



PESQUISA

Perception of family health strategy users on emergency service

Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre o atendimento de urgência e emergência

Percepción de usuarios de familia estrategia de salud de emergencia urgencia y emergencia

Leônidas Reis Pinheiro Moura¹, Elyrouse de Sousa Brito Rocha², Maria Eliete Batista Moura³, Fabrício Ibiapina Tapety⁴, Gerardo Vasconcelos Mesquita⁵

ABSTRACT

Objective: To analyze the users' perception of the Family Health Strategy on the urgent and emergency care provided in primary healthcare. **Method:** A qualitative descriptive exploratory study with 30 users. A semi-structured interview was used as a data collection technique. The data were processed using the software Alceste 4.8. **Results:** Four classes were constructed: User satisfaction with the urgent and emergency care; Unit structure for urgent / emergency care; Justifications for seeking urgent and emergency care; Understanding of the meanings of urgent and emergency. **Conclusion:** The study showed that users are satisfied with the care received in the units although they present ambiguity when it comes to their physical structure. The respondents also failed to conceptualize urgent and emergency, and showed that the cause that led them to seek the healthcare units were changes in blood pressure, diabetes and trauma. **Descriptors:** Family Health, Healthcare, Emergency, Urgency.

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa exploratória descritiva com 30 usuários. Foi utilizada como técnica de obtenção de dados a entrevista semi-estruturada. Os dados foram processados no software Alceste 4.8. **Resultados:** Foram construídas quatro classes: Satisfação do usuário com o atendimento de urgência e emergência; Estrutura da unidade para o atendimento de urgência/emergência; Justificativas para a busca de atendimento de urgência e emergência; Compreensões do significado de urgência e emergência. **Conclusão:** O estudo mostrou que os usuários estão satisfeitos com o atendimento recebido nas unidades embora apresente ambigüidade quando se trata da estrutura física. Os entrevistados ainda não conseguem conceituar urgência e emergência, e mostram que as causas que os levaram a procurar as unidades de saúde foram alteração na pressão arterial, diabetes e traumas. **Descritores:** Saúde da Família, Assistência à Saúde, Emergência, Urgências.

RESUMEN

Objetivos: Analizar la percepción de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia en el cuidado de la atención de emergencia en la atención primaria. **Método:** Un estudio descriptivo exploratorio cualitativo con 30 usuarios. Se utilizó como técnica para la obtención de datos a la entrevista semi-estructurada. Los datos fueron procesados con el software Alceste4.8. **Resultados:** Se construyeron cuatro clases: la satisfacción del usuario con la atención urgente y de emergencia, unidad de la estructura para la atención urgente y de emergencia, las justificaciones para la búsqueda de atención urgente y de emergencia; comprensión del significado de urgente y de emergencia. **Conclusión:** El estudio mostró que los usuarios están satisfechos unidades de cuidados recibidos, aunque presente la ambigüedad cuando se trata de la estructura física. Los entrevistados también no logran conceptualizar la atención urgente y de emergencia, y muestra que la causa que les llevó a buscar las unidades de salud fueron los cambios en la presión arterial, la diabetes y el trauma. **Descriptor:** Salud de la Familia, Atención de Salud, Emergencia, Urgencia.

¹ Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professor da Universidade Estadual do Maranhão. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: leoreimo@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora da Universidade Estadual do Piauí - UESPI. Teresina, Piauí, Brasil.

³ Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa - Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: mestradosaudefamilia@uninovafapi.edu.br.

⁴ Doutor em Reabilitação Oral (Niigata University/Japan). Pós-doutor em Implantodontia (Johannes Gutenberg University em Mainz/Alemanha). Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. ftapety@novafapi.com.br.

⁵ Médico. Doutor em Cirurgia. Professor da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: gymesquita@uol.com.br

*Resultado da Dissertação do Programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

INTRODUÇÃO

No Brasil, adota-se um sistema de saúde pública, único, normatizado e que, legalmente, assegura a todo cidadão brasileiro uma assistência à saúde de qualidade, oportuna e resolutiva. Todavia, mesmo contando com esses avanços, o sistema de saúde brasileiro ainda não logrou suprir de modo satisfatório as necessidades do cidadão comum e isto se torna mais evidente quando se refere à assistência de urgência e emergência.

Desde a implantação do SUS, por determinação da Constituição de 1988 e regulamentação das Leis 8.080 e 8.1420 (1990), a atenção à saúde no Brasil propõe um modelo baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Além disso, reconhece fatores condicionantes e determinantes para a saúde: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais.¹

Na década de 1990, teve início a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de contribuir para a construção e a consolidação do SUS, propõe a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica.²

A implantação da ESF vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no Norte e Nordeste, onde as condições de vida e saúde são ainda mais precárias.³

Essa reformulação implica no atendimento aos usuários com quadros de urgência e emergência, prestado por todas as portas de entrada do SUS, de modo a possibilitar a resolução de seus problemas ou o encaminhamento para um

Serviço de maior complexidade, quando necessário. A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência, desde a atenção básica, até os cuidados pós-hospitalares, assim como na convalescença, recuperação e reabilitação.⁴

Assim, as atribuições e prerrogativas das unidades de saúde da família em relação ao atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todas as equipes de ESF em todos os municípios brasileiros, sendo que a mesma deve ser capacitada continuamente para dispensar assistência baseada no acolhimento dos quadros agudos. Frente a isso, a UBS, necessita de estruturação de recursos físicos e materiais necessários para o atendimento das situações de urgência e emergência.

Esse serviço, considerado como um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do sistema,⁵ faz parte de uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento às urgências e emergências e caracteriza-se como o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde e que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte.⁶

No entanto, a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias e não há um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde. Assim acaba buscando serviços que atendam urgências e emergências, revelando a baixa resolubilidade da Atenção Básica.⁷

Os principais fatores que contribuem com essa situação, estão relacionados com a persistência do exercício hegemônico da clínica medico-centrada, a falta de preparo dos profissionais da Atenção Básica para o atendimento

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* de necessidades de saúde mais complexas, a falta de organização da demanda espontânea e a incapacidade de absorvê-la, a dinâmica do processo de trabalho relacionado prioritariamente a práticas de saúde voltadas para a promoção e prevenção e a lógica do Serviço, organizado para o atendimento eletivo.⁸

Em adição perfil da Atenção Básica caracteriza-se com pequeno aporte tecnológico, sem apoio diagnóstico e terapêutico adequado e com composição restrita de recursos humanos.⁹

Frente ao exposto é notório que fortalecimento da atenção básica em saúde deve ser incentivado, uma vez que isso favorece a diminuição de complicações que levariam os usuários aos níveis de média e alta complexidade de atenção, minimizando, inclusive a médio e a longo prazo, os custos destes setores.

Partindo-se dessa problemática, delineou-se como objeto do estudo, a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica. Diante disso, presente estudo originou o seguinte questionamento: como os usuários da saúde na Atenção Básica percebem o atendimento de urgência e emergência?

Esta investigação tem como objetivos analisar a percepção dos usuários sobre o atendimento de urgência e emergência na atenção básica, analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família a respeito da estrutura do serviço e recursos materiais utilizados no atendimento de urgências e emergências.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, tendo como cenário desta investigação o município de Caxias-Ma. Foram selecionados sujeitos do estudo 30 usuários da Estratégia Saúde da Família das

Percepção do usuário da estratégia saúde... Unidades de Saúde que receberam atendimento de urgência/ emergência nas UBS's que abrigam as ESF investigadas.

Para a produção dos dados foi utilizada como técnica de obtenção de dados a entrevista com usuários da Atenção Básica em relação ao atendimento de Urgência e Emergência nas Unidades Básicas de saúde de Caxias-Ma. A abordagem ao usuário aconteceu após coleta de informações verbais com membros das ESF sobre a ocorrência de situações de urgência e emergência na comunidade atendida pela equipe de ESF. Em seguida, buscou-se o indivíduo que vivenciou a referida situação para ter acesso às informações sob a percepção do usuário.

Os dados foram processados no software Alceste 4.8, por meio da Classificação Hierárquica Descendente, ou seja, da relação entre as Classes formadas a partir do *Corpus*, com base nas entrevistas dos sujeitos da pesquisa.

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa receberam informações sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da realização da entrevista, seguindo as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde após o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, para apreciação e aprovação com CAEE n. 05585312.2.0000.5210.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O corpus de análise ou a Unidade de Contexto Inicial foi composto por 30 entrevistas. Para caracterizar cada uma das entrevistas foram consideradas as seguintes variáveis: sujeito (suj) (cada entrevistado foi classificado com um número seguindo a ordem numérica em que as entrevistas

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* foram realizadas); Idade (id); sexo (s); O ALCESTE dividiu o corpus em 117 Unidades de Contexto Elementar (UCE) e destas foram selecionadas 49 UCE, ou seja, 41,9% do material foi considerado para análise. A partir das UCE foram construídas 04 Classes (conjunto de UCE com o mesmo vocábulo).

Os dados encontrados na Classificação Hierárquica Descendente revelaram 4 classes semânticas que permitiram compreender, durante a análise, a percepção dos usuários na representação dos ambientes coletivos, nos quais pudessem evidenciar posições divergentes em relação às situações de urgência e emergência vivenciadas na ESF, conforme mostra a Figura 1.

Percepção do usuário da estratégia saúde...

A classe 1, relaciona-se diretamente com a classe 3 e associa-se com as classes 2 e 4, foi constituída por 12 UCEs, concentra 24,49 % das UCEs classificadas. Aqui, os vocábulo (melhorar, muita, coisa e bastante), foram selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, conforme demonstra a Figura 1.

Os usuários sinalizaram sua satisfação com o cuidado produzido pelos profissionais da USF em urgência e emergência como bom, suprimindo as necessidades dos usuários no momento do atendimento, de acordo com as UCEs seguintes:

No meu caso eu acho que não deve melhorar nada não, porque aí eu fui atendido muito bem, de, tem nada pra reclamar (...) Eu achei o atendimento legal, eu achei ótimo. Fui bem atendida. Eu gostei bastante (...) O atendimento foi bom, por que fui atendida. Eu chego lá marcar a consulta e ser atendida (...) O atendimento foi maravilhoso. Eu acho bom esse posto. Na hora que eu preciso que eu vou sou bem atendida (...).

A efetividade do acesso dos usuários às unidades de saúde e o compromisso dos profissionais em promover um cuidado integral, humanizado e resolutivo são essenciais para o fortalecimento da atenção primária como modelo de reorientação da base do sistema de saúde.¹⁰

Outros usuários referenciam um bom atendimento de urgência e emergência na SF, no entanto, percebe-se que o juízo de valor descreve os percalços vivenciados no cotidiano dos usuários no sistema público de saúde e almejam a melhorias da qualidade dos serviços de urgência e emergência na AB, considerando os princípios do SUS.

Para esse atendimento eu fui recebida normalmente, mas para

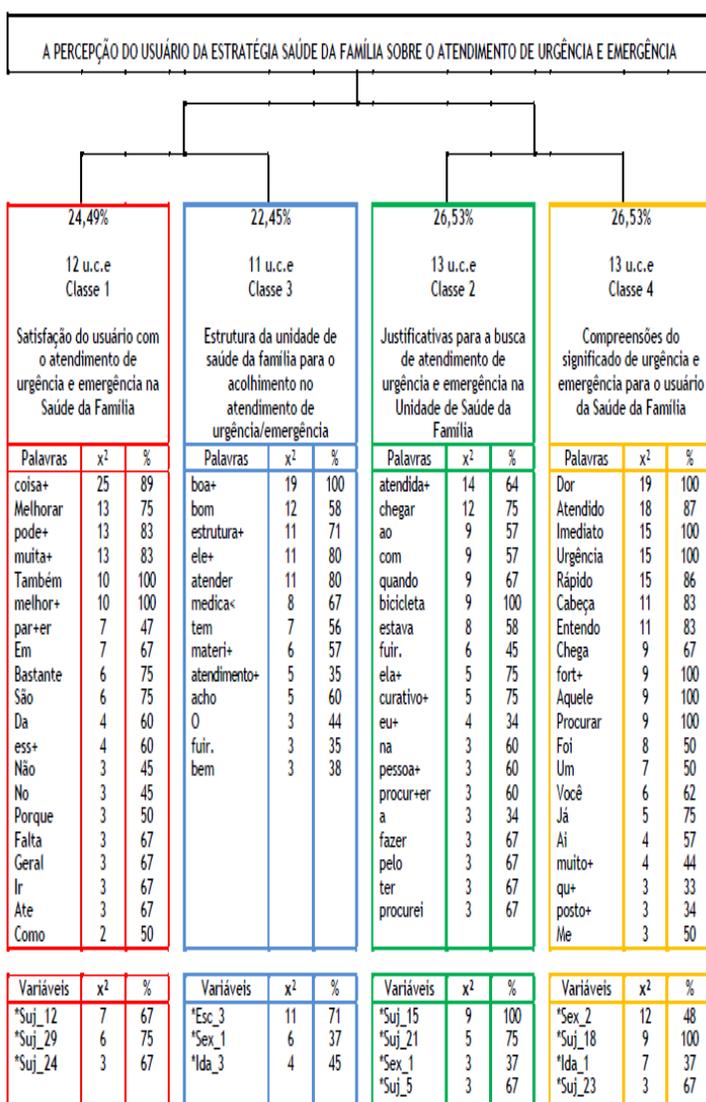


Figura 1: Classes formadas pelo ALCESTE a partir dos dados das entrevistas. Teresina, 2013. Fonte: Pesquisa direta.

Classe 1 - Satisfação do usuário com o atendimento de urgência e emergência na Saúde da Família

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*

outros atendimento teve falhas (...) o atendimento foi bom, mas precisa ser feito muita coisa pra que possa melhorar, de fato, a saúde pública como manda a lei (...).

É a partir dessa avaliação informal feita cotidianamente e relacionada a um aprendizado cotidiano e reflexivo que as imagens sobre os diversos serviços da rede assistencial se configuram. Esta é uma avaliação não percebida pelo próprio usuário no nível discursivo, embora o seja no nível de sua consciência prática. Os usuários, no seu dia a dia, realizam uma monitoração reflexiva de suas experiências, estabelecem juízos de valor sobre os diversos serviços que se apresentam a eles no sistema de saúde, ou seja, o usuário faz, cotidianamente, uma avaliação dos serviços de saúde. Essa avaliação se dá não apenas com base em suas próprias experiências, mas também em experiências referidas por outros usuários.¹¹

Para se cumprir as ações relativas à Saúde Pública, especialmente na AB, é imprescindível a elaboração de planejamento prévio, pautado nos principais anseios da população, considerando suas experiências cotidianas nos serviços de saúde, visto que a satisfação expressa pelo usuário é um dos instrumentos mais úteis na orientação das medidas corretivas para prestação dos serviços de saúde.¹²

Por outro lado, alguns usuários ressaltaram alguns pontos de insatisfação em relação à produção do cuidado pelos profissionais de saúde em urgência e emergência, evidenciando que o atendimento foi cessado pela organização formal estabelecida na USF e que leva o usuário a buscar os outros níveis de assistência dentro do sistema de saúde. Assim, a AB não consegue ser resolutiva para acolher os anseios da comunidade.

Eu fui mal atendida, pois a médica só atenderia 16 paciente que já estavam com consultas

Percepção do usuário da estratégia saúde... marcadas, é a regra do posto (...) Eu acredito que esse atendimento poderia sim ser melhorado até porque, às vezes você, e necessário que você se desloque do seu bairro, para ir ao hospital geral, e as vezes são coisas que podem ser atendidas no posto (...) Quanto ao atendimento e muito ruim, eu fui muito mal atendido (...) Eu acho que para emergência, pode melhorar e fazer mais coisas para atender a necessidades da comunidade (...).

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Os pesquisadores relatam que a resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e, o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.¹³

As falas demonstram que nas USB que as consultas de urgência e emergência são tratadas como consultas ambulatoriais, ou seja, pré agendadas, podendo trazer prejuízos a saúde do usuário, visto que, se trata de uma situação agudizadas imprevisíveis.

Corroborando com essas falas, a literatura aponta que os usuários geralmente demonstram maiores índices de satisfação em relação a médicos e menores em relação a exames; geralmente, a insatisfação se relaciona à demora por atendimento, ao tempo de espera no serviço, ao acolhimento deficiente, ter que se deslocar para outros serviços e às dificuldades nos relacionamentos com os profissionais.¹⁴

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*

As contradições identificadas nesses relatos demonstram que pode estar havendo certo distanciamento entre a equipe e alguns usuários, o que pode repercutir negativamente sobre o estado de saúde dos mesmos, uma vez que, usuários insatisfeitos tendem a não aderir ao tratamento prescrito e a não continuar utilizando os serviços de saúde da AB, devido às diversas fragilidades organizacionais estabelecidas na USF, no entanto os usuários demonstram expectativas de melhorias, como descrita a seguir.

O atendimento foi como eu falei anteriormente, foi bastante ineficaz, tem que melhorar muito, não foi atendido, porque tem que ser melhor (...) Não fui atendida, pediram para que eu voltasse no outro dia 06 horas da manhã para marcar uma consulta, pra se consultar na próxima semana. Não me trataram mal, trataram bem, mas teve esse problema (...).

Aqui se evidencia que, além de não se obter a igualdade de acesso (direito de ter direitos iguais), esse direito sobrepõe-se ao princípio de equidade que corresponde à justiça em oportunizar a distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre a população, reconhecendo-se o direito de cada um.¹⁵

A definição de equidade deve compreender não só o sentido restrito da quantidade de recursos humanos e materiais (como médicos, enfermeiros, leitos, consultórios, entre outros), mas também a qualidade dos serviços disponibilizados.¹⁶

A demanda espontânea, sem agendamento, deixa alguns usuários sem atendimento. O acolhimento e a triagem dos excedentes poderiam indicar quais os que poderiam ser reagendados e quais teriam maior premência em ser atendidos.

Essa medida serviria para verificar os que podem ser encaminhados para outros serviços ou dispensados para voltar em outra ocasião, além de estabelecer a justiça na distribuição da atenção à R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186

Percepção do usuário da estratégia saúde... saúde e seus benefícios entre a população, cumprindo assim o princípio não só do acolhimento, mas o de equidade, previsto pelo sistema, referido anteriormente, e que, é um dos sete pilares da qualidade em saúde.¹⁷

Estudo mostra as incoerências em relação à garantia do acolhimento nos serviços para os usuários, de acordo com a complexidade tecnológica, que deverá estar organizada de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, pois existem muitas fragilidades na organização.¹⁸ O autor ainda refere que o ideal, nos diferentes níveis de atenção, é formar uma rede assistencial de modo que cada serviço complemente a ação de outro por meio de mecanismos organizados e pactuados. Isso só ocorrerá se os serviços se reconhecerem como parte integrante desse sistema de urgências, atendendo adequadamente o paciente naquilo que corresponder a sua capacidade resolutiva.

A insatisfação dos usuários ainda permeia por aspectos que envolvem a competência técnica dos profissionais de saúde no atendimento nas situações que demandam no cotidiano da USF, pois foi um dos elementos que emergiram neste estudo, conforme os discursos a seguir:

Para atendimentos de emergência, os profissionais precisam melhorar bastante (...) O atendimento deixou a desejar, eu fui à procura pra ter uma orientação mais detalhada do meu problema e não consegui (...) A competência da técnica é ineficaz, a competência do posto em geral deixa a desejar (...).

A competência, como uma das variáveis que influenciam o comportamento humano, compreende dimensões intelectuais inatas e adquiridas, conhecimentos, capacidades, experiências e maturidade. Uma pessoa competente desenvolve e executa ações

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* adequadas e hábeis em seu trabalho, na sua área de atuação.¹⁹

Os profissionais atuantes no âmbito primário da saúde não estão suficientemente qualificados para a assistência às urgências e emergências, o que justifica os profissionais das unidades básicas ansiarem por uma transferência imediata sem sequer realizar uma avaliação prévia e a estabilização do paciente por insegurança e desconhecimento de como proceder.²⁰

Neste sentido, foi realizado um estudo objetivando verificar o conhecimento dos provedores de saúde no curso de Suporte Básico de Vida, no qual após a realização do mesmo, no pós-teste, embora com um crescimento de 19,79% no percentual de acertos após a realização da capacitação, os profissionais ainda apresentavam insuficiência de conhecimento acerca do local da compressão cardíaca e dificuldades no reconhecimento de sinais e sintomas de doenças cardiovasculares prejudicando o acesso precoce aos serviços de emergência.²¹

A falta de preparo dos profissionais de saúde, talvez seja o reflexo da própria dificuldade de se ensinar atendimento pré-hospitalar (APH) na academia, uma vez que esse tipo de serviço possui características que nem sempre são passíveis de adaptação em laboratórios como: o atendimento em locais de difícil acesso e a assistência em veículos, essas lacunas existentes entre teoria e prática certamente dificultam o preparo do aluno em tal especialidade.²² Essa nova área de atuação parece não ter sido totalmente incorporada pelas escolas e universidades do país, o que acarreta a não atenção por parte das instituições formadoras para o preparo dos futuros profissionais de saúde para a área de urgência e emergência e em especial em Atendimento Pré-Hospitalar, deixando lacunas na sua formação.

Assim, a situação emergencial no âmbito da atenção primária leva ao pressuposto de que o

Percepção do usuário da estratégia saúde... investimento na SF por parte dos gestores e dos próprios profissionais é de extrema relevância tendo em vista a necessidade do bem viver do paciente e do bem atender dos profissionais.²³

Classe 3 - Estrutura da unidade de saúde da família para o acolhimento no atendimento de urgência/emergência

Nesta classe, o conteúdo das 11 UCE's que corresponde a 22,45% das informações, associa-se diretamente à classe 1. As expressões (boa, estrutura, bom, material, atendimento) agrupadas, que estão expostas na Figura 1 e associados aos elementos de maior destaque nas UCEs, reforçam a percepção dos usuários sobre a estrutura da unidade de saúde da família para o acolhimento no atendimento de urgência/emergência.

Quando se aborda sobre a estrutura na Saúde da Família é importante lembrar que esta não se limita ao espaço e suas instalações físicas, quando se avalia estrutura, como: recursos humanos, materiais e equipamentos disponíveis, a amplitude de cobertura do programa e a sua demanda, para garantir a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios quando necessários.²⁴

Partindo desse pressuposto e com base nas falas dos sujeitos, pôde-se verificar aspectos concernentes à estrutura, que inclui ambiente físico, recursos humanos, materiais, equipamentos e demanda. Nesse enfoque, observou-se que os sujeitos revelaram as boas condições estruturais em relação às instalações físicas das USF para o atendimento de urgência e emergência, destacando a importância da USF para a comunidade com o estabelecimento do vínculo entre a ESF e os usuários. Entretanto, nos discursos não se evidenciou que o espaço físico das USF está adequado para realizar as intervenções segundo a estratificação da necessidade do usuário, mediante avaliação de

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*
risco e vulnerabilidade, conforme se constata a seguir.

Eu acho a estrutura muito boa, é limpo, organizado, é perto de casa (...) Nesse dia tava tudo legal. Eu não posso reclamar do material, tinha medicamento que me foi passado, tomei logo, teve injeção também e tem os profissionais para atender (...) É aparentemente a estrutura é boa, a gente vê que é tudo limpinho, organizado, todo o material (...).

Uma "boa prática" é aquela que é esperada, pensada e operada de forma científica e através do modo de prestação de serviços, que tenha como objetivo cumprir não só com as expectativas de consumo da sociedade, mas com expectativas políticas e éticas na otimização da distribuição do benefício em que se constitui a atenção à saúde e dos avanços do direito à saúde balizados na constituição brasileira.²⁵

Contudo é válido lembrar que o MS não preconiza uma padronização das estruturas físicas dessas para o acolhimento de urgência e emergência, embora ofereça sugestões para definir melhor as questões estruturais da USF para melhor atendimento ao paciente em situação de urgência³³. O ideal é que a Unidade de Atenção Primária tenha área física adequada e específica para observação por até oito horas, conforme a Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002.²⁶ É importante também que tenha equipamentos, insumos e medicamentos adequados para essas situações.²⁷

A Portaria GM/MS nº 2048, no capítulo III preconiza que a USF para realizar o acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade, num primeiro nível de atenção, devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou seja

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186

Percepção do usuário da estratégia saúde...
para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário. Esses recursos recomendados são:

Medicamentos: adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipatrópio, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, epinefrina, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose hipertônica, haloperidol, hidantoína, hidrocorizona, isossorbida, AAS, lidocaína, meperidina, ringer lactato, soro glicosado, cloreto de sódio a 0,9%
- Equipamentos: aspirador portátil ou fixo, material para imobilização (colar cervical adulto e infantil, talas moldáveis e prancha longa com tirantes e protetor lateral de cabeça), cânula orofaríngea, máscara nasofaríngea, unidade ventilatória com reservatório.
- Insumos: sonda de aspiração, oxigênio, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas.²⁶

Em relação à estrutura das USF, com ênfase no fornecimento de recursos materiais e equipamentos, os sujeitos demonstram que as realidades da assistência das urgências aos usuários são divergentes, embora se perceba a USF com melhorias, principalmente em relação ao ambiente físico e provimento de medicamentos. Entretanto, algumas USF ainda convivem em um cotidiano permeado pela escassez de insumos, falta de instrumentos e equipamentos para realização de suas atividades em urgência e emergência, especialmente, a falta de material e equipamentos, escassez no fornecimento de medicamentos, onde os usuários reconhecem as limitações no desenvolver da assistência de urgência e emergência na USF, que para muitos é único recurso que tem para recorrer nessas situações. As falas seguintes evidenciam essa problemática:

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*

Falta muita coisa no posto, falta estrutura, falta tanto na estrutura física do posto, quanto para o atendimento dos pacientes (...) Na minha visão precisa melhorar muito em termo de estrutura (...) O posto é até bom, é bonito, limpinho, mais tá faltando ainda muita coisa... tem o profissionais para atender, mas às vezes falta material (...) A estrutura do posto é boa. O atendimento normalmente é bom. Faltam materiais e equipamentos, como luvas e medicação (...).

É comum a deficiência na estrutura física de unidades básicas de saúde. Esta afirmação pode ser corroborada por estudo que avaliou a qualidade dos serviços de apoio de duas USF. Este estudo revelou, que uma das unidades não possuía estrutura física adequada para oferecer os serviços básicos.²⁸⁻²⁹

Destaca-se que essa realidade também é visualizada em um município da região nordeste no Maranhão, que focalizou as condições da estrutura das USF após expansão da SF, evidenciando que a provisão insuficiente dos meios e instrumentos de trabalho que vão da planta física inadequada à falta de formulários, de material e de equipamentos e, para além dos recursos materiais, como a insuficiência para lidar com as limitações, geram estresse e preocupação frente às exigências colocadas pelo modelo assistencial, assim, limitando a assistência ao usuário da SF³⁸. É necessário haver investimentos nas estruturas físicas da UBS, o que possibilitará melhor trabalho aos profissionais e maior conforto aos usuários.³⁰

Assim, infere-se que esse contexto não atende as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, atual norteadora da SF, que refere em sua série de normas que compete às Secretarias Municipais de Saúde garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186

*Percepção do usuário da estratégia saúde... propostas.*³¹

Alguns usuários apreendem que sanando as condições de espaço físico, com o abastecimento de equipamentos, insumos e medicamentos, pode ser oferecida uma assistência de melhor qualidade, principalmente em emergência, visando às necessidades da comunidade adstrita, como revelam as falas a seguir:

Em termo de material, também pode estar melhorando para que possa oferecer mais qualidade, um melhor atendimento à população (...) Eu acho assim, que para emergência, pode melhorar e fazer mais coisas para atender a necessidades da comunidade (...).

Os fatos verificados neste estudo, envolvendo percepção e acolhimento, mostram a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades básicas, garantindo confortabilidade, condições adequadas de trabalho para os profissionais e de espera, bem como atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas entre profissionais de saúde e usuários.

A não disponibilidade de materiais em quantidade e qualidade apropriadas à realização do trabalho interfere diretamente na qualidade do atendimento prestado ao cliente em situação de urgência e emergência. Trata-se de um fato importante, pois possibilita aos profissionais executar suas atividades de forma contínua e segura. Relatou-se ainda, que no setor de urgência, de qualquer serviço de saúde que se propõe a realizar esse tipo de atendimento, a importância da adequação dos materiais é potencializada, tendo em vista que o tempo é um fator determinante no atendimento, e a falta de um insumo pode acarretar danos irreversíveis ao paciente.³²

Outro aspecto observado nas falas dos usuários em relação aos recursos humanos foi à

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* falta do profissional médico no espaço físico da USF para prestação da assistência de urgência e emergência, demonstrando que os pacientes nem sempre têm suas necessidades atendidas adequadamente gerando insatisfação, conforme mencionado pelos sujeitos:

Sempre que vou ao posto, nunca encontrei o médico (...) Falta muita coisa, falta médico, porque infelizmente não dá para continuar como está (...) Até que tem material e ele fica limpo, mas não tem médico (...) Falta estrutura física (espaço) para o atendimento dos pacientes. Falta médico (...).

A deficiência de recursos humanos e materiais dificultam não só o atendimento como também as relações entre trabalhadores e usuários na USF.³³ Um dos fatores que contribui para a ausência dos médicos na SF é alta rotatividade desses profissionais, que atribuída à busca de melhores salários e condições de trabalho.^{30,34-35} A remuneração dos profissionais deve ser objeto de uma política diferenciada e adaptada às características locais, de modo a garantir a dedicação e disponibilidade necessárias ao bom desempenho de suas tarefas³⁶.

Foi demonstrado quando os usuários valorizam o atendimento médico especializado, reivindicando médicos especialistas para o atendimento da população. A USF deve buscar estratégias que demonstrem para a população a capacidade que o médico da família, junto com os demais membros da equipe multiprofissional tem para desenvolver ações de cuidado em todas as fases do desenvolvimento humano.³⁷

Contudo, outros usuários justificam que a melhoria da assistência na SF ocorrerá se houver investimento para aprimorar as condições de atendimento de urgência e emergência, evidenciando as fragilidades do cotidiano da assistência na SF. Essa situação gera descontentamento e desconfiança quanto à

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186

Percepção do usuário da estratégia saúde... capacidade técnica dos profissionais de saúde e aos critérios utilizados por estes na prestação do atendimento.

Eu estou achando que as unidades básicas de saúde necessitam de uma reciclagem dos profissionais pra realizar o atendimento, porque infelizmente não dá para continuar como está (...).

Os discursos dos sujeitos denotam a necessidade de capacitação dos profissionais da SF sobre Urgência e Emergência, com o propósito de melhorar o atendimento prestado aos usuários por meio da qualificação de todos os profissionais.³⁵ Nesse contexto, destaca-se a educação permanente como elemento importante no incremento científico-tecnológico e na eficácia do trabalho na SF, e que esta tem estado afastada do cotidiano dos seus trabalhadores.²³ O autor relata ainda a importância fundamental de investimentos na formação de recursos humanos que induzam ao trabalho interdisciplinar, à junção ensino/trabalho, à superação das práticas não flexíveis, para haver a inclusão da igualmente nas extensões éticas e humanísticas norteadas para a cidadania.

Com relação a este paradigma enfatiza-se especialmente a qualificação dos trabalhadores da saúde, que pensar a dimensão educativa como construtiva do trabalho de saúde significa dividir o peso da responsabilidade de decisão, geralmente centralizado, e tornar os profissionais responsáveis em avaliar suas próprias ações. Implica, portanto, incorporar essas responsabilidades em todos os momentos dos processos de trabalho de saúde.⁴⁰

Cabe ressaltar que na realidade da SF do município de Caxias não existe uma política de capacitação de recursos humanos para esse fim, e isso se traduz na prática cotidiana de seus profissionais e usuários. Para tanto, os serviços de saúde devem investir no desenvolvimento da educação em serviço, como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na área.

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*
Nessa perspectiva, torna-se possível superar a tradição de capacitações pontuais por um processo formativo que contemple a educação permanente em saúde.⁴¹

Classe 2 - Justificativas para a busca de atendimento de urgência e emergência na Unidade de Saúde da Família

A classe 2, associada diretamente à classe 4, constituída por 13 UCEs e 26,53 % do total de vocábulos (atendida, chegar, procurar, curativo e quando) agrupados e apresentados na Figura 1. Esta categoria temática de análise apresenta as motivações que levaram os usuários que vivenciaram situações de urgência e emergência para a busca de atendimento na USF. Essas situações de urgência e emergência foram de forma variadas, podendo ser classificadas por situações que envolvem dor, trauma/ lesão, hipertensão arterial e diabetes descompensados e urgências pediátricas, como febre, diarreias e insuficiência respiratória.

Os vocábulos citados como representativos embora, aparentemente, não traduzam esses casos de urgências, remetem as mesmas de maneira indireta quando identificados nos discursos.

Pode-se afirmar que os usuários procuraram esse serviço com a finalidade de solucionar suas necessidades, fossem elas urgentes ou não, algumas vezes expressas por meio da queixa, de forma inespecífica, que era a forma pela qual as portas do atendimento se abriam para eles.

No entanto faz necessário definir o conceito com a finalidade de melhor compreensão dos contextos nos serviços de saúde.

O significado atribuído aos sintomas da doença quanto à sua reação individual e emocional a esses sintomas, a sua influência não está contida só no *background* do indivíduo e sua personalidade, mas eles estão intrinsecamente ligados ao meio cultural, social e econômico em

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186

*Percepção do usuário da estratégia saúde... que ocorrem.*⁴¹

Nesse sentido, a AB é um espaço operativo no qual se dá a interação usuário/serviço/população, tratando-se, portanto, de um território ativo e em contínua configuração e, por esta razão, ele extrapola a simples definição geográfica de espaço. Somente entendido como território dinâmico, será factível a busca de respostas reais e concretas que possam alterar positivamente o quadro da saúde do grupo populacional para o qual se direciona a ação.⁴² Assim, o relato de dor foi muito frequente, ao mesmo tempo em que inespecífico descrito pelos sujeitos como queixa principal, especialmente a cefaleia, como observado a seguir:

Eu estava sentindo uma dor de cabeça muito grande, por isso fui ao posto (...) Eu levantei de manhã com tontura, dor de cabeça muito forte, tudo rodando e tive que procurar o posto de saúde pra ver o que tava acontecendo. (...) Eu comecei a passar mal em casa, uma forte dor de cabeça e mal estar, chamei logo meus pais, me levaram ao posto de saúde mais próximo daqui (...) A dor de cabeça depois foi aumentando, já depois de muito tempo, em torno de cinco horas, eu achei conveniente procurar um posto de saúde, para ver a orientação de um especialista (...).

Nesses discursos observa-se que os usuários preocupam-se com os seus sintomas que às vezes persistem por um período além do esperado, o que faz com que eles deliberem o seu problema como de emergência e avaliem precisar de atendimento imediato através da consulta médica (do tipo pronto atendimento), tanto nos serviços básicos de saúde quanto diretamente em hospitais públicos.

A dor é considerada uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal, e não existe um instrumento padrão que permita a um observador externo, no caso o profissional de saúde, mensurar

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* objetivamente essa experiência interna e complexa. De acordo com a mesma autora, a dor é considerada o quinto sinal vital, tão importante quanto os outros, e deve ser sempre avaliada em um ambiente clínico para se compreender a conduta terapêutica.⁴³⁻⁴⁴

Em relação ao trauma/lesão alguns sujeitos o relataram como causa base que motivou a buscar atendimento de urgência e emergência na USF. Esses traumas/lesões vão desde acidentes graves como automobilístico (carro e moto) a traumas leves como quedas de bicicletas e mordidas de cachorro, conforme relatado a seguir:

Fiquei com uma escoriação no braço então foi um acidente de moto. (...) Foi um acidente automobilístico no trânsito (...) Fui ao posto devido a uns ferimentos causados por uma queda de bicicleta (...) Bati com a cabeça em uma queda de bicicleta, ai eu procurei a emergência no posto (...) Foi uma mordida de um cachorro de rua (...) Sofri um acidente de bicicleta e fui ao posto para fazer curativos (...).

As lesões traumáticas são vistas e sentidas, por todos, os danos físicos, emocionais, financeiros e materiais que o trauma acarreta, têm forte impacto na sociedade, tanto para a vítima, a família ou a equipe de Saúde da família à qual esta pertence.⁴⁵

Outros usuários revelaram crises agudas de doenças crônicas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA), são agravos que tem ações integradas de prevenção e cuidado que ocorrem prioritariamente na SF, sendo frequentes urgências no cotidiano das USF, conforme os seguintes relatos:

Estava me sentindo fraca, eu tenho diabetes (...) Foi uma crise de diabetes (...) Foi um problema de pressão alta (...) No meu caso,

Percepção do usuário da estratégia saúde... eu creio que foi pressão, pressão alta (...).

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver HA e DM estabelece a necessidade de constituir programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias e de seus amigos, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Esta política funciona como a porta de entrada do Sistema de Saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes e associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM.⁴⁶

Evidenciou-se que a presença de febre e problemas respiratórios foram importantes fatores mobilizadores para procura do atendimento de urgência e emergência na Atenção Básica, como descrita a seguir.

Eu fui ao posto de saúde, quando meu filho estava doente, com diarreia (...) Eu procurei o posto por que minha filha apresentou uma crise asmática e estava tossindo muito (...) Fui ao posto de saúde por que a minha netinha estava com muita febre (...) Minha filha teve uma inflamação na garganta, muita dor acompanhada de febre e com o peito apertado (...).

Outros estudos sobre a demanda nesses serviços apontam febre e problemas respiratórios como as principais queixas para resultados semelhantes.^{37, 47} Embora a febre nem sempre seja considerada pelos profissionais de saúde como sinal de gravidade e tecnicamente por si só não justifique a procura do serviço como situação de urgência, para as mães é de preocupação e ansiedade.⁴⁸

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*

Classe 4 - Compreensões do significado de urgência e emergência para o usuário da Saúde da Família

A classe 4, associada diretamente à classe 2, constituída por 13 UCEs, concentra 26,53 % das UCEs classificadas. Aqui, os vocábulos (atendido, imediato, urgência, rápido e entendo), foram selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, conforme demonstra a Figura 1. Nesta categoria procurou-se conhecer a compreensão de usuário da SF sobre as situações de “urgência e emergência”. Aborda o saber e o sentido que o usuário atribui a estas situações propriamente dita.

No entanto faz-se necessário definir o conceito de urgência e emergência que mostra-se impreciso, a ponto levantar dúvidas quanto à definição de um significado com sentido comum e operante aos usuários e prestadores de serviços.

Urgência é ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já emergência é constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.⁴⁹

Para o Ministério da Saúde as Urgências são situações que apresentem alteração do estado de saúde, porém sem risco iminente de vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com a maior brevidade possível. O tempo para resolução pode variar de algumas horas até um máximo de 24 horas. Emergências: são situações que apresentem alteração do estado de saúde, com risco iminente de vida. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos.⁵⁰

Diante da diversidade de terminologias no meio médico e sistema de saúde, a proposta encontrada na Regulação Médica de Urgências é

Percepção do usuário da estratégia saúde... que se passe a adotar no país apenas o termo urgência para todos os casos agudos que necessitem de cuidados. Sugere-se ainda a elaboração de uma avaliação multifatorial a qual incorpore o grau de urgência à gravidade do caso, ao tempo para iniciar o tratamento, aos recursos necessários ao tratamento e ao valor social que envolve cada caso.⁵¹

No entanto, segundo Le Coutour, o conceito ampliado de urgência difere em função de quem a percebe ou sente: para os usuários ou familiares pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionado ao que é imprevisto e ao que não se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, ou seja, aquilo que não pode ser previsto.⁵²

Neste sentido, as manifestações dos sujeitos permitiram identificar várias ideias centrais relacionadas ao entendimento que os usuários possuem acerca do significado de "urgência e emergência", dando origem aos discursos coletivos.

As falas dos usuários indicam diferentes percepções sobre as situações de urgência, que variam de acordo com os problemas de saúde do usuário. As situações de urgência podem estar relacionadas à necessidade de atendimento imediato e com rapidez, bem como o aparecimento sinais e sintomas de forma súbita são definidos como urgentes, sugerindo a necessidade de avaliação imediata por profissionais de saúde, visto que para o solicitante são sinais preocupantes.

Eu entendo que urgência é você tá sentindo uma dor, aí chega ao posto e você é atendido de imediato (...) Eu entendo que uma urgência é ser atendido rapidamente. Porque a situação é grave, precisava de um atendimento mais rápido (...) Eu entendo que é quando a pessoa

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*

chega ao posto de saúde e ser imediatamente atendida (...) Atendimento de urgência é aquele que você chega e de imediato é atendido e bem acolhido no posto de saúde, no hospital.

Alguns usuários, acreditam que urgência é conseguir uma “vaga” para consultar com o médico e que este tenha preparo para conduzir as situações de urgência adequadamente na USF:

É você chegar, sentar, sua consulta está marcada e você ser atendida, rapidamente, com certeza (...) É assim que chegar, conseguir atendimento do médico, e que ele esteja apto a atender toda população (...) É quando a gente chega para se consultar no posto e ter a vaga (...).

Já para outros, o significado de urgência pode se relacionar a tudo que não está bom, nesse sentido, qualquer situação pode ser uma urgência que demanda atendimento, podendo ser uma consulta de rotina ou mesmo atendimento preferencial.

É um atendimento necessário quando alguém precisa. (...) De acordo com a sua necessidade. Passou mal, quer saber o que está acontecendo. Enfim, diante da situação, vai ao posto e procura esse tipo de atendimento (...) É quando você chega e tem um atendimento preferencial, ou seja, uma das primeiras atendidas (...).

A percepção de urgência é formulada pelo solicitante. Para usuários está articulada ao contexto geral no qual o sintoma ou o problema de saúde se manifesta e para profissionais é definida com base na gravidade dos casos e no saber biomédico. Por vezes, a concepção da urgência é distinta na visão de usuários e de profissionais de saúde. As demandas de situações de urgência estão

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186

Percepção do usuário da estratégia saúde... vinculadas a critérios individuais ou específicos de grupos sociais que, por meio da percepção da urgência, definem o que será buscado para o atendimento do usuário.⁵²

Esses aspectos indicam que a percepção de urgência está alicerçada em situações, nem sempre condizente às manifestações biológicas de maior gravidade, mas que estão interligadas a critérios e necessidades de quem solicita atendimento.³⁷

A percepção de sintomas como perda de saúde gera ansiedade, em especial quando o usuário desconhece o que possa estar ocorrendo, sendo assim, a interlocução com um profissional da saúde auxilia na tomada de decisão e lhe dá segurança.⁵³

Em relação à emergência as falas dos usuários são diversas e encontram-se vinculadas aos problemas e às necessidades de saúde que compreendem desde o risco à vida até situações de menor complexidade e gravidade, confundindo com urgência.

Emergência é isso, é chegar grave e ser atendida logo (...) Eu creio que a emergência, é quando a pessoa procura atendimento e ela quer ser atendida com rapidez (...) É a pessoa que está mesmo mal. No caso de um acidente, a pessoa chega todo quebrado, então tem que ter urgência no atendimento. Essa é a emergência (...) Emergência é o atendimento que precisa do cuidado mais rápido possível (...)

Os conceitos de urgência e emergência são frequentemente confundidos não só pelo público leigo, mas também pelos profissionais envolvidos com o setor de saúde. Por isso é fundamental sua definição para uma adequada tomada de decisão na organização deste tipo de cuidado.⁵³

A abrangência dessas interpretações e a percepção do conceito de urgência/ emergência da pessoa que solicita o socorro (paciente ou familiar) devem ser consideradas pelos profissionais que

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* atuam na área, pois, experiências pessoais exitosas e senso crítico acurado, não são condições que sozinhas consigam solucionar estes casos.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar e apreender a práxis do atendimento de urgência e emergência realizado na SF, por meio da análise da percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família em relação à sistemática de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. Pôde-se analisar a partir dos relatos dos sujeitos desta pesquisa a satisfação do usuário com o atendimento de urgência/emergência na SF, as condições da estrutura da USF para o acolhimento deste atendimento as situações de saúde que o levam a buscar esse tipo de atendimento e o significado de urgência e emergência para o usuário da SF.

Em relação à satisfação do usuário com o atendimento de urgência/emergência na SF, constatou-se a satisfação com o cuidado produzido, atendendo suas necessidades. No entanto, evidenciou-se que os aspectos organizativos das ESF contribuem para a insatisfação dos usuários, podendo ocasionar um distanciamento entre a equipe e os usuários, atendimento descontinuado e migração dos usuários para outros níveis de assistência. Esses fatores fragilizam a efetividade e a capacidade resolutive da SF no município.

Ao se caracterizar as condições da estrutura da USF para o acolhimento de urgência e emergência, com base na narrativa dos usuários, percebe-se realidades da assistência divergentes. Enquanto umas USF têm boa estrutura física (apesar de não está adequada para o atendimento segundo a estratificação da necessidade do usuário, mediante avaliação de risco e vulnerabilidade) instrumentos e equipamentos adequados, materiais e insumos em quantidade suficiente para atender a demanda e as

Percepção do usuário da estratégia saúde... situações de urgência e emergência, outras USF vivenciam com a precarização do espaço físico, escassez de recursos humanos (médico) e falta de insumos, materiais e equipamentos para realização de suas atividades em urgência e emergência. Assim, esses entraves limitam a assistência ao usuário de forma segura e contínua, além de não está em consonância com as diretrizes da PNAB e da Portaria GM/MS nº 2048.

Além disso, foi mencionado o descontentamento com o preparo técnico dos profissionais de saúde e aos critérios utilizados por estes na prestação do atendimento, que deve ser aprimorado. Acredita-se que é preciso qualificação dos profissionais que prestam atendimento na rede básica para que estes estejam abertos ao diálogo e estejam atentos à escuta das necessidades de saúde dos usuários que procuram o serviço. No sentido de que mesmo quando o profissional médico não está disponível para prestar atendimento, os outros profissionais da equipe sejam aptos a realizar assistência de acordo com seu nível de competência, garantindo que todos os usuários que procuram a USF sejam acolhidos.

No que tange as situações de saúde que levaram o usuário a buscar o atendimento de urgência e emergência nas USF, foram de forma variadas, podendo ser classificadas por situações que envolvem dor, trauma/ lesão, hipertensão arterial e diabetes descompensados e urgências pediátricas, como febre, diarreias e insuficiência respiratória. Conclui-se que os usuários preocupam-se com os seus sintomas que às vezes persistem por um período além do esperado, procurando esse atendimento de urgência e emergência na USF por está mais próximo de sua residência e com a finalidade de solucionar suas necessidades, mesmo que não seja garantido o atendimento a essas necessidades, devido às fragilidades das USF.

A concepção dos usuários sobre o significado de urgência e emergência possuem diferentes

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* percepções sobre as situações de urgência, que variam de acordo com os problemas de saúde do usuário. Assim, as situações de urgência podem estar relacionadas à necessidade de atendimento imediato e com rapidez, assim como o aparecimento sinais e sintomas de forma súbita são definidos como urgentes, sugerindo a necessidade de avaliação imediata por profissionais de saúde, visto que para o solicitante são sinais preocupantes.

Por meio deste estudo espera-se contribuir para o desenvolvimento de ações de saúde, pois ainda há muito a ser trabalhado em termos de acolhimento em urgência e emergência na SF de, sejam com educação permanente, supervisão e apoio institucional, com vistas à efetivamente qualificar o atendimento, alcançar a integralidade e a resolubilidade da assistência, contribuindo para a concretização de um modelo humanizado, idealizado pelas diretrizes do SUS, centrando todas as ações nas necessidades do usuário. Assim, se entende que essa pesquisa não esgota a temática do acolhimento nos serviços de emergência na percepção do usuário, e possibilita instigar outros pesquisadores a darem continuidade ao assunto em futuras investigações.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080. In: Cartilha n. 3 bases legais do SUS. Conselho Estadual de Saúde. 3ª ed. Brasília; 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Sistemas Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Ministério da Saúde: Brasília; 1998.
3. Alves M, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Contexto Enferm* 2005;14(3): 323-31.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n o 2048, de 05 de Novembro R. pesq.: cuid. fundam. online 2013.dez. 5(6):169-186
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2048 de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Ministério da Saúde: Brasília; 2002.
7. Santos FP, Merhy EE. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* 2006;10(19): 25-41.
8. Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>>. Acesso em: 17 jan 2012.
9. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Praxis en salud: un desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
10. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Ciência e Saúde Coletiva* 2009;5(14):1929-38.
11. Câmara JT, Fontenele AMM, Alves SMA. Avaliação do programa nacional de atenção à hipertensão e diabetes: satisfação dos usuários de uma unidade básica de saúde em Caxias - MA. *Revi Cad Pesquisa* 2012;19(1):81-7.
12. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CL. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública* 2008;24(3): 663-74.
13. Abdalla AM, Saeed AA, Magzoub M, Reerink E. Consumer satisfaction with primary health care services in Hail City, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2005; 26(1):1030-2
14. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114(1):1115-8.
15. Zucchi P, Nero CD, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.* 2000;9(1):127-50.

16. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto enferm* 2009;18(2):266-72.

17. Moscovici, F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1996.

18. Brasil. Ministério da Saúde. *Atendimento Pré-hospitalar Fixo*. In: Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção às Urgências. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

19. Souza JTF, Grassia RCF. Avaliação de desempenho dos provedores de saúde no curso de suporte básico de vida. *Einstein* 2007; 5(4):307-14.

20. Romanzini EM, Bock LF. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010;18(2):105-12.

21. Torres AAP, Santana BP. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Rev enferm saúde* 2011;1(1):107-12.

22. Stefanelli MC. *Conceitos teóricos sobre comunicação*. Manole: Rio de Janeiro; 2004.

23. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev Ciênc Saúde Colet* 1999; 2(1): 221-42.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família* Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde: Brasília 2008.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n o 2048, de 05 de Novembro de 2002. A- prova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I*. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Percepção do usuário da estratégia saúde...

27. Barroso LMM, Victor JF. Qualidade dos serviços ao cliente e dos serviços de apoio em unidade básica de saúde da família. *Rev. RENE* 2003; 4(1): 24-29.

28. Moura, BL.; Fonseca, VJ.; Ferreira, MER.; Gimenez, GMT. Avaliação da qualidade na atenção básica. *Enfermería Global*. n. 12. Febrero. 2008.

29. Câmara JT. *A expansão da estratégia da saúde da família em Caxias - MA na percepção da equipe de saúde*. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Piauí. Teresina; 2009.

30. Medeiros FA, Araújo SGCD, Albuquerque BA, Clara CIC. *Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco*. *Revista de Salud Pública* 2010;12(3):112-9.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação Médica das Urgências*. Ministério da Saúde: Brasília; 2006.

32. Silva LG, Matsuda LM, Waidman MAP. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. *Texto contexto enferm* 2012;21(2):

33. Araújo MFS, Veras KFO. Processo e Precarização do Trabalho no Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais* 2009;2(19):19-25.

34. D'agostin RL. O entendimento da Equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre Urgência e Emergência. *O Mundo da Saúde* 2012;36(3):461-7.

35. Jacquemot AC. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

36. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública* 2003;19(1):27-34.

37. Fontinele JK. *Programa de Saúde da Família (PSF) comentado*. Goiânia: AB; 2003.

38. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(4):820-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>. Acesso em: 12 jun 2012.

39. Camargo KRJ. *Vivências e reflexões de avaliação na atenção básica: a experiência dos*

Moura LRP, Rocha ESB, Moura MEB *et al.*

ELBs/Proesf em Minas Gerais e Espírito Santo. In: Hartz, ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro. Fiocruz; 2008.

40. Araújo MBS, Villas-Bôas LMFM, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Revista Ciências e Saúde Coletiva* 2008;11(4):919-26.
41. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
42. Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1994.
43. Sousa FAEF. Dor: quinto sinal vital. *Rev Latino-Am Enferm* 2002;10(3):446-7.
44. Pedrosa RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto contexto enferm* 2006;15(2):270-6.
45. Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. *Práticas educativas em Atenção Básica em saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
46. World Health Organization. *Technical report: Definition and diagnosis of diabetes mellitus and impaired glycaemic regulation*. Genebra: OMS; 2006.
47. Rati RMS. Criança não pode esperar: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência Saúde Coletiva* 2012;17(10):223-31.
48. Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM n. 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto socorros. Brasília: Diário Oficial da União; 1995.
49. Romani HM, Sperandio JA, Sperandio JL, Diniz MN, Inácio MAM. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética* 2009;17(1):41-53.
50. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
51. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizadores. *Desenvolvimento gerencial de R. pesq.: cuid. fundam. online* 2013.dez. 5(6):169-186

Percepção do usuário da estratégia saúde... unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana Saúde; 1997.

52. Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33(2):146-52.
53. Pasarín MI, Sanmamed MJF, Calafell C, Rodríguez D, Campasol S, Torné E. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. *La población opina*. *Gac Sanit* 2006;20(2):91-100.

Recebido em: 07/03/2013

Revisões Requeridas: não

Aprovado em: 25/10/2013

Publicado em: 27/12/2013