suppl. 3, p.1397-406, Abr., 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8814/pdf_10040>Acesso em: 12 Out. 2017.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, Abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jul. 2017.

PELEGRINI, Alísia Helena Weis *et al.* Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, Abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jul. 2016.

SANTOS, Priscila Nogueira *et al.* Oferta e demanda dos serviços na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia: organização e práticas. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo; ALMEIDA, Márlon Vinícius Gama (org.). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde**: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora, p. 149-180, 2014.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde**.; v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011.

SOARES, Stefania Santos; LIMA, Luciana Dias de; CASTRO, Ana Luisa Barros de. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/213/216>> Acesso em: 12 Out. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados, os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados. O desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, apresenta fragilidades que caracterizam barreira de acesso e na organização do trabalho para a atividade produtiva, que não se utiliza do ACCR, apresenta fluxos fragmentados, incipiente EPS, culminando com forte traço na prática de encaminhamento dos usuários a outros níveis de atenção na resolução de muitas demandas de UE.

Quanto aos limites no desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE, perpassam pela deficiência em equipamentos, materiais, espaço físico; desarticulação com a Rede assistencial; baixa cobertura do município pela ESF; descontinuidade das EqSF pela ausência do profissional médico; olhar incipiente da gestão sobre a temática, além de reafirmar o fazer fragilizado dos profissionais na atenção às UE e lacuna na EPS. E como possibilidade alcançada, foi evidenciado o trabalho articulado em equipe e a prática do gerente de Unidade.

A fragilidade e fragmentação no desenvolvimento do PT na atenção às UE pela EqSF, apresenta entrave diante de instrumentos de trabalho, na esfera das tecnologias leve, leve-dura e dura, gerando uma lacuna na dinâmica do processo de trabalho, com possível interferência no alcance da finalidade.

É permeado pela superficialidade no entendimento/conhecimento quanto a participação da EqSF na RAU por parte dos profissionais, podendo contribuir para o não acolhimento das necessidades agudas compatíveis com o nível primário de atenção, culminando com encaminhamentos desnecessários. O limite na atuação da EPS diante das UE, fortalece a insegurança dos profissionais da equipe diante das UE.

Aspectos da fragmentação do acolhimento foram visualizados, como o direcionamento da prática às condições crônicas agudizadas dos usuários acometidos por hipertensão e diabetes, além da ausência do ACCR implantado. Pode configurar entrave no acesso das demandas de queixas agudas aos cuidados da EqSF.

Rompendo a barreira do acesso, o usuário encontra dificuldade em “qual porta bater”, não existindo fluxo interno estabelecido para as UE. Além das dificuldades estruturais, de equipamentos e materiais, que dificultam e limitam o fazer dos agentes na atenção às UE.

Tais entraves contribuem para a redução do grau de resolubilidade das EqSF em seu PT na atenção às UE, criando um ambiente que favorece os encaminhamentos às unidades de emergência.

O bem-estar no trabalho em equipe e a prática dinâmica do gerente de unidade, foram sinalizados como favorável contribuição ao desenvolvimento do PT da EqSF na atenção às UE. É possível e promissor avançar na EPS, na implantação do ACCR, na elaboração de fluxos e mesmo na aquisição de materiais, equipamentos e melhorias da estrutura física. Ressaltamos que a EPS, a implantação do ACCR e a elaboração de fluxos, apresentam possibilidade de disparador dentro da própria equipe.

Elaboramos propostas alternativas (Apêndices D e E) a partir dos resultados desta pesquisa, buscando colaborar na superação dos limites do PT da EqSF na atenção às UE. Ressaltamos que tais propostas não devem ser tomadas como únicas, possíveis de serem implementadas.

Avançar na busca de responder às demandas programadas e espontâneas, respeitando a equidade, integralidade, resolubilidade, torna-se necessário um olhar mais atento e cuidadoso ao PT da EqSF na atenção às UE. Ressaltamos que o definidor para adesão e mudança nos modos de fazer da EqSF, é o autogoverno responsável de cada trabalhador, que é dinâmico e subjetivo, fruto do acúmulo das experiências de vida.

REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 6023**. Informação e documentação – Referências – Elaboração. Associação Brasileira de Normas Técnicas ABNT, ago, 2002.

ABNT. **NBR 10520**. Informação e documentação – Citações e documento – Apresentação. Associação Brasileira de Normas Técnicas ABNT, ago, 2002.

ABNT. **NBR 14724**. Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. Associação Brasileira de Normas Técnicas ABNT, 3. Ed., mar, 2011.

AHA. **Destaques da American Heart Association 2015**: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. 2015. Disponível em: <<http://www.perc.ufc.br/wordpress/destaques-da-atualizacao-das-diretrizes-da-aha-2015-para-rcp-e-ace/>> Acesso em: 14 Out. 2017

ANDRADE, Rebecca Soares de *et al.* Processo de trabalho em Unidade de Saúde da Família e a educação permanente. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, Ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200505&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Out. 2017.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. s de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, Judith Serra da Silva; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do (org.). **Pesquisa: s e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 27 Out. 2014.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições Loyola; Edições 70 LTDA, 2011.

BARROS, Delba Machado. **Demanda de Pronto-Atendimento ao Serviço de Emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela Estratégia de Saúde da Família: o caso de Quissamã**. [Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. Rio de Janeiro, s.n., 2007.

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

BORGES, Vera Lúcia Batista. **Atendimento a urgências em unidades de saúde da família no município de Salvador: limites e possibilidades.** Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2014.

BOING, Antonio Fernando *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 359-66, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p.18055, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 25694, Brasília, DF, 31 Dez. 1990b.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95. **Diário Oficial da União**, 17 mar 1995, Seção I, p. 3666.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Brasília, v. 134, n. 216, nov. 1996. Seção1, p. 22932-22940.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925 de 13 de novembro de 1998. Brasília, DF, **Diário Oficial da União** nº 220-E, de 17/11/98, Seção 1, págs. 8 a 14.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica.** 3. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1999. 42p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2010.pdf>> Acesso em 15 Fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3. Ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**, 28 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006c

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011a.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 jul. 2011b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, nº 12, seção 1, p. 59, quinta-feira, 13 de junho de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**. 3. ed., 1. reimpr., n. 28, v. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. 1. ed. 1. reimp. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, v. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 290 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza-SUS. Brasília, DF. 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 10, de 3 de Janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica. Brasília, DF, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.194, de 28 de Novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF, 2017c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 83, de 10 de Janeiro de 2018**. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BVS. APS. Atenção Primária à Saúde. SOF: O que é considerado área de risco em uma comunidade? **Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul**, 27. Out. 2010. Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/o-que-podemos-considerar-como-area-de-risco-em-uma-comunidade/>> Acesso em: 22 Jul. 2017.

CACCIA-BAVA, Maria do Carmo G. *et al.* Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 347-354, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47446>>. Acesso em: 12 Out. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade de Administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Ucitec, 2002. (Saúde em Debate: 108. Série Didática; 6) p. 229-266.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. **Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica:**

quem faz e como faz. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 13, n.3. Jul./Set., 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>> Acesso em: 27 Out. 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer N° 01/2018/COFEN/Grupo de trabalho sobre Programa de Formação de Agentes de Saúde – PROFAGS.** COFEN Online. 04 abr. 2018.

D'AGOSTIN, Renata de Lorenzi *et al.* O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 461-467, 2012. Disponível em: <<https://www.saocamilosp.br/pdf/mundosaude/95/8.pdf>> Acesso em: 06 Jul. 2016.

FARIAS, Deborah Curvelo de *et al.* Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 79-87, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100079&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Out. 2017.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda Espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev APS**, v. 15, n. 2, p. 148-57, abr/jun. 2012.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O Trabalho Gerencial Em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). Gerenciamento Em Enfermagem. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005. p.1-12.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON, Zuleika; MELCHIOR, Regina. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, Jul./Dez. 2005.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano.** São Paulo: UCITEC, 2003. p. 55-124.

FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. **Saúde em Debate**, n.202, São Paulo, HUCITEC; 2009. 164 p.

FREIRE, Ariane Bôlla *et al.* Serviços de Urgência e Emergência: quais os motivos que levam o usuário aos Pronto-Atendimentos? **Saúde (Santa Maria)**, [S. l.], p. 195-200, Jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/15061>>. Acesso em: 12 Out. 2017.

GARCIA, Alessandra Bassalobre; PAPA, Marília Angelina Ferreira; CARVALHO JÚNIOR, Paulo Marcondes. Estratégia de Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Revista Nursing**, v. 14, n. 167, p. 216-220, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/224831807_Estrategia_de_Saude_da_Familia_capacidade_da_equipe_para_o_atendimento_de_urgencia_e_emergencia> Acesso em: 14 Out. 2017.

GARLET, Estela Regina *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia; MORAES, Sarah Maria Escorel de; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/PortaEntrada.pdf>> Acesso em: 12 Out. 2017.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 10, n. 4, p.1170-1178, Abr. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/bde-29679>> Acesso em: 12 Out. 2017.

IWAMOTO, Helena Hemiko; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; MENDES, Iranilde José Messias. Curso introdutório para as equipes básicas do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 8 1-85, Dez. 2000.

JACOBS, Peter Christian; MATOS, Ediriomar Peixoto. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51 n. 6.p. 348-53, 2005.

JUNGES, José Roque *et al.* Processos de trabalho no Programa de Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 937-944, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jul. 2016.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 594-601, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

KINGDON, John W. (1995). **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2nd Edition. Harper Collins College Publishers. 2011.

LEVI, Tacila Machado. **Visibilidade das Atividades do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família: limites, avanços, possibilidades e desafios**. [Monografia de Graduação em Enfermagem]. Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Feira de Santana, Bahia, 2003.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2.ed. São Paulo: EPU, 2013.

LUMER, Sandra; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. O papel da Saúde da Família na atenção às urgências. **Rev APS**. v. 14, n. 3, p. 289-295, Jul./Set., 2011.

MAGALHÃES, Patrícia Lima. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção**. [Monografia de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] Universidade Federal de Minas Gerais. Corinto, MG, 2011.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Out. 2017.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n.4, p.900-911, 2011.

MARX, Karl. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2. Ed. Brasília, DF, 2011.

_____. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDONÇA, Márcia Kafer; GOUVEA, Leda Aparecida Vanilla Nabuco de. Análise dos resultados esperados de um projeto de educação permanente em saúde: efeito multiplicador e

mudanças no processo de trabalho. **Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 187-205, Mar. 2011.

MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. p. 35-77. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Série Didática, HUCITEC, 1997.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: contradições e novos desafios. In: Congresso paulista de saúde pública. **Anais**. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, p. 145-154, 2000.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. p. 71-112. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. (Saúde em Debate); 108. Série Didática; v. 6, HUCITEC, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. **Saúde em Debate**, n. 145, p. 41-66, São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2017.

MISHIMA, S. M. *et al.* Organização Do Processo Gerencial No Trabalho em Saúde Pública. In: Almeida MCP, Rocha SM, organizadores. **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Delcanale. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

NOVÁS, José díaz.; ZAYAS, Nancy Guinart. Las urgencias en la atención primaria. **Utilización del servicio**. Recibido: 6 de abril de 2007. Aprobado: 6 de mayo de 2007. Ave. Camilo Cienfuegos y calle 10, Lawton, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.

NVIVO. BUY NVIVO. STANDARD. **NVIVO 12 PRO**. [2017a]. Disponível em: <https://www.qsrinternational.com/nvivo/checkout/shopping-cart>. Acesso em: 12 Fev. 2018

NVIVO. BUY NVIVO. **Suports. Imagem**. [2017b]. Disponível: <https://www.qsrinternational.com/nvivo/products>. Acesso em: 02 Ago. 2017

OLIVEIRA, Thais Alexandre de *et al.* Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 10, Suppl. 3, p. 1397-406, Abr., 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8814/pdf_10040>Acesso em: 12 Out. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:06 Jul. 2017.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lália Blima. **Processo de trabalho em saúde**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde [Internet]. [s. d.]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html#topo>> Acesso em:06 Ago. 2016.

PELEGRINI, Alisia Helena Weiset *et al.* Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p.251-263, Abr./Jun., 2000.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia *et al.* A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n.1, p. 211-222, 2013.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Brasil. Desigualdade de renda é maior na Região Metropolitana de Salvador-RMS que no Brasil. **Atlas- Salvador**, release, [internet], 2016. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_salvador/release_desigualdade.pdf> Acesso em 06 Jul. 2016.

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:06 Jul. 2016.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:06 Jul. 2016.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira *et al.* Formação e capacitação profissional no Programa Saúde da Família de um município da região sudoeste da Bahia. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 127-143.

RONCATO, Patrícia A. Z. B.; ROXO, Cristiano de Oliveira; BENITES, Daiane Freire. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v.56 n. 4: p. 308-313, Out/Dez. 2012

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017**. Versão Preliminar, Salvador, 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Jan./Dez. 2015.

_____. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Liberdade. **Perfil Epidemiológico do Distrito Sanitário de Salvador**. 2016.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-4, Mar/Abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>> Acesso em:06 Jul. 2016.

SANTANA, Judith Serra da Silva; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do (org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

SANTINI, Stela Maris Lopes *et al.* **Perfil dos profissionais das equipes de Saúde da Família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho**. III Congresso Consad de Gestão Pública. Mar. 2011.

SANTOS, Priscila Nogueira *et al.* Oferta e demanda dos serviços na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia: organização e práticas. In: ASSIS, Marluce Maria Araújo; ALMEIDA, Márlon Vinícius Gama (org.). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, p. 149-180, 2014.

SILVA, Cleyton César Souto; HOLANDA, Aristofénes Rolim de. Parada Cardiorrespiratória: Conhecimento e Prática de uma Equipe de Saúde da Família. **Rev Bras de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 447-454, 2011.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde**., v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SOARES, Stefânia Santos. **O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

SOARES, Stefania Santos; LIMA, Luciana Dias de; CASTRO, Ana Luisa Barros de. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 170-177, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/213/216>> Acesso em: 12 Out. 2017.

SOMEKH, B.; LEWIN, C. (Org.). Teoria e métodos de pesquisa social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015

SOUZA, Ana Paula de *et al.* **Experiência dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Atendimento Pré-Hospitalar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).**

Repositório Institucional UFSC, 2008. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/119458>> Acesso em 18 Jul. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2004.

TALLO, Fernando Sabia *et al.* Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 10, n. 3, p. 194-200, Maio/Jun. 2012.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VENTORINI, Juliana Alice de Oliveira *et al.* Conhecimentos e conduta dos Agentes Comunitários de Saúde frente aos primeiros socorros. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 2, p. 353-364, Maio/Ago., 2012.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**PESQUISA: PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.**

AUTORA: Tacila Machado Levi

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Silva Servo

1ª PARTE – Caracterização da observação

Data:

Início:

Término:

Observação n^o:

Unidade observada:

Equipe observada:

2ª PARTE – DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

- **Recepção da USF**
 - Acolhimento / direcionamento interno
 - Encaminhamento a outros níveis da Rede
 - Vínculo
 - Flexibilidade
 - Criatividade
 - Resolubilidade

- **Sala de procedimentos**
 - Agentes
 - Acolhimento
 - Vínculo
 - Avaliação clínica
 - Encaminhamentos
 - Referência e contra-referência
 - Espaço físico, equipamentos, materiais
 - Resolubilidade

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

PESQUISA: PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

AUTORA: Tacila Machado Levi

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Silva Servo

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1ª PARTE – Caracterização dos participantes do estudo

Dia...../...../..... Hora.....

Início:

Término:

Nº da entrevista: _____

Categoria Profissional: _____

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de formado: _____

Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: _____

Pós-graduação: _____

Capacitação Pedagógica para atuar na Estratégia Saúde da Família: () Sim () Não

Curso na área de urgência e emergência: _____

Vínculo empregatício: _____

2ª PARTE – DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

- Fale como você desenvolve o PT na atenção às UE enquanto EqSF (relação dinâmica entre: objeto, agentes, instrumentos, finalidade, produto)
 - Atividades desenvolvidas
 - Usuário
 - Profissionais: médico, enfermeiro, téc. Enfermagem, ACS
 - Acolhimento
 - Vínculo
 - Resolubilidade
 - Trabalho em equipe
 - Cuidados de saúde
- Descreva situações de UE que você tenha vivenciado na EqSF;
- Fale sobre os limites e as possibilidades encontrados no fazer da EqSF nas situações de UE.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Na Universidade Estadual de Feira de Santana será realizada uma pesquisa intitulada **Processo da Equipe de Saúde da Família na atenção às urgências e emergências**. Nós, Tacila Machado Levi (pesquisadora responsável, mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem) e Maria Lúcia Silva Servo (pesquisadora/orientadora) da UEFS, estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem como objetivo, conhecer como ocorre o processo de trabalho da EqSF na atenção às UE e descrever os limites/dificuldades, avanços/possibilidades da EqSF na atenção às UE. Os resultados poderão ajudar a elucidar como ocorre o processo de trabalho da EqSF na atenção às UE, além da possível contribuição para uma melhor efetivação desta atenção. A coleta de dados será por meio de observação sistemática e entrevista semiestruturada, sendo a entrevista realizada individualmente, com os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, e a observação será realizada coletivamente. Se você concordar e após sua autorização, suas respostas serão gravadas no momento da entrevista, que será feita em um local que assegure sua privacidade e confidencialidade, sem qualquer entrada de outras pessoas, para garantir o sigilo da conversa; os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, porém, por se tratar de universo pequeno de participantes, pode acontecer que você seja identificado, mas esta possibilidade será minimizada através da utilização de codinomes. Durante a entrevista você poderá manifestar incômodos, constrangimentos ou conflitos de opiniões, relacionados aos aspectos abordados, porém os pesquisadores asseguram que você terá toda liberdade para não responder às questões que causam desconforto ou até mesmo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem qualquer ônus para sua pessoa e você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações a qualquer tempo. Você será observado no desenvolvimento de sua prática no processo de trabalho, mas garanto que não vou interferir na sua rotina de trabalho. O material coletado será organizado pela pesquisadora, e será guardado por um período de cinco anos e posteriormente será destruído. Os possíveis riscos estão relacionados à comunicação inapropriada de resultados da pesquisa que podem gerar situações de conflito entre os participantes da pesquisa. Porém, estes riscos serão minimizados levando em consideração os princípios éticos, empenhando-se com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos. O local e hora da entrevista serão previamente agendados conforme a sua disponibilidade. Caso venha sofrer qualquer tipo de dano comprovadamente causado pela participação nesta pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você tem direito à indenização, por parte da pesquisadora. Se vier a ter gasto causado pela pesquisa, você será ressarcido pelo mesmo, caso seja comprovado. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (75) 3161-8162 na Secretaria do Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS - Módulo VI - MPE, Km-03, BR-116, bairro Novo Horizonte, Campus Universitário, em Feira de Santana, BA. Se houver dúvidas do ponto de vista ético, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS pelo telefone (75) 3161-8067 ou pelo e-mail cep@uefs.br. Solicitamos permissão para que as informações coletadas sejam utilizadas para elaboração de resumos, artigos científicos e apresentação em eventos, relatórios de pesquisa, revistas científicas, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Asseguramos para você o retorno do resultado através da cópia da dissertação final à Unidade de Saúde da Família e através de apresentação para a qual você será convidado. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo. Feira de Santana, Bahia, ____ de _____ de 2017.

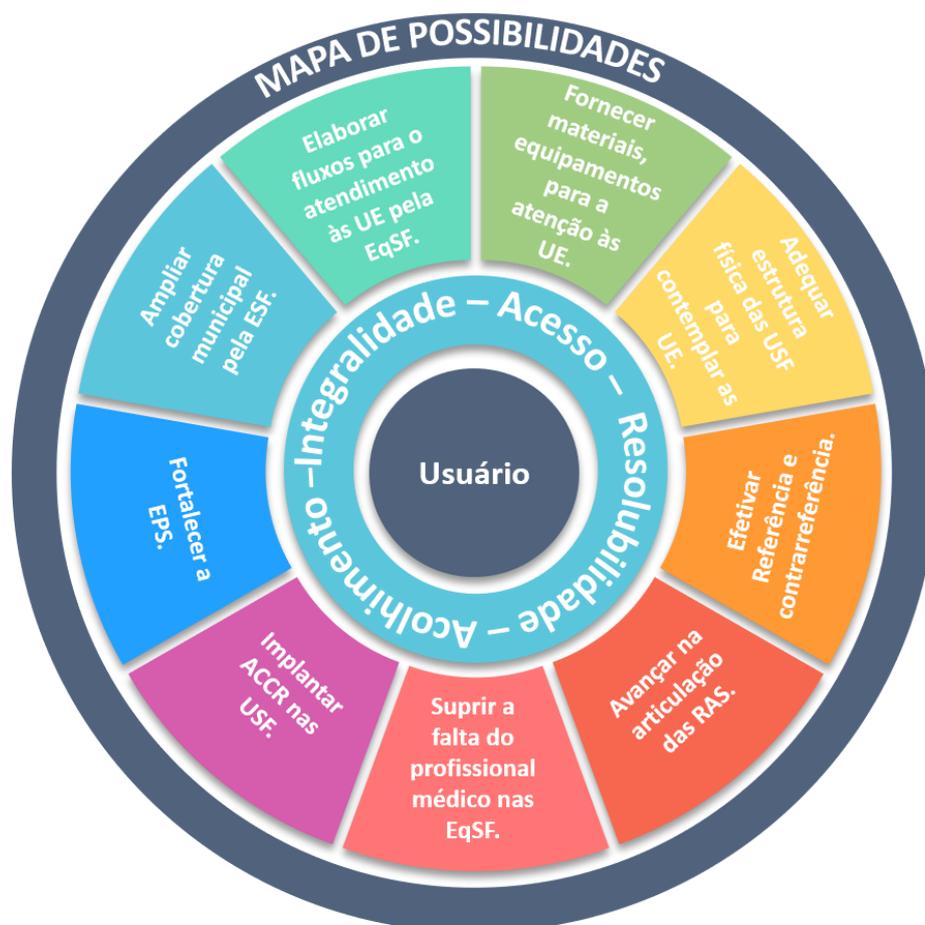
Nome do Entrevistado (a)

Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo
Pesquisadora/Orientadora

Assinatura do Entrevistado (a)

Tacila Machado Levi
Pesquisadora responsável

APÊNDICE D – MAPA DE POSSIBILIDADES PARA SUPERAÇÃO DOS LIMITES



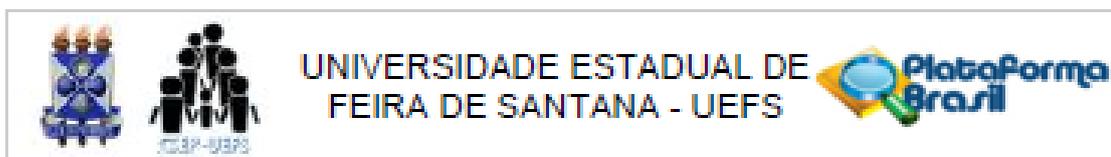
Fonte: Produzido pela autora (2018)

APÊNDICE E – SUGESTÕES PARA SUPERAÇÃO DOS LIMITES

QUADRO DE SUGESTÕES	
LIMITE	SUGESTÃO
Falta de acolhimento	Sensibilizar as EqSF em parceria com representantes da SMS e do DSL, quanto a importância da implantação do ACCR na USF.
Falta de treinamento	Articular parceria entre o Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU, a área técnica de UE da SMS e membros distritais, para elaboração de cronograma com treinamentos em EU, para as EqSF.
Desarticulação na RAS	Realizar fóruns de debates com representantes da UE Hospitalar, SAMU, PA e USF pertencentes ao território do DSL, para fortalecer os fluxos e comunicação na RAS.
Falta de materiais e equipamentos	Elaborar elenco básico de materiais e equipamentos disponíveis da rede Municipal, para atendimento das UE pelas EqSF. Representantes do NEP, da área técnica de UE/SMS e do Hospital Municipal.
Desconhecimento da inserção da ESF na RAU	Discutir internamente na EqSF sobre a PNAU e a PNAB; elaborar fluxo interno para atendimento às UE; organizar internamente treinamentos direcionados às UE.
Baixa cobertura municipal pela ESF, falta de estrutura física das Unidades e de profissional médico na EqSF	Repensar a gestão quanto à posição ocupada pela AB nas políticas de governo.

Fonte: Produzido pela autora (2018)

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: TACILA MACHADO LEVI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62433016.3.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.883.931

Apresentação do Projeto:

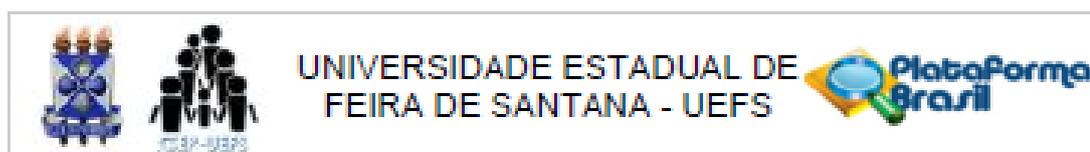
Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado, vinculado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM, do DEPARTAMENTO DE SAÚDE da UEFS, intitulado "PROCESSO DE TRABALHO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", é realizado pela mestranda Tacila Machado Levi e orientado pela Prof Drª Maria Lucia Silva Servo.

O projeto de Dissertação tem relação com área de Atuação e/ou pesquisa da Mestranda e Orientadora, faz uma justificativa coerente, adequados à temática Investigada.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. Delimita que a pesquisa será realizada na USF de San Martin do Distrito Sanitário da Liberdade, em Salvador (BA), deixando claro o porque da escolha deste distrito na capital Baiana.

Refere que os participantes da pesquisa serão "os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que compõem as quatro EqSF da USF San Martins (...) Foram estabelecidos como critérios de Inclusão, os profissionais em pleno exercício profissional no período da coleta de dados e experiência mínima de seis meses na ESF. Sendo todos contemplados pelos critérios, teremos um

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3151-5087 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.553.501

total de 16 participantes". (Projeto completo, pg. 31).

As técnicas de coleta de dados "serão a observação sistemática e a entrevista semiestruturada" (projeto completo, pg. 33) e detalha como fará a aproximação do campo, assim como realizará cada etapa da coleta de dados e fará a análise dos mesmos através da Análise de Conteúdo.

Apresenta cronograma, com coleta de dados para janeiro de 2017 e final da pesquisa em setembro de 2017. Com orçamento de 4,696,22 e informa a contrapartida institucional.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivos Gerais: "conhecer como ocorre o processo de trabalho em situação de urgência e emergência na ESF; e descrever os avanços/possibilidades, limites/dificuldades em situações de urgência e emergência na ESF." (Projeto completo, pg. 09).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

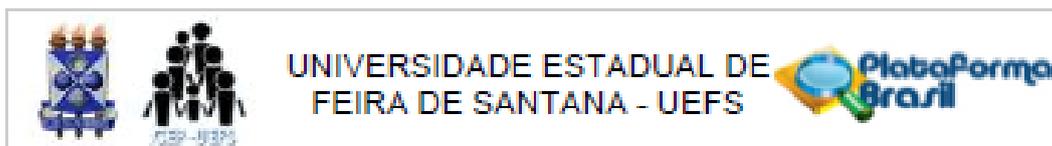
Refere que "os possíveis riscos estão relacionados à comunicação inapropriada de resultados da pesquisa que podem gerar situações de conflito entre os participantes da pesquisa. Porém estes riscos serão minimizados levando em consideração os princípios éticos, empenhando-se com o máximo de benefícios e o mínimo de riscos" (TCLE).

No Projeto resumido, aponta que "os possíveis riscos para os sujeitos da pesquisa poderão estar relacionados à dificuldade de relacionamento ou comunicação com a pesquisadora e o entrevistado ou à situação do entrevistado sentir-se constrangido, inseguro, coagido ou amedrontado em responder a alguma pergunta, apesar do esclarecimento de que ele poderá desistir em qualquer momento de participar do estudo, sem sofrer qualquer punição. Caso venha a sofrer qualquer tipo de dano comprovadamente causado pela participação nessa pesquisa, previsto ou não no TCLE, o participante terá direito a indenização por parte das pesquisadoras. Quanto aos benefícios, entendemos que os resultados encontrados, ajudarão a elucidar como ocorre o processo de trabalho em situação de urgência e emergência na ESF, além da possível contribuição para uma melhor efetivação desta atenção". (Informações básicas e TCLE)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está delimitada de forma clara e coerente, tem viabilidade ética.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8087 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.003.931

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os documentos necessários e exigidos pelo CEP, conforme resolução 466/2012. A autorização do campo de coleta, se ferere ao distrito sanitário de São Caetano e Valéria em Salvador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

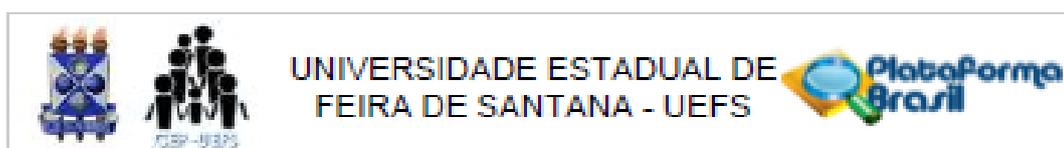
Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tolenovo.pdf	29/12/2016 18:56:54	Pollyana Perreira Portela	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoacampodecoleta.pdf	08/12/2016 23:17:47	Pollyana Perreira Portela	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831566.pdf	25/11/2016 00:27:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/11/2016 00:23:46	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
Outros	Justificativa.pdf	24/11/2016 23:30:44	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.pdf	24/11/2016 22:17:05	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_geral.pdf	24/11/2016 22:03:58	TACILA MACHADO LEVI	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.603.901

Declaração de Pesquisadores	Declaracao_orientador.pdf	24/11/2016 21:59:28	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_466.pdf	24/11/2016 21:56:52	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.odt	24/11/2016 21:52:05	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
Orçamento	Orcamento.odt	24/11/2016 21:44:04	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
Cronograma	Cronograma.odt	24/11/2016 21:42:25	TACILA MACHADO LEVI	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	24/11/2016 21:33:30	TACILA MACHADO LEVI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 29 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br