

Atendimentos às urgências e emergências na estratégia saúde da família: a percepção dos enfermeiros

RESUMO | Este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre os atendimentos às urgências e emergências. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada. Identificou-se que os enfermeiros reconhecem os casos de urgência e emergência baseado nos sinais e sintomas, além da queixa e exame físico, apresentados pelos usuários no momento do acolhimento; além de entraves que se caracterizam como desafios à implementação de ações concretas e resolutivas às urgências e emergências nesse nível de atenção. Vê-se a necessidade de se oferecer treinamentos teóricos e práticos relacionados a esse tema, sendo imprescindível fortalecer e disponibilizar protocolos e dispositivos que respaldem esse profissional a atuarem nesses casos, permitindo que os mesmos saiam do papel de telespectador e se apropriem dessa responsabilidade.

Palavras-chaves: estratégia saúde da família; emergências; enfermagem.

ABSTRACT | This study aims to know the nurses' perception of the family health strategy regarding emergency and emergency care. It is an exploratory-descriptive research, with a qualitative approach, a semi-structured interview was used to collect data. It was identified that the nurses recognize the cases of urgency and emergency based on the signs and symptoms, besides the complaint and physical examination, presented by the users at the time of the reception; besides obstacles that are characterized as challenges to the implementation of concrete and resolute actions to the emergencies and urgencies in this level of attention. It is necessary to offer theoretical and practical training related to this topic, and it is essential to strengthen and make available protocols and devices that support this professional to act in these cases, allowing them to step down as the viewer and take ownership of this responsibility.

Keywords: family health strategy; emergencies; nursing.

RESUMEN | Este estudio tiene como objetivo conocer la percepción de los enfermeros de la estrategia salud de la familia sobre las atenciones a las urgencias y emergencias. Se trata de una investigación exploratorio-descriptiva, con abordaje cualitativo, para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada. Se identificó que los enfermeros reconocen los casos de urgencia y emergencia basados en los signos y síntomas, además de la queja y examen físico, presentados por los usuarios en el momento de la acogida; además de obstáculos que se caracterizan como desafíos a la implementación de acciones concretas y resolutivas a las urgencias y emergencias en ese nivel de atención. Se ve la necesidad de ofrecer entrenamientos teóricos y prácticos relacionados a ese tema, siendo imprescindible fortalecer y disponibilizar protocolos y dispositivos que respaldan a ese profesional a actuar en esos casos, permitiendo que los mismos salgan del papel de espectador y se apropien de esa responsabilidad.

Palabras claves: estrategia salud de la familia; emergencias; enfermería.

Raimundo Faustino de Sales Filho

Enfermeiro. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Kauanny Gomes Gonçalves

Enfermeira. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Maira Crissiane de Lima Costa

Fisioterapeuta. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Jonas Allyson Mendes de Araujo

Enfermeiro. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Francisco das Chagas do Nascimento Neto

Nutricionista. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Iara Laís Lima de Sousa

Fisioterapeuta. Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

Introdução

A utilização da Estratégia Saúde da Família dentro do âmbito da Atenção Básica se configura como a melhor porta de entrada ao sistema de saúde, pois a equipe tem a oportunidade de acompanhar de perto as diversas fases da vida do indivíduo, das famílias, da comunidade.¹

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza que o Atendimento Primário a Saúde (APS) seja utilizado como porta de entrada e as equipes de Saúde da Família, como a principal estratégia para a atenção primária, pois, geralmente, o primeiro contato é o primeiro recurso de

Recebido em: 11/08/2018

Aprovado em: 10/09/2018

saúde procurado pelo usuário quando há uma necessidade/problema de saúde.²

De acordo com Dourado³, há clareza que a atenção básica deve mediar e ou ofertar o acesso às ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos.

Em consonância, a Política Nacional de Atenção às Urgências⁴ ainda afirma que assistência prestada, num primeiro nível, aos pacientes portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, provém do atendimento realizado por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde/Unidades Saúde da Família, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. Constituinte-se, assim, os serviços de atendimento pré-hospitalar fixo.⁵

Diante disso, torna-se importante estruturar toda a rede assistencial, capacitando e responsabilizando cada um dos componentes da rede pela atenção a uma determinada parcela de demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e sua capacidade de resolução.⁶

No que se refere ao processo de trabalho com foco na urgência/emergência, os profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências.⁷

Nesse processo, o enfermeiro, diante das suas inúmeras atribuições como a realização da assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde aos indivíduos e famílias; realizar consulta de enfermagem; realizar atividades

programadas e de atenção à demanda espontânea; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente¹, aparece com um papel indispensável a efetivação desse cuidado.

De modo a poder contribuir com resolução desses dilemas e resignificar ainda mais o cuidado prestado aos casos de urgências e emergências nesse nível de atenção pelos profissionais enfermeiros, buscou-se como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre os atendimentos às urgências e emergências.

"(...) há clareza que a atenção básica deve mediar e ou ofertar o acesso às ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos"

Metódos

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Com cenário de aplicação, seis Centros de Saúde da Família do município de Sobral-Ce: Coelce, Expectativa, Padre Palhano, Junco, Sinhá Saboia, Sumaré e Tamarindo. Os mesmos foram escolhidos baseados na densidade populacional do território de abrangência, o que, hipoteticamente, permite inferir na relação dos agravos e número maior de atendimentos realizados nessas unidades.

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros dos Centros de Saúde da Família do município de Sobral-Ce. Foram escolhidos dois profissionais de cada Unidade Básica de Saúde, totalizando 14 participantes. Estes foram escolhidos de forma aleatória. A escolha de dois profissionais diferentes da mesma área me possibilitou ter uma visão mais ampliada sobre o assunto.

Para definição da amostra desses participantes e permitir uma seleção condizente com os propósitos da pesquisa foi estabelecido como critério de inclusão: a aceitação em participar da pesquisa; e como critérios de exclusão: todos os profissionais que estivessem de férias ou de licença no período da coleta de dados.

O estudo teve início em setembro de 2016, com a imersão teórica no objeto, sendo a coleta de dados realizada nos meses de outubro e novembro de 2016, com conclusão no mês de fevereiro de 2017. Salienta-se que para essa participação foi imprescindível que os mesmos dessem a anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

Para a coleta de dados, usou-se a técnica da entrevista semiestruturada, com perguntas tais como, "Durante o acolhimento, como você identifica os casos que necessitam de atendimento Urgente?"; "As ações realizadas para o atendimento de urgências/emergências são adequadas?"; "Que dificuldades você enfrenta no atendimento a esses casos?". Constitui-se como uma técnica de levantamento de dados e dão grande importância à descrição formal dos informantes.⁸

Os dados coletados/transcritos foram submetidos à análise com base na categorização temática proposta por Minayo⁹, uma modalidade de análise de conteúdo que, operacionalmente, desdobra-se nas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A pesquisa obedeceu aos princípios da resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, que se caracteriza como uma pesquisa que, individualmente ou coletivamente envolva o ser humano, de forma direta ou indiretamente, em sua totalidade ou a partir deles, incluindo o manejo de informações ou materiais.¹⁰

A pesquisa foi submetida ao Sistema Integrado da Comissão Científica-Secretaria de Saúde de Sobral (SICC) com o parecer favorável de Nº 0092/2015 e, posteriormente, ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú para apreciação, apresentando também parecer favorável com o Nº 1.318.947.

Resultados e discussão

Os depoimentos foram agrupados relacionados a forma de identificação dos casos de urgência e emergência durante o acolhimento, bem como o fluxograma de atendimento seguido pelo usuário, conforme apontam as falas:

“Vai depender bastante da sintomatologia do paciente, do que ele vai apresentar na hora. A gente olha os sinais vitais... Se tiver bem alterado, por exemplo, uma pressão que está muito alta, a gente já atende, chama o médico, fazemos os devidos cuidados...” (Enfermeira 2)

As urgências se caracterizam como situações de agravos à saúde.¹¹ As emergências por sua vez são situações que apresentem alteração do estado de saúde, o tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos.¹²

Diante desses conceitos mínimos de urgências e emergências, percebe-se nas falas que os enfermeiros conseguem diferenciar os quadros de atendimento que são prioritários daqueles que não necessitam de uma intervenção imediata, e que o fazem de acordo com a identificação dos sinais vitais, anamnese, exame físico, relato, queixa e sintomatologia dos pacientes.

Ademais, é possível identificar tam-

bém métodos de abordagem cada vez mais eficazes, no que concerne ao atendimento a esses casos, já que os mesmos exigem uma atenção mais diferenciada quanto a dinamicidade, agilidade, num espaço de tempo reduzido, como é o caso do acolhimento com classificação de risco.

O acolhimento com classificação de risco, define-se como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de

"As urgências se caracterizam como situações de agravos à saúde.¹¹ As emergências por sua vez são situações que apresentem alteração do estado de saúde, o tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos¹²"

acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, tornando o atendimento humanizado, e não pessoal ou por ordem de chegada.¹³

É durante o acolhimento que o profissional deve escutar a queixa, os medos, as expectativas; identificar os riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar a dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o

cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida.¹³

Embora esse dispositivo ainda não se encontre uniformizado em todas as ESF, algumas delas o utilizam mesmo que de forma empírica:

“A gente está começando agora a trabalhar com a classificação de risco. Atualmente a gente faz uma triagem desses pacientes, tentando, de certa forma classificar em verde, amarelo, vermelho. E aí, se o paciente for de um risco mínimo, a gente agenda para atendê-lo; se paciente for de um risco amarelo, a gente encaminha para o médico, e vermelho como não fica na nossa unidade, a gente já referência para algum outro setor mais especializado...” (Enfermeira 1)

É válido salientar que esse método de acolhimento com classificação de risco é bem mais utilizado nas unidades de urgência e emergência. Entretanto, a ESF como componente pré-hospitalar fixo e reorganizadora da Atenção Primária à Saúde, para garantir os princípios do SUS de universalização, descentralização, integralidade e equidade do cuidado, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e superar as desigualdades, também apresenta a necessidade de organização do seu acolhimento com a devida classificação.

Em relação ao fluxograma de atendimento seguido pelo usuário, percebe-se que, inicialmente, há o primeiro contato com o profissional de enfermagem, seja técnico ou o próprio enfermeiro, para em seguida serem encaminhados ao médico da unidade ou outros serviços mais especializados.

“A gente tenta identificar os pacientes de urgência e emergência... a gente encaminha pro médico, ou faz a interconsulta para passar o caso logo. O médico, as vezes, tem a agenda cheia, algo já programado, e a gente tenta encaixar...e fazer o fluxo da atenção secundária, depois terciária.” (Enfermeira 5)

A Política salienta que é fundamental que as unidades possuam uma

adequada retaguarda pactuada para referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade.¹⁴

Para isso, é imprescindível que os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial estejam claramente definidos, de forma a garantir seu encaminhamento, contribuindo, assim, que o paciente tenha o direito à continuidade do cuidado, garantido na rede assistencial do SUS.

Além disso, a necessidade de serem adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada¹⁵.

“Quando o paciente ele é muito carente, que é o nosso caso, a gente faz da seguinte forma: faz o encaminhamento do paciente, liga pro carro, que é disponibilizado pela prefeitura, aí leva o paciente. Quando o carro não está disponível na

área, a gente conta com o SAMU, que faz essa transferência. Existe outra ajuda que, no caso, é o SACS (Serviço de Apoio com ambulâncias disponíveis) para levar os pacientes acamados. (Enfermeira 3)

De fato, nem todas as ESF dispõem dos mesmos artefatos para realizar seu cuidado e prestar assistência a população no território aos quais estão inseridos. Não obstante, a concepção de redes de atenção dá margem a essa assistência interdependente entre os pontos de saúde, o que possibilita compartilhar suas potencialidades em prol de um bem comum.

Essas recomendações e ações permeiam uma atenção adequada e coerente com os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, garantindo ao usuário o acesso aos dispositivos e equipamentos disponíveis nos vários níveis de cuidado da rede assistencial, de modo a conseguir suprir suas necessidades de saúde.

Conclusão

Em suma, percebeu-se que os profissionais enfermeiros das Estratégias Saúde da Família fazem o reconhecimento dos casos de urgência e emergência basea-

do no aspecto sintomatológico do usuário, utilizando-se de estratégias como anamnese e exame físico para tal. Além disso, alguns desses profissionais tem incorporado no seu cotidiano de trabalho dispositivos eficazes e humanizadores para esse atendimento, como é o caso da classificação de risco, apesar de estar longe de ser equânime.

Vê-se a necessidade de um aprofundamento/busca da desses enfermeiros, nessa perspectiva, oferecer treinamentos teóricos e práticos acerca da temática faria com que os profissionais reduzissem suas dificuldades e aperfeiçoasse seus conhecimentos de forma a agilizar e qualificar o serviço prestado.

Além disso, investimentos na área de estrutura física e organizacional, de recursos humanos e materiais; a implementar Protocolos (Acolhimento com Classificação de Risco), ou até mesmo, de forma mais aprofundada, repensar a formação desses profissionais na categoria de base, promovendo espaços de aprendizado ainda dentro das universidades voltados para esse tema, seriam importantes potencializadores para qualificar esse atendimento. 🌱

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde, Brasília, DF, 2011.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8a. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p.
3. Dourado EMR. Análise da política de atenção às urgências: uma proposta. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção às urgências. Diário Oficial da União. 3. ed. Brasília-DF, 2006. p.256.
5. Machado CV, Salvador FGF; O'dwyer, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, Junho. 2011.
6. Menzani G. Estresse de enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro [dissertação]. Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2008.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.
8. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo- Rio Grande do Sul, 2013.
9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
11. Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC. Epidemiologia & Saúde. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. cap 31.pag. 602.
12. Melo MCB, Silva NLC. Urgência em atenção básica em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 132p.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços. Brasília, 2009.56 p.
14. Garcia AB, Papa MAF, Júnior, PMC. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. Nursing, São Paulo, v. 14, n. 167, 2012. p. 2160- 220.
15. Bellan MC, Araujo II. M, Araujo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 63, n. 6, dez. 2010.