

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Letícia Petry

**GESTÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:
O ESTUDO DE CASO DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Santa Maria, RS
2023

Letícia Petry

**GESTÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:
O ESTUDO DE CASO DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva
Coorientador: Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder

Santa Maria, RS
2023

Petry, Letícia
GESTÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: O ESTUDO
DE CASO DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE / Letícia Petry.-
2023.
72 p.; 30 cm

Orientador: Luiz Anildo Anacleto da Silva
Coorientador: Rafael Marcelo Soder
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós
Graduação em Saúde e Ruralidade, RS, 2023

1. Emergência 2. Atenção Primária à Saúde 3. Atenção à
Saúde 4. Gestão em Saúde 5. Assistência pré-hospitalar
I. Silva, Luiz Anildo Anacleto da II. Soder, Rafael
Marcelo III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, LETÍCIA PETRY, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Leticia Petry

**GESTÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:
O ESTUDO DE CASO DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**.

Aprovada em 23 de novembro de 2023.

Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Rafael Marcelo Soder, Dr. (UFSM)
(Coorientador)

Márcio Neres dos Santos, Dr. (PUCRS)

Giovana Dorneles Callegaro Higashi, Dra. (UFSM)

Silomar Ilha, Dr. (UFSM)
(suplente)

Santa Maria, RS
2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida, pela força e coragem para enfrentar todas os desafios encontrados e me permitir alcançar mais este sonho. Sou grata pelo enorme crescimento pessoal e profissional que tive em minha trajetória.

À minha amada família, eternos incentivadores do meu crescimento e a razão para cada novo objetivo, em vocês encontro acolhimento, suporte e amor genuíno que sempre renovam a fé e a esperança. Ao meu amor e companheiro de vida Guilherme, pelo apoio, compreensão, carinho e cuidado que me sustentaram nessa caminhada. A vocês, de modo especial, peço desculpas pelas ausências e estresses. Sem vocês, eu nada seria.

Agradeço a Universidade Federal de Santa Maria pela oportunidade de ter um ensino público e de qualidade desde a graduação. De forma especial, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade e os docentes, pelas trocas e construção de conhecimento que contribuíram para o descortinar a docência e a pesquisa em saúde e apreciá-las com outro olhar.

Agradeço especialmente aos queridos professores Luiz Anildo Anacleto da Silva e Rafael Marcelo Soder, orientador e coorientador, pela oportunidade, apoio e incentivo na trajetória de elaboração desta dissertação. Obrigada pela confiança e amizade, por acolherem minhas inquietações e orientarem minhas escolhas. Sou grata por acreditarem em minhas potencialidades e pelos ensinamentos que proporcionaram qualidade à minha formação.

As minhas colegas de mestrado, a nossa pequena e maravilhosa turma! Encontrá-las não foi por acaso, guardo comigo as vivências compartilhadas e a parceria construída ao longo desta caminhada.

Aos professores que compõem a banca examinadora, agradeço pelas sugestões e ideias para aprimorar essa construção científica.

Também agradeço de forma especial a todos aqueles que participaram de maneira direta ou indireta nesta trajetória

Há muros que só a paciência derruba.
Há pontes que só o caminho constrói.

(Cora Coralina)

RESUMO

GESTÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: O ESTUDO DE CASO DE MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

AUTORA: Letícia Petry

ORIENTADOR: Luiz Anildo Anacleto da Silva

COORDINADOR: Rafael Marcelo Soder

A atenção às urgências e emergências representa um dos desafios ao sistema público de saúde brasileiro diante da premência das condições de saúde e serviços fragmentados. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências instituiu-se para assegurar o acesso às ações e serviços com a resolutividade e agilidade. Nessa configuração, a atenção básica é ordenadora e a porta de entrada preferencial aos usuários acometidos por condições agudas e crônicas agudizadas, assim, deve dispor de recursos necessários para ofertar o primeiro cuidado, estabilizar quadros mais graves e encaminhá-los aos outros níveis de atenção. Não obstante, a literatura mostra que existem insuficiências de recursos materiais, infraestrutura e qualificação profissional nesse primeiro nível de atenção. Sendo assim, questionou-se como a estrutura, organização e processos de saúde de dois municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência? Portanto, o objetivo desta pesquisa foi compreender como a estrutura, organização e processos de saúde de dois municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência. Para tanto, metodologicamente foi desenvolvido um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, composto por duas unidades de análise integradas que foram dois municípios de pequeno porte do norte do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados deu-se mediante três fontes de evidências que convergiram de maneira triangular: entrevistas, análise documental e observação participante. Os dados foram compilados em uma única base para o processo analítico, empregou-se a análise de conteúdo e análise descritiva simples. Ressalta-se que foram atendidos todos os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012. Os resultados são apresentados em forma de dois artigos, os quais revelaram que as unidades dispunham de recursos materiais e equipamentos, espaço físico e ambulâncias para os atendimentos de urgências e emergências. Na dimensão organizacional identificaram-se arranjos distintos para as ocorrências atendidas durante o funcionamento das unidades e no período posterior, revelando fragilidades na organização da equipe que diminuem a capacidade de resposta a essas demandas. Como mecanismos facilitadores, destaca-se o canal telefônico disponibilizado à população e o suporte remoto à equipe plantonista. Contudo, evidenciou-se a ausência de protocolos e fluxos norteadores para os atendimentos, sendo os processos assistenciais instituídos de maneira informal e de acordo com o conhecimento e experiência dos profissionais. Sendo assim, foram reveladas fragilidades assistenciais e a necessidade de protocolos para sistematizar a atuação profissional. Portanto, conclui-se que a estrutura, organização e processos são elementos interligados e condicionantes para a qualidade, efetividade e segurança da atenção às urgências e emergências nos municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: Emergência. Atenção Primária à Saúde. Atenção à Saúde. Gestão em Saúde. Assistência pré-hospitalar.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF URGENT AND EMERGENCY CARE: A CASE STUDY OF SMALL CITIES

AUTHOR: Leticia Petry

ADVISOR: Luiz Anildo Anacleto da Silva

CO-ADVISOR: Rafael Marcelo Soder

Urgent and emergency care is one of the challenges facing the Brazilian public health system in the face of urgent health conditions and fragmented services. The Urgent and Emergency Care Network was set up to ensure access to actions and services with resoluteness and agility. In this configuration, primary care is the ordering system and the preferred gateway for users suffering from acute and chronic conditions, and must therefore have the necessary resources to provide initial care, stabilize more serious conditions and refer them to other levels of care. However, the literature shows that there are shortcomings in terms of material resources, infrastructure and professional qualifications at this first level of care. The question therefore arose: how do the structure, organization and health processes of two small cities enable users in urgent and emergency situations to access the referral service? Therefore, the aim of this research was to understand how the structure, organization and health processes of two small cities enable users in urgent and emergency conditions to access the referral service. To this end, a single case study with a qualitative approach was carried out, consisting of two integrated units of analysis: two small cities in the north of the state of Rio Grande do Sul. Data was collected using three sources of evidence that converged in a triangular way: interviews, document analysis and participant observation. The data was compiled into a single base for the analytical process, using content analysis and simple descriptive analysis. It should be noted that all the ethical precepts of Resolution No. 466/2012 were complied with. The results are presented in the form of two articles, which revealed that the units had material resources and equipment, physical space and ambulances for urgent and emergency care. In the organizational dimension, different arrangements were identified for the occurrences attended to during the operation of the units and in the period afterwards, revealing weaknesses in the organization of the team that reduce the capacity to respond to these demands. Facilitating mechanisms include the telephone channel available to the population and remote support for the on-call team. However, there was a lack of protocols and guiding flows for care, with care processes being instituted informally and according to the knowledge and experience of the professionals. This revealed care weaknesses and the need for protocols to systematize professional performance. Therefore, it can be concluded that structure, organization and processes are interconnected elements that condition the quality, effectiveness and safety of urgent and emergency care in small cities.

Keywords: Emergencies. Primary Health Care. Delivery of Health Care. Health Management. Prehospital Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NEGESE	Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde
PAR	Plano de Ação Regional
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PPGSR	Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SAV	Suporte Avançado de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	OBJETIVO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1	ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REDE ASSISTENCIAL	13
2.2	DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	15
3	METODOLOGIA	18
3.1	TIPO DE ESTUDO	18
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	18
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	20
3.4	COLETA DE DADOS	20
3.4.1	Passos da pesquisa	21
3.4.1.1	Fonte de evidência 1: Entrevistas	21
3.4.1.2	Fonte de evidência 2: Análise documental	22
3.4.1.3	Fonte de evidência 3: Observação participante	23
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	23
3.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1	ARTIGO 1	28
4.2	ARTIGO 2	46
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE A - FONTE DE EVIDÊNCIA 1: ROTEIRO PARA ENTREVISTA	62
	APÊNDICE B - FONTE DE EVIDÊNCIA 2: ROTEIRO PARA O ESTUDO DE DOCUMENTOS	63
	APÊNDICE C - FONTE DE EVIDÊNCIA 3: ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E	64
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	66
	APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	68
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	69

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da existência do Sistema Único de Saúde (SUS) importantes avanços modificaram o cenário de saúde brasileiro, contudo, antigos problemas persistem e obstaculizam a consolidação do direito universal à saúde (PAIM, 2019). Frente a isso, para reorientar a lógica assistencial e superar os entraves derivados da fragmentação, foram instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), integrando as ações de saúde para responder com eficiência, efetividade, segurança, qualidade e equidade as necessidades dos usuários (MENDES, 2011).

Nesse contexto, as urgências e emergências (UE) mantêm-se como temática prioritária diante da premência das condições de saúde envolvidas. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi proposta para ampliar e qualificar o acesso dos usuários às ações e serviços necessários com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2013). Com essa finalidade, dispõe que os pontos de atenção operem de forma integrada, articulada e sinérgica, preconizando que o acolhimento, qualificação profissional, informação e regulação do acesso sejam transversais (BRASIL, 2013).

Nesse modelo assistencial, a Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada da RAS, na qual deve estar centralizada a ordenação das ações e serviços, conforme preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Nas atuais concepções, a AB partilha dos princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde, sendo tratados como conceitos equivalentes. Nesta pesquisa, optou-se por utilizar o termo AB em referência a estruturação da rede e entendendo-a como base e centro de comando do sistema (FARIA, 2020).

No que tange às UE, a AB configura-se como acesso preferencial ao usuário, sendo responsável por ofertar o primeiro cuidado, estabilizar os quadros de maior gravidade e encaminhar para outros níveis de atenção conforme a necessidade (BRASIL, 2011). Nessa configuração, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são designadas como Atendimento Pré-Hospitalar (APH) fixo, devendo prestar a assistência aos eventos de UE ocorridos em seu território (BRASIL, 2006).

Com base no exposto, o atendimento aos eventos de UE torna-se parte do conjunto diversificado de demandas pelas quais a AB é responsável, o que revela a importância da adequada estruturação, disponibilidade de recursos e qualificação profissional (RICCIULLI; ELEN, 2022). Nesse sentido, é importante conhecer as condições e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no atendimento às situações com risco de vida para poder supri-las e qualificar a assistência (OMENA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, as UE representam um desafio ainda maior em municípios de pequeno porte onde a UBS é a única porta de entrada, sendo responsável pela demanda de situações agudas e crônicas agudizadas (BRASIL, 2020). Nesse sentido, podem haver desafios relacionados à atuação nos extremos níveis de complexidade, principalmente no que se refere às situações que exigem avaliação e decisão rápida da equipe (MOURA *et al.*, 2020).

Assim posto, esta pesquisa buscou um olhar aprofundado aos municípios de pequeno porte, considerando a estratificação que os define com população inferior a 25 mil habitantes (WILLEMANN *et al.*, 2019). Compreende-se que os territórios predominantemente rurais e/ou com baixa densidade demográfica enfrentam consideráveis dificuldades nas ações de saúde e gestão em saúde decorrentes da distância geográfica dos serviços, ausência de participação popular, precariedade das condições de vida e dificuldade de alocação e contratação de profissionais (CALVO *et al.*, 2016).

Ademais, os resultados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) de 2014 mostraram que, no que tange à capacidade instalada e ao referenciamento, 85,0% dos municípios brasileiros com até 5 mil habitantes têm estabelecida uma relação inversa entre o tamanho da população e a necessidade de referenciar os usuários para ações e serviços em outros municípios, o que inclui internações (IBGE, 2015). Considerando a heterogeneidade dos processos existentes, ainda são incipientes os estudos antepostos a esses cenários (GOMES; MATOS; LOBO, 2020).

Frente ao exposto, reconhece-se a complexidade que está atrelada ao atendimento das situações de UE em locais que apresentam déficits de recursos materiais básicos e menor densidade de recursos tecnológicos disponíveis (OLIVEIRA *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020). Não obstante, enfatiza-se que esse cuidado quando ofertado por profissionais de saúde, deve, minimamente, garantir um suporte básico à vida e evitar que sejam agravadas as lesões existentes e/ou gerados novos agravos.

Nessa direção, como grande parte dos estudos disponibilizados na literatura abordam o atendimento às UE no cenário pré-hospitalar na perspectiva de componentes como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), justifica-se a pertinência em conhecer os arranjos e interfaces dispostos para a atenção prestada pela AB, em especial quando se apresenta como única porta de acesso. Considerando os desafios existentes, ressalta-se a relevância em conhecer como ocorrem as práticas, quanto à estrutura, organização e processos, na operacionalização da atenção às UE em municípios de pequeno porte.

A singularidade deste estudo relaciona-se a abordar às UE no componente com menor densidade de recursos tecnológicos, revelando os desafios no acesso à porta hospitalar de alta complexidade. Destaca-se, o acesso a um campo relevante na pesquisa em saúde, como temática prioritária no SUS, busca repercutir em benefício dos usuários e no fortalecimento da RUE.

Corroborando com o contexto apresentando, o envolvimento da pesquisadora com temáticas envolvendo a gestão do cuidado e dos serviços de saúde iniciou durante a trajetória acadêmica, com o desenvolvimento de estudos voltados no contexto da atenção primária. Posteriormente, o processo formativo realizado por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência/Intensivismo possibilitou aproximação e olhar atento à temática UE. Nesse processo, destacam-se o conhecimento e experiências obtidas no cuidado ao paciente crítico da AB à terapia intensiva, sendo desvelada a complexidade atrelada em cada cenário.

Nessa direção, essas questões estão presentes no atual exercício profissional como enfermeira em uma unidade de emergência de um hospital de grande porte, com a participação na regulação e no recebimento de pacientes provenientes de municípios com diferentes portes que são transferidos à porta hospitalar de referência. Nesse contato com profissionais e pacientes que têm na AB a porta de acesso à rede, emergiu o interesse em conhecer e compreender a atenção às UE nesses cenários.

Ademais, a sustentação teórica-científica oportunizadas pela inserção no Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde/Universidade Federal de Santa Maria (NEGESE/UFSM) e no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria (PPGSR/UFSM) viabilizou o desenvolvimento desta pesquisa na linha de pesquisa atenção à saúde da população rural nos ciclos da vida.

Parte-se do pressuposto que os municípios de pequeno porte podem apresentar fragilidades no que concerne à estrutura (equipamentos, recursos materiais e humanos), organização (formas de gestão da assistenciais) e processos (modelos assistenciais) adequados às necessidades dos usuários nas situações de UE, visto que a AB é a porta preferencial nesses casos.

Posto isso, esta pesquisa embasou-se no seguinte questionamento: como a estrutura, organização e processos de saúde de dois municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência?

1.1 OBJETIVO

Compreender como a estrutura, organização e processos de saúde de dois municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo apresenta o referencial norteador utilizado no presente estudo, sendo subdividido em dois eixos: “Organização da atenção às urgências na rede assistencial” e “Desafios da atenção básica no contexto das urgências e emergências”.

2.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA REDE ASSISTENCIAL

O conceito de urgência refere-se à ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, que gera sofrimento ao paciente e por isso necessita de assistência médica e, no que se refere à definição de emergência, trata-se da presença de agravos à saúde que impliquem em sofrimento intenso ou risco iminente de morte e que requerem tratamento médico imediato para manutenção da vida (BRASIL, 2014).

No sistema de saúde brasileiro, foi a partir de 2002 que as UE foram entendidas como área que exigia investimentos prioritários em razão da crescente demanda de atendimento e a estruturação insuficiente dos serviços de saúde (MOURA, 2004). Frente a isso, a publicação da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as atribuições, o dimensionamento e a organização estrutural das diferentes unidades. Essa portaria introduziu questões essenciais como a qualificação profissional, a regulação do acesso, as responsabilidades e os recursos necessários para cada nível de atenção (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, os eventos por causas externas já representavam uma das maiores causas de incapacidades físicas e mortes prematuras, gerando gastos significativos à economia e, portanto, revelando-os como problemas de saúde pública (MALTA *et al.*, 2017). Imbuído por esse panorama, o Ministério da Saúde instituiu em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), preconizando que a atenção às situações por ela deliberadas fossem desenvolvidas em todos os níveis do SUS, tendo como pilares a promoção, a organização da rede assistencial, regulação médica de urgência, a capacitação dos recursos humanos e humanização da assistência (BRASIL, 2003).

Diante da acelerada progressão de mortes por eventos de natureza traumática e os agravos decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis, revelou-se a necessidade de reorganização do modelo assistencial. Entendendo que a resposta a essas demandas não requer apenas de assistência imediata, a PNAU foi reformulada pela Portaria GM/MS nº 1.600/2011, instaurando a Rede de Atenção às Urgências e Emergências como estratégia para ampliar e

assegurar ao usuário o acesso às ações e serviços com resolutividade e em tempo adequado (BRASIL, 2011).

A RUE é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Salas de Estabilização; UPA e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas; Atenção Hospitalar; Atenção Domiciliar; e Força Nacional do SUS (BRASIL, 2011). Nessa proposta, o objetivo central está em reordenar a atenção às UE por meio da coordenação das ações e serviços pela AB, também estabelece que sejam realizadas ações de promoção e proteção à saúde, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos de forma qualificada e resolutiva por meio do trabalho em equipe (BRASIL, 2013).

Dada a complexidade da atenção às UE, outras portarias e manuais foram publicadas pelo Ministério da Saúde para regulamentar o atendimento no sistema de saúde. Entre esses documentos, destaca-se o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS como material técnico para orientar gestores, trabalhadores e usuários sobre as principais diretrizes e normativas para a implantação da RUE nos diferentes territórios (BRASIL, 2013).

Ao considerar a organização das ações e serviços de saúde em redes assistenciais, é preciso refletir que não se trata de uma simples ligação entre os pontos de atenção, mas de um espaço em que os profissionais constroem as condições necessárias para operar os serviços, sendo necessário entender suas dependências e interdependências (SANTOS; ANDRADE, 2013). Nesse sentido, a fragilidade na integração entre os níveis de atenção, barreiras de acesso aos serviços, o acesso à serviços não apropriados e perda da continuidade do cuidado são condições que refletem a fragmentação do sistema de saúde (ROS, 2016).

Nessa perspectiva, embora a RUE preconize que o acolhimento dos usuários com quadros agudos seja realizado por todos os componentes e que sua atuação ocorra de forma articulada, a integração dos níveis de atenção e sistemas de apoio ainda é um desafio no SUS (RODRIGUES *et al.*, 2014). Sendo assim, os avanços no âmbito da saúde não foram suficientes para superar a fragmentação dos serviços e possibilitar a integralidade do cuidado (ROS, 2016).

À vista disso, torna-se relevante compreender a estruturação e organização dos serviços de saúde. O objetivo maior na estruturação dos sistemas de saúde refere-se à oferta de serviços para os usuários, de maneira que as estratégias assistenciais possam impactar qualitativamente. Para além de aspectos que incluem a dimensão física (energia, serviços, produção, transporte, comunicação) e aporte de equipamentos, a estruturação precisa incluir as relações que se estabelecem como o georreferenciamento, indicadores, fluxos e informações (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

No que concerne à oferta dos serviços de saúde, as estruturas desempenham um papel primordial para celeridade e efetividade das ações assistenciais, sendo uma das formas de correção de assimetrias assistenciais nos diferentes cenários, principalmente no que se refere ao acesso de serviços de alta complexidade (OUVERNEY; NORONHA, 2013). Assim posto, a organização abarca o suporte às atividades clínicas, assistência farmacêutica, transporte, prontuário eletrônico e sistema de apoio diagnóstico (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Frente ao exposto, embora o SUS esteja politicamente organizado para garantir o acesso universal, na prática esse princípio não tem sido efetivado, em especial no que tange às ações de média e alta complexidade (ARAÚJO; NASCIMENTO; ARAUJO, 2019). Dessa forma, retoma-se o papel da AB como acesso preferencial às demandas de UE e sua contribuição na estruturação da rede assistencial.

2.2 DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A AB desempenha um papel importante no sistema de saúde brasileiro, sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas direcionadas a populações adscritas e dirigidas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Como primeiro nível de atenção, objetiva assegurar o atendimento integral ao usuário de forma universal e gratuita (BRASIL, 2011).

Nessa direção, a AB constitui o único nível de atenção presente em todo o território, sendo através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais que se deve viabilizar o acesso do usuário aos outros níveis de cuidado. Sendo assim, entende-se que a territorialização do sistema de saúde depende da inserção da AB como porta de entrada e centro de comando, sendo perceptível seu papel estruturante e estratégico na constituição das RAS (FARIA, 2020).

Sendo a principal porta de acesso, também compete à AB prestar o primeiro atendimento às situações de UE, devendo ampliar o acesso e fortalecer o vínculo por meio do acolhimento e avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011). Na perspectiva assistencial, as UBS constituem o componente pré-hospitalar fixo e são responsáveis pelo atendimento dos quadros agudos de natureza clínica, cirúrgica, psiquiátrica e obstétrica, devendo acolher e ser resolutiva em situações de baixa complexidade, estabilização dos quadros

de maior gravidade e encaminhamento aos serviços de referência conforme a necessidade (BRASIL, 2002).

Dentro da RUE, o processo de trabalho dos profissionais da AB deve incluir o acolhimento com escuta qualificada, a classificação de risco e a identificação de riscos, necessidades de saúde e vulnerabilidades da população. Para tanto, a AB deve coordenar o cuidado, organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários entre os pontos de atenção e atuar como centro de comunicação (BRASIL, 2013).

Para cumprir com essas determinações, é importante que o serviço possua estruturação necessária para ofertar os primeiros cuidados às UE que ocorram na sua área de abrangência (BRASIL, 2002). Assim sendo, a AB deve ser resolutiva diante de quadros agudos ou crônicos agudizados que caracterizam a demanda espontânea, o que abrange classificar o risco, organizar e priorizar a assistência (SILVEIRA, 2020).

Não obstante, apesar de estar regulamentada a responsabilidade da AB sobre os atendimentos de UE, consideram-se insuficientes as orientações e definições no que tange às condições mínimas para acolher tais demandas nas unidades e a qualificação profissional necessária para ofertar cuidados seguros e de qualidade (GARCIA, 2019). Somado a isso, existem fragilidades estruturais para a efetivação da RUE decorrentes de barreiras no acesso aos serviços, precarização e desigualdade na alocação de recursos, dissonância nas formações dos profissionais de saúde, superlotação dos serviços de urgência e fragilidade dos mecanismos de referência (TIBÃES *et al.*, 2017).

Nesse viés, Garcia, Papa e Carvalho Júnior (2012) evidenciaram que 55,3% dos profissionais não conheciam a PNAU, 76,3% declararam que a unidade não possui os materiais necessários para a estabilização de quadros de UE e 44,8% dos médicos e enfermeiros admitiram a falta de preparo para esses atendimentos. Sendo assim, identificam-se insuficiências na estruturação dos serviços de atenção primária (GARCIA; PAPA; CARVALHO JÚNIOR, 2012).

Considerando as UE como ocorrências imprevistas, com ou sem risco à vida, define-se o tempo em que o atendimento deve ser realizado como “hora de ouro”, o qual expressa maiores chances de sobrevivência quando o atendimento é ofertado com agilidade, por profissionais capacitados e com materiais, medicamentos e equipamentos adequados para a estabilização (FARIAS *et al.*, 2015). Portanto, a qualidade, associada ao tempo empregado entre o reconhecimento e a estabilização às UE, transfigura-se como fator determinante (CASSINELLI *et al.*, 2019).

Assim posto, é essencial que as equipes da AB aprimorem constantemente a capacidade técnica e avaliativa para que possam estar preparadas para o reconhecimento e intervenção frente às demandas de UE (SILVA, 2019). Ademais, também se faz necessário estruturar e qualificar os componentes da RUE, capacitando-os e responsabilizando-os, dentro de seus limites de complexidade e capacidade de resolução aos problemas de saúde (BARROS; SÁ, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada por meio de um estudo de caso único, composto por duas unidades de análise integradas (YIN, 2015). Entende-se que as investigações de caráter qualitativo promovem melhor compreensão acerca do objeto à medida que aproximam o pesquisador da realidade explorada.

O estudo de caso se caracteriza como investigação empírica utilizada para entender um fenômeno contemporâneo – o caso – em profundidade e no seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente conhecidos (YIN, 2015). O método propõe o emprego de múltiplas fontes de evidências por meio de diferentes técnicas de pesquisa para que sejam alcançadas o maior número de informações e que a triangulação dos dados obtidos permita a apreensão da totalidade de uma situação (YIN, 2015).

Além disso, atribui-se o estudo de caso com a finalidade de produzir um relatório ordenado e crítico do fenômeno em estudo para que sustentem a proposição de ações transformadoras (CHIZZOTTI, 2003). Portanto, condiz-se suficiente para fundamentar um julgamento, propor uma intervenção e retratar a realidade revelada sob a multiplicidade de aspectos globais (CHIZZOTTI, 2003).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida em dois municípios de pequeno porte localizados no Norte do Estado do Rio Grande do Sul.

Neste delineamento investigativo, considerou-se a estratificação quanto ao porte populacional utilizada por Willemann *et al.* (2019) que define como municípios de pequeno porte aqueles com população até 25 mil habitantes. Nesse sentido, a escolha dos locais de pesquisa delimitou-se ao território de abrangência da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul. Foram estabelecidos como critério de inclusão: população inferior a cinco mil habitantes, pactuação estadual à porta de entrada hospitalar para UE, ausência de instituição hospitalar ou UPA no território e maior fluxo de entrada de pacientes via unidade de emergência de uma instituição hospitalar no período de 180 dias.

Nessa direção, realizou-se uma avaliação inicial dos 62 municípios que compõem a 6ª CRS, o que permitiu identificar o predomínio de municípios (30) com população inferior a

cinco mil habitantes (IBGE, 2015). A partir desses municípios, foram empregados os demais critérios para a definição das unidades de análise do estudo.

No que se refere à pactuação à porta de entrada de UE, as referências para os atendimentos de UE encontram-se descritas no Plano de Ação Regional (PAR) de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte reestruturado em maio de 2020 (RIO GRANDE DO SUL, 2020). De acordo com as definições, a regional dispõe de duas instituições hospitalares habilitadas como portas de entrada tipo II com pactuação de acesso a todos os municípios, dentro dos recursos e serviços disponibilizados. Cabe especificar que essas instituições, de acordo com a Portaria nº 3.590, de 18 de dezembro de 2020, são atribuídas pelo atendimento de forma ininterrupta às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e traumatológicas (BRASIL, 2020).

Assim sendo, por meio da análise do PAR e de informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) identificou-se que os 30 municípios preencheram os critérios de porte populacional, pactuação de porta de entrada e ausência de outros componentes da RUE em seu território.

Em seguimento, realizou-se um levantamento de dados preliminares em uma instituição hospitalar referência para média e alta complexidade aos municípios do estudo com o intuito de identificar os municípios com maior fluxo de entrada de pacientes via unidade de emergência no período de 180 dias. Os dados foram obtidos por meio do sistema de informação e a busca considerou as entradas no serviço de emergência no período de agosto de 2021 a fevereiro de 2022. A partir desse levantamento, identificou-se dois municípios com predomínio de acesso, elegendo-os como unidades de análise do presente estudo.

As unidades foram codificadas como U1 e U2 para o desenvolvimento da pesquisa. a U1 possui população de 3.267 mil habitantes, área territorial de 113,944 km², densidade demográfica de 28,67 hab./km², PIB *per capita* de R\$ 33.462,51 e localiza-se à 42,3 km do município referência para média e alta complexidade. Já a U2 possui uma população de 2.553 habitantes, área territorial de 238,268 km² com densidade demográfica de 10,71 hab./km², PIB *per capita* de R\$ 43.904,45 e situa-se à 23,5 km da referência hospitalar (IBGE, 2023).

Com relação à estrutura de saúde, os dois cenários dispõem de uma UBS com uma Equipe de Saúde da Família (eSF) e uma Equipe de Saúde Bucal homologadas no e-Gestor. De acordo com o registro do CNES, na U1 atuam 34 profissionais de saúde e na U2 atuam 52 profissionais de saúde incluindo 11 profissionais inseridos em um programa de residência multiprofissional (BRASIL, 2022).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde dos segmentos assistencial e gestão dos respectivos municípios. No segmento assistencial foram incluídos os profissionais da equipe de saúde que atuam diretamente no atendimento, avaliação e transferência do usuário em situação de UE: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores de veículo de emergência. O segmento gestão foi representado pelos secretários municipais de saúde.

Foram considerados como critérios de inclusão: atuar diretamente na assistência às UE nos municípios por período superior a 6 meses e para o segmento gestão, estar no cargo a mais de 6 meses. Entende-se que este período permite possibilita aos participantes o conhecimento das configurações estabelecidas para os atendimentos de UE nos cenários de atuação. Foram considerados não elegíveis para o estudo os profissionais em afastamento do trabalho por licença ou qualquer natureza durante o período da pesquisa. A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional (POLIT; BECK, 2011).

Participaram do estudo 11 profissionais de cada unidade de análise, totalizando 22 participantes. Salienta-se que ocorreram duas recusas, uma em cada local e uma entrevista da U2 foi excluída devido a incongruência nas respostas. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica dos dados, o encerramento da coleta de dados ocorre quando o acréscimo de novas informações não altera a compreensão do fenômeno em estudo (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

3.4 COLETA DE DADOS

Conforme os princípios do método, este estudo foi desenvolvido por meio de três fontes de evidências: entrevistas, análise documental e observação participante.

Como primeira fonte, a entrevista é considerada como recurso de pesquisa essencial para o estudo de caso em razão de ser direcionada e perceptiva, isso possibilita manter o foco aos tópicos do estudo e alcançar explicações, percepções e significados dos participantes (YIN, 2015). Conforme preconiza o método, foram realizadas entrevistas em profundidade de modo que as questões propiciem conversas guiadas e fluidas na linha de investigação (YIN, 2015).

A segunda fonte de evidência correspondeu à análise documental, que se constitui como recurso de pesquisa relevante para a corroboração de evidências provenientes de outras fontes, visto que estabilidade, descrição, exatidão e ampla cobertura são seus pontos fortes (YIN, 2015).

A terceira fonte de evidência utilizada foi a observação participante, considerada como recurso de pesquisa que permite acessar, de modo diferenciado, os eventos ou grupos que seriam inacessíveis ao estudo de outro modo, além disso, permite a percepção da realidade sob o olhar de alguém interno na obtenção de um constructo preciso do fenômeno em estudo (YIN, 2015). A técnica apresenta como ponto forte a contextualização, pois promove acesso aos eventos em tempo real e cobertura do contexto do caso (YIN, 2015).

Ademais, recomenda-se a utilização de um instrumento para o desenvolvimento da observação no estudo de caso (YIN, 2015). Para que essa etapa seja válida e fidedigna, Lüdke e André (1986) orientam seu desenvolvimento de forma controlada e sistemática com o planejamento para “o quê” e “como” observar dados. Considera-se a observação como possibilidade de um contato estreito com o fenômeno em estudo. Neste estudo, portanto, o pesquisador assumiu o papel de observador como participante, em que sua identidade e objetivos são revelados aos participantes desde o início, o que pode permitir o acesso a uma gama variada de informações, inclusive confidenciais (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

3.4.1 Passos da pesquisa

O desenvolvimento deste estudo seguiu os passos descritos a seguir.

3.4.1.1 Fonte de evidência 1: Entrevistas

As entrevistas foram realizadas por meio de instrumento norteador elaborado pelos pesquisadores (Apêndice A) que contém dados de caracterização dos participantes e questões conversacionais que contemplam os objetivos do estudo. No que se refere à caracterização, foram incluídas informações referentes a idade, formação, tempo decorrido desde a formação, tempo de atuação no cargo atual, tempo de atuação com as UE e realização de qualificações na temática UE. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, a qual possui experiência com a técnica de pesquisa, de forma presencial e individualmente, mediante agendamento prévio, durante o horário de trabalho e em local reservado da unidade de saúde. Foram audiogravadas com dispositivo eletrônico, com duração média de 35 minutos, sendo posteriormente transcritas na íntegra. O registro do áudio foi utilizado em razão de fornecer interpretações mais precisas (YIN, 2015).

Os profissionais participantes foram identificados por meio de codificação nominal, realizada pela substituição do nome pela letra inicial da categoria profissional seguida do

número sequencial que corresponde a entrevista (como exemplo, enfermeiro 1: “E1”) e do código aplicado à unidade de análise de origem (U1 e U2).

3.4.1.2 Fonte de evidência 2: Análise documental

Os dados relativos à documentação foram coletados em dois momentos. Primeiramente, buscou-se por resoluções, leis, protocolos, normas, rotinas e outros documentos normatizadores do atendimento das situações de UE nos municípios. Os documentos disponíveis foram cedidos pelo enfermeiro coordenador da AB durante a presença da pesquisadora em campo e foram anexados ao banco de dados por meio de cópias físicas ou digitais para posterior análise. Para nortear a coleta de dados nesta fonte, utilizou-se um roteiro com critérios para avaliação do conteúdo dos documentos acessados, que está detalhado no Apêndice B.

Em um segundo momento, realizou-se uma busca de dados na instituição hospitalar citada anteriormente. Essa coleta buscou identificar os pacientes encaminhados dos municípios durante os meses de outubro a dezembro de 2022. Para tanto, foram gerados relatórios semanais pelo software MV 2000 a partir das informações: data do atendimento, município de procedência, número de atendimento e entrada via unidade de emergência.

A partir dos pacientes levantados, buscaram-se informações complementares nos prontuários eletrônicos relativas à condição clínica reconhecida pela equipe que prestou o atendimento no cenário pré-hospitalar, presença de condição de UE que justifique o encaminhamento, tipos de urgência mais encontradas, diagnóstico evidenciado no hospital, necessidade de internação e o desfecho dos pacientes no período acompanhado. Todas as informações obtidas foram compiladas em uma planilha do Microsoft® Office Excel que foi nomeada como relatório de acesso.

Para preservar o anonimato dos pacientes incluídos, durante a coleta de dados foi empregada uma codificação sequencial (paciente 1: P1, e assim sucessivamente). Para tanto, foi elaborada uma outra planilha para uso exclusivo dos pesquisadores composta pela referida codificação, o número de registro no hospital e as iniciais dos pacientes incluídos. Essa planilha serviu de referência para identificar os pacientes e diferenciá-los nas situações em que houveram mais de um atendimento ou internação no período do estudo.

3.4.1.3 Fonte de evidência 3: Observação participante

A coleta de dados por meio da observação participante foi desenvolvida nas oportunidades em que a pesquisadora esteve presente nas unidades para obtenção das outras fontes. Para direcionar a coleta, em conformidade com os preceitos metodológicos do estudo de caso, empregou-se um instrumento observacional elaborado pelos pesquisadores (Apêndice C). A utilização teve como objetivo potencializar a funcionalidade do diário de campo e contemplar os aspectos relativos à estrutura, organização e processos envolvidos no atendimento das UE nos cenários. Sendo assim, o instrumento foi estruturado como um roteiro na direção desses aspectos de interesse.

O instrumento foi estruturado como um roteiro baseado nas deliberações da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 e na bagagem profissional dos pesquisadores (BRASIL, 2006). A estrutura foi avaliada por meio de um *checklist* elaborado com elementos de estruturação e recursos físicos e os eixos organização e processos foram avaliados a partir de tópicos norteadores para os registros em diário de campo.

Para a obtenção dos dados, a observação foi realizada com a colaboração dos profissionais da equipe de saúde no acesso aos componentes estruturais, bem como pelo acompanhamento das atividades dos profissionais durante a dinâmica de trabalho. As informações obtidas pela observação foram registradas em diários de campo e transcritas posteriormente.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Com o objetivo de que as informações coletadas a partir das fontes de evidência corroborem com a mesma descoberta, os dados foram compilados em uma única base para o desenvolvimento do processo analítico. Entende-se que a triangulação dos dados reforça a validade do constructo e amplia o poder explicativo dos resultados (YIN, 2015).

Nessa perspectiva, foram realizados os seguintes procedimentos com os dados coletados. As gravações obtidas pelas entrevistas foram transcritas na íntegra em um documento do Microsoft® Office Word e os registros de áudio foram armazenados em computador. Do mesmo modo, os registros resultantes da análise documental e observação em seus respectivos instrumentos foram transcritos e agregados na base de dados. A análise considerou os tópicos norteadores elencados nos instrumentos e os aspectos convergentes ao objetivo do estudo. Os

dados obtidos por meio do *checklist* e do relatório de acesso foram tratados por uma análise descritiva simples.

Para a apreciação dos dados, empregou-se o referencial metodológico da Análise de Conteúdo proposto por Bardin, aplicando-se as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise compreendeu a fase de organização e leitura flutuante dos dados provenientes das fontes de evidências, observando a relação entre o material e o objetivo proposto. Esta etapa possibilita o primeiro contato com os documentos, pelo qual se podem gerar impressões iniciais, formular hipóteses e afirmações provisórias que contribuem na verificação do material frente ao objetivo previamente definido (BARDIN, 2016).

A segunda etapa, a exploração do material, consistiu na execução de leituras intensivas, destaque e agrupamento das informações e fragmentos que apresentaram similaridade semântica em categorias. Esta etapa corresponde a aplicação sistemática de ações de codificação, decomposição ou enumeração ao material obtido (BARDIN, 2016).

A terceira etapa correspondeu ao tratamento dos resultados, na qual foram realizadas interpretações e inferências frente aos achados obtidos e a literatura atual no intuito de contemplar o objetivo definido. Esta etapa refere-se a análise dos resultados brutos, desenvolvida pela síntese e seleção para que sejam significativos e válidos (BARDIN, 2016).

Reconhece-se que a obtenção dos dados por intermédio de procedimentos diversos, como na proposta deste estudo, torna possível a triangulação, que é um dos procedimentos mais oportunos para alcançar a corroboração do fenômeno (YIN, 2015). Sendo assim, as informações obtidas nas fontes de evidências foram analisadas conjuntamente para produzir a triangulação, ou seja, a essência do estudo de caso.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo foram tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade. O estudo recebeu autorização representantes legais dos municípios investigados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria sob parecer número 5.658.611/2022 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 62981022.0.0000.5346. Foram rigorosamente respeitados os critérios éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Os participantes receberam todos os esclarecimentos pertinentes e foram informados quanto às técnicas empregadas para a coleta de dados, sendo respeitada a liberdade para participar. Aqueles que consentiram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice D), uma em posse do participante e outra com os pesquisadores. Assegurou-se o direito de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento e foram esclarecidos quanto à inexistência de ônus financeiro ou de qualquer espécie.

Ressalta-se que os instrumentos e TCLE foram elaborados de acordo com os princípios éticos e encontram-se em anexo.

Foram assegurados o sigilo e anonimato dos participantes e instituições e as informações obtidas serão resguardadas para que não possam evidenciar indiretamente qualquer possibilidade de identificação em todas as fases da pesquisa, incluindo a divulgação dos resultados no meio científico. Desta forma, foi empregada uma codificação nominal aos participantes substituindo o nome por letras conforme a categoria profissional, seguida do número correspondente à entrevista (enfermeiro 1: E1, médico 1: M1...).

Entre os benefícios provenientes desta pesquisa, destaca-se a que podem ser gerados proveitos diretos ou indiretos, imediatos ou posteriores, que permitam rever conceitos por parte dos gestores, intersectados com profissionais da saúde dos diferentes níveis de atenção, para que se possa garantir o acesso dos usuários aos serviços de urgência e emergência. Percuta-se que este projeto possa trazer contribuições aos serviços, para a academia e, de forma especial, aos usuários que necessitam deste tipo de atenção em saúde.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, os riscos envolvidos limitaram-se a possíveis constrangimentos ou fadiga dos entrevistados. Posto isso, foi esclarecido que diante da ocorrência de algum desconforto, ansiedade ou sofrimento, os participantes seriam acolhidos pelos pesquisadores e encaminhados para acolhimento psicológico. Ademais, assegurou-se não causar nenhum constrangimento, físico, intelectual ou moral aos participantes e respeitar a dignidade e autonomia humana.

Todos os documentos desta pesquisa estão sob responsabilidade do professor Luiz Anildo Anacleto da Silva e da mestrandia Letícia Petry, armazenados por um período de cinco anos na sala 1 do Bloco 2 da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões. Esses documentos serão utilizados apenas para fins científicos e após o referido período, serão fotocopiados e salvos em arquivo digital para subsidiar novas pesquisas.

Importante ressaltar o compromisso ético dos pesquisadores na devolutiva dos resultados obtidos aos agentes gestores dos municípios estudados. Propõe-se realizar uma atividade de retorno para o serviço, estabelecendo uma interação e assessoria no intuito de que

o conhecimento alcançado acerca do fenômeno possa sustentar ações de planejamento e aprimoramento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na forma de dois artigos, atendendo o Regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ruralidade. Os artigos estão estruturados de acordo com as normas dos periódicos escolhidos para a divulgação científica. O primeiro artigo, intitulado “Modelo de gestão da atenção às urgências e emergências em municípios de pequeno porte”, foi submetido para publicação. O segundo artigo, intitulado “Processos assistenciais às urgências e emergências em municípios de pequeno porte” e será submetido após as contribuições da banca examinadora.

4.1 ARTIGO 1

Artigo original

Modelo de gestão da atenção às urgências e emergências em municípios de pequeno porte

Management model for urgency and emergency care in small cities

Modelo de gestión de atención de urgencia y emergencia en municipios pequeños

RESUMO

Objetivo: Compreender como dois municípios de pequeno porte estruturam e organizam a atenção aos usuários em condição de urgência e emergência.

Método: Estudo de caso único, qualitativo, composto por duas unidades integradas de análise. Os cenários foram dois municípios de pequeno porte do norte do estado do Rio Grande do Sul e participaram 22 profissionais dos segmentos assistencial e gestão. Os dados foram coletados entre outubro de 2022 e janeiro de 2023, por meio das fontes de evidências: entrevistas, análise documental e observação participante. No processo analítico, empregou-se a análise de conteúdo.

Resultados: As unidades apresentam estrutura apropriada para os atendimentos, com recursos materiais, espaço físico e ambulâncias adequados a partir da demanda local. Não obstante, aspectos da organização interpõem fragilidades relacionadas à não definição das atribuições e composição da equipe.

Considerações finais: Existem fragilidades na estruturação e organização desses, fato que pode interferir na qualidade da assistência.

Descritores: Atenção primária à saúde. Emergências. Atenção à saúde. Gestão em saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand how two small cities structure and organize care for users in urgency and emergency conditions.

Method: Single case study, qualitative, consisting of two integrated units of analysis. The scenario covered two small cities in the north of the state of Rio Grande do Sul and 22 professionals from the care and management segments participated. Data were collected between October 2022 and January 2023, through sources of evidence: interviews, documentary analysis and participant observation. For the analytical process, content analysis was used.

Results: The units have an appropriate structure for care, with material resources, physical space and ambulances appropriate to local demand. Nevertheless, aspects of the organization interpose weaknesses related to the non-definition of the attributions and composition of the team.

Final considerations: There are weaknesses in the structuring and organization of these services, a fact that can interfere with the quality of care.

Descriptors: Primary health care. Emergencies. Delivery of health care. Health management. Health service.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo dos pequeños municipios estructuran y organizan la atención a los usuarios en condición de urgencia y emergencia.

Método: Estudio de caso único, cualitativo, compuesto por dos unidades integradas de análisis. El escenario abarcó dos municipios de pequeño porte del norte del estado de Rio Grande do Sul y participaron 22 profesionales de los segmentos asistencial y gestión. Los datos se recopilieron entre octubre de 2022 y enero de 2023 a través de fuentes de evidencia: entrevistas, análisis documental y observación participante. Para el proceso analítico, se empleó el análisis de contenido.

Resultados: Las unidades presentan estructura adecuada para la atención, con recursos materiales, espacio físico y ambulancias adecuadas a la demanda local. No obstante, aspectos de la organización interpelan fragilidades relacionadas a la no definición de las atribuciones y composición del equipo.

Consideraciones finales: Existen debilidades en la estructuración y organización de estos servicios, hecho que puede interferir en la calidad de la asistencia.

Descriptor: Atención primaria de salud. Urgencias médicas. Atención a la salud. Gestión en salud. Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) constitui a porta de entrada principal no Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha um papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da coordenação do cuidado e ordenação das ações, serviços, fluxos e contrafluxos entre os pontos de atenção⁽¹⁾. Nesse modelo organizativo, as RASs instituem a articulação dos diferentes serviços em um sistema integrado e centralizado na atenção primária, no qual a coordenação da AB emerge como condição estruturante⁽²⁾.

A efetivação do papel da AB como porta de entrada preferencial envolve a atenção a um conjunto diversificado de demandas de saúde, o que inclui as urgências e emergências (UE)⁽³⁾. Nessa direção, como componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a AB é responsável pelo acolhimento e atendimento resolutivo às situações de baixa complexidade, estabilizar quadros de maior complexidade e transferir para os outros níveis de atenção conforme a necessidade⁽⁴⁾.

Nessa configuração, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) integram o componente pré-hospitalar fixo e devem dispor de um espaço devidamente abastecido com materiais, medicações e equipamentos necessários para o atendimento de quadros de natureza clínica, traumática, psiquiátrica e obstétrica⁽⁵⁾.

Não obstante, a responsabilidade por esses atendimentos ainda não é reconhecida pela equipe de saúde, gestores e outros serviços da rede, prevalecendo a responsabilização de outros componentes^(3,6). Ademais, estudos^(3,7,8) revelam que o déficit de recursos materiais essenciais está entre os principais desafios enfrentados nas UBS. Sendo assim, ressalta-se o efeito

condicionante da estrutura sobre a dimensão assistencial, sendo perceptíveis os prejuízos decorrentes dessas insuficiências⁽⁹⁾.

É importante considerar que os eventos de UE não são incomuns no contexto da AB e que, em algumas realidades brasileiras, as UBS configuram-se como única porta de acesso aos usuários⁽¹⁰⁾. Desse modo, fatores como infraestrutura, disponibilidade de insumos básicos e qualificação profissional são determinantes para a qualidade dos atendimentos⁽¹¹⁾. Sobretudo, a oferta desse cuidado inicial em tempo hábil por profissionais capacitados e com recursos adequados aumenta a chance de sobrevivência em situações com risco real à vida⁽¹²⁾.

Perante o exposto, percebe-se a complexidade atrelada à efetivação da AB na atenção às UE, principalmente no que tange à estrutura e à organização para cumprir com tal atribuição. A estrutura, enquanto conceito adotado neste estudo, compreende todos os recursos físicos, materiais e humanos que podem configurar e interferir diretamente nos atendimentos⁽⁹⁾. Complementarmente, a organização abarca a ordenação desses recursos e coordenação das ações para produzir um cuidado adequado.

Ademais, os cenários onde a AB constitui-se como única porta de entrada ainda são pouco perquiridos na literatura, revelando-os como fenômeno a ser explorado. Destarte, o problema que norteou o estudo buscou responder a seguinte indagação: “Como a estrutura e organização de dois municípios de pequeno porte viabilizam a assistência aos usuários em condição de urgência e emergência e o acesso ao serviço de referência?”. Para tanto, o objetivo está em compreender como dois municípios de pequeno porte estruturam e organizam a atenção aos usuários em condição de urgência e emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo, com estratégia metodológica de estudo de caso único, composto por duas unidades de análise integradas⁽¹³⁾. O método foi delineado a partir das diretrizes do checklist *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O estudo foi desenvolvido em dois municípios de pequeno porte localizados no Norte do Estado do Rio Grande do Sul. A escolha dos cenários obedeceu aos critérios de inclusão: população inferior a cinco mil habitantes, pactuação estadual à porta de entrada hospitalar para UE, ausência de instituição hospitalar ou Unidade de Pronto Atendimento no território e maior fluxo de entrada de pacientes via unidade de emergência em uma instituição hospitalar referência para média e alta complexidade aos municípios no período de 180 dias. Os dados

preliminares relativos ao fluxo de entrada corresponderam ao período de agosto de 2021 a fevereiro de 2022.

Como unidades de análise, os municípios foram codificados como “U1” e “U2” para o desenvolvimento da pesquisa. Para fins de caracterização, a U1 possui população de 3.267 mil habitantes, área territorial de 113,944 km², densidade demográfica de 28,67 hab./km², PIB *per capita* de R\$ 33.462,51; e a U2 possui 2.553 habitantes, área territorial de 238,268 km² com densidade demográfica de 10,71 hab./km², PIB *per capita* de R\$ 43.904,45⁽¹⁴⁾. No que se refere à estrutura de saúde, os municípios possuem uma UBS com uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal homologadas na plataforma e-Gestor AB.

Os participantes do estudo pertenciam aos segmentos assistencial e gestão, sendo selecionados de forma intencional⁽¹⁵⁾. Para defini-los, consideraram-se como critérios de inclusão atuar na assistência direta às UE por período superior a 6 meses e, para o componente gestão, estar no cargo há mais de 6 meses, sendo excluídos aqueles afastados do trabalho por licença de qualquer natureza durante o período da pesquisa. O número de participantes foi delimitado pela saturação teórica dos dados⁽¹⁶⁾.

Participaram 11 profissionais em cada unidade, perfazendo 22 participantes. No segmento assistencial, foram incluídos três médicos, três enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e sete condutores. O segmento gestão foi representado pelos secretários municipais de saúde. Cabe salientar que houve duas recusas, uma em cada local, e uma exclusão na U2 devido a respostas inadequadas.

Conforme preconizado no método, este estudo foi desenvolvido por meio de três fontes de evidências que convergiram de maneira triangular, as quais foram: entrevistas, análise documental e observação participante. A coleta de dados ocorreu de outubro de 2022 a janeiro de 2023. Importante destacar que a coleta de dados foi realizada de forma ordenada e concomitante por uma única pesquisadora que possuía experiência com as técnicas utilizadas.

Para as entrevistas, utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo dados de caracterização dos participantes e questões norteadoras voltadas ao objetivo do estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente em local reservado da unidade e durante o horário de trabalho, tiveram duração média de 35 minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra.

A pesquisa documental ocorreu através da busca por resoluções, leis, protocolos, normas e rotinas descritas para nortear os atendimentos de UE nos municípios. Os documentos foram disponibilizados pelo enfermeiro coordenador durante a presença em campo e foram anexadas cópias físicas ou digitais para posterior análise. No intuito de conduzir a coleta, utilizou-se um instrumento com critérios para avaliação elaborado pelos pesquisadores.

A observação participante foi realizada em campo, durante a obtenção das outras fontes. Contou-se com a colaboração dos profissionais para acessar os componentes estruturais, bem como foram acompanhados as atividades profissionais e o processo de trabalho. Foram realizadas três visitas em cada unidade, perfazendo cerca de 10 horas, respectivamente. Nesta fonte, também se utilizou um instrumento para direcionar a observação e potencializar a funcionalidade do diário de campo. O instrumento consistiu em um checklist embasado nas deliberações da Portaria GM/MS nº 2.048/02 e na bagagem profissional dos pesquisadores⁽⁵⁾. As notas de campo foram registradas ao longo do desenvolvimento da observação.

Para o processo analítico, os dados das fontes de evidência foram compilados em uma única base de dados. Empregou-se o referencial metodológico da Análise de Conteúdo com a aplicação de suas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁷⁾. A pré-análise abarcou a organização do material e leitura flutuante dos dados, onde foram geradas impressões preliminares e observada a relação entre o material e objetivo proposto. Na etapa de exploração do material, foram realizadas leituras intensivas e a identificação e agrupamento dos fragmentos com similaridade semântica em categorias. A etapa de tratamento dos resultados compreendeu a análise crítica e reflexiva dos resultados e a elaboração de interpretações e inferências a partir da literatura.

Conscientes da dimensão ética na pesquisa, o estudo foi desenvolvido de acordo com as recomendações da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob parecer número 5.658.611/2022 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 62981022.0.0000.5346. Todos os participantes concordaram com a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o sigilo das informações e anonimato dos participantes e locais de pesquisa, foi empregada uma codificação nominal substituindo o nome por letras conforme a categoria profissional, seguidas do número correspondente à entrevista e do código da unidade de análise precedente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características demográficas dos participantes, na U1, 54,55% eram do sexo feminino, com média de 43,27 anos de idade, e, na U2, houve predomínio do sexo masculino (54,55%), com média de 42,09 anos de idade. Quanto à escolaridade, sete possuíam o ensino médio, nove tinham curso técnico e seis, ensino superior. O tempo médio de atuação no cargo foi de 10,95 anos na U1 e 10,32 anos na U2. No que se refere à formação voltada à

temática UE, 21 (95,45%) participantes referiram ter realizado uma qualificação e, destes, 52,38% informaram ter duas ou mais.

Os dados das três fontes de evidência foram apreciados com vistas a alcançar a triangulação do fenômeno estudado. Serão apresentadas a seguir duas categorias resultantes deste processo analítico.

Categoria 1: Estrutura de atendimento às urgências e emergências

Conforme já referido, a análise da estrutura considerou os espaços físicos, ambulâncias, recursos materiais e equipes de trabalho disponíveis. Na dimensão física, observou-se que as áreas estruturais das unidades são amplas e apresentam salas designadas para classificação de risco e atendimentos de UE. Na U1, a sala corresponde a um local específico, com um leito e acesso linear a partir da porta de entrada, enquanto, na U2, é composta por três leitos devido à utilização do espaço como observação, e o acesso apresenta barreiras físicas, que, de certa forma, interferem no fluxo de atendimento. Sendo assim, a configuração da U2 com o compartilhamento do espaço foi manifestada como aspecto negativo:

[...] a nossa estrutura da nossa unidade não tem aquela estrutura de hospital, que é a primeira porta [...], a gente tem que chegar lá na frente passa por duas portas, daí passa pela terceira porta que é estreita pra chegar até a observação ali. E ali na observação ela é meio assim que apertada, eu acho que deveria ser mais uma sala só pra urgência e emergência, não de observação junto sabe? (E3 U2)

Outrossim, os municípios possuem duas ambulâncias do tipo B, o que corresponde ao Suporte Básico de Vida (SBV) de pacientes com risco de vida desconhecido no ambiente pré-hospitalar e ao transporte inter-hospitalar em situações com risco conhecido⁽⁵⁾. A U1 também conta com outro veículo do tipo A destinado ao transporte de pacientes sem risco de vida e remoções de caráter eletivo. Frente a isso, a disponibilidade de mais de uma ambulância nas unidades configura uma estrutura conveniente para responder às demandas de UE ocorridas no ambiente externo e as transferências para as portas de entrada hospitalares.

As ambulâncias municipais, também denominadas como “ambulâncias brancas”, são utilizadas como recurso complementar para o transporte de pacientes acometidos por UE de menor complexidade, mesmo em locais que contam com o serviço do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) implementado e atuante⁽³⁾. De outro modo, embora essas ambulâncias sejam antecedentes do componente pré-hospitalar móvel no Brasil⁽¹⁸⁾, ainda constituem um recurso indispensável para manter a mínima qualidade assistencial à população de municípios descobertos.

Nessa perspectiva, ao avaliar a disponibilidade e distribuição do SAMU no território brasileiro, há um cenário contrastante revelado pela ampla cobertura da população dos centros urbanos e a ausência do serviço nos municípios do interior dos estados, evidenciando-se a ineficiência da cobertura e desigualdade na distribuição dos recursos móveis na atenção pré-hospitalar⁽¹⁹⁾. Isso desvela a premência de olhar atentamente para o papel da AB na assistência às UE, especialmente em municípios de pequeno porte, distantes de regiões metropolitanas.

Com relação aos recursos materiais, as narrativas destacaram a disponibilidade de medicamentos, materiais e equipamentos e sua distribuição de forma equivalente nos locais de atendimento das unidades, sendo esta concepção correspondente a ambos os segmentos.

[...] elas são equipadas padrão, as duas ambulâncias contam com desfibrilador, todo o material, kit parto, material pra se precisar fazer uma sutura, fazer intubação, imobilização, tala, prancha, colar, todas elas completas. (C1 U1)

Dentro da Unidade Básica de Saúde nós também temos todos os equipamentos necessários que são o DEA, temos o desfibrilador, temos todo o material de parada cardiorrespiratória, tudo que é necessário na hora de uma emergência a unidade disponibiliza tanto dentro da sala de observação como na ambulância se o indivíduo tiver, for socorrido fora da nossa unidade. (E1 U2)

A presença de recursos materiais foi constatada por meio da observação participante e aplicação do instrumento de conferência, comprovando a existência da maioria dos itens elencados como necessários para ações envolvendo UE na população. De forma semelhante, foram encontrados nas salas de atendimento às UE cilindro de oxigênio, monitor cardioversor e desfibrilador externo automático (DEA), eletrocardiógrafo, dispositivos para intubação orotraqueal, medicações e materiais para procedimentos endovenosos. Nos locais, também foram encontrados recursos de maior densidade tecnológica, como eletrocautério, foco cirúrgico e ventilador mecânico.

Na perspectiva dos gestores, aos elementos estruturais que constituem a estrutura das unidades oferecem condições adequadas para os atendimentos de urgência. No que tange aos materiais e equipamentos, entende-se que a ventilação mecânica integra as medidas aplicadas como Suporte Avançado de Vida (SAV) para pacientes com quadros de maior gravidade. Sendo assim, alguns recursos disponíveis excedem a densidade tecnológica estabelecida para as UBS⁽⁵⁾.

Não obstante, por meio da observação, constatou-se a distribuição desigual de recursos materiais entre os locais de atendimento das unidades, o que contestou a uniformidade referida nas entrevistas. Nesse sentido, identificou-se que alguns dispositivos, como monitor

multiparâmetros, tubos oro-traqueais e colete imobilizador dorsal, estavam dispostos em apenas uma das ambulâncias. Em relação à U2, foram reveladas inconformidades quanto à alocação do ventilador mecânico de transporte no veículo secundário, circuito de traqueia e bolsa-válvula-máscara impróprios para uso e DEA inoperante por falha na bateria interna.

A análise documental evidenciou escassez de registros referentes aos aspectos estruturais das unidades, visto que apenas a U2 utiliza um instrumento para conferência dos materiais e equipamentos dispostos na ambulância e sala de atendimento. Contudo, o documento apresenta inconsistências e mostra-se pouco operacional, pois não especifica os recursos e quantidades para cada local e o registro da conferência limita-se a um “x”, sendo a última realizada há mais de 30 dias na data em que foi acessado. Desta forma, evidencia-se que as fragilidades no âmbito documental possam favorecer as inconformidades observadas na U2.

Frente ao exposto, a estrutura disposta nas unidades apresentou conformidade quanto à disponibilidade dos recursos materiais essenciais para os atendimentos de UE. Esses achados contrastam a realidade de outras UBS da região Sul, nas quais foram faltam materiais, medicamentos e equipamentos como monitor, desfibrilador e eletrocardiógrafo⁽⁷⁾. Semelhantemente, em municípios da região Sudeste, 12 (92,3%) das 13 unidades avaliadas utilizavam um espaço improvisado para os atendimentos de UE e apenas uma possuía DEA⁽²⁰⁾.

Nessa perspectiva, a implementação de uma rotina de conferência dos materiais de UE foi verificada em todas as UBS avaliadas por outro estudo⁽²¹⁾, sendo que 69,2% realizavam uma vez ao mês, 15,2% não especificaram a periodicidade e apenas 46,2% utilizavam um protocolo para essa tarefa. Os autores encontraram divergências no dimensionamento, armazenamento e padronização dos recursos materiais que corroboram os achados do presente estudo. Sendo assim, salienta-se a importância de implantar protocolos de conferência para se obter padronização.

Nesse contexto, as limitações nos recursos estruturais impõe que os profissionais adéquem as decisões e condutas a partir da estrutura disponível⁽²²⁾. Posto isso, diante do seu papel estratégico na atenção às UE, a garantia de uma estrutura adequada na AB reflete tanto na assistência ao paciente quanto no acesso aos demais pontos de atenção⁽²²⁾. Portanto, é necessário conhecer os entraves existentes para qualificar os atendimentos e viabilizar a atuação e integração da AB na RUE⁽⁸⁾.

Em seguimento, a estrutura encontrada nas unidades revelou uma tendência voltada aos atendimentos de natureza traumática demonstrada pela presença de pranchas rígidas, colares cervicais e talas de imobilização em diferentes espaços. Essa propensão foi validada também nos discursos, visto que todos os profissionais abordaram acerca do atendimento prestado em

acidentes automobilísticos, o que foi associado à proximidade de rodovias com significativo tráfego de veículos.

[...] no atendimento dos acidentes, pois nós estamos no entroncamento aqui, o município fica bem no entroncamento, a gente tem três rodovias para atender [...]. (E1 U1)

[...] o atendimento na BR quando acontece acidentes, geralmente é ligado pro município mais próximo, então como a gente tá aqui no meio das cidades geralmente ligam pra nós. (TE3 U2)

[...] dependendo do acidente a gente... se é tipo uma fratura de uma perna, de um pé, daí nós temos as talas, nós temos dentro da ambulância, nós temos uma maletinha sabe, daí então ali tem tala, tem tesoura, tem micropore, tem faixa pra gente já botar a tala se precisar [...]. (TE1 U1)

Corroborando os achados, a literatura demonstra que a região Sul apresenta a maior incidência de internações decorrentes de traumatismos cranioencefálicos, representada por 79,43 para cada mil habitantes⁽²⁴⁾. Em outros países, como no Oriente Médio, os traumas musculoesqueléticos representam o tipo de emergência mais prevalente nos centros de cuidados primários, sendo que 59,6% foram atendidas diretamente nesses locais⁽²⁵⁾.

Nessa direção, considerando as situações que envolvem politraumatismo, o atendimento iniciado no cenário pré-hospitalar contribui diretamente no desfecho final e deve abranger a avaliação e identificação de condições que colocam risco à vida, medidas de intervenção eficazes e transporte à unidade hospitalar de referência⁽²⁶⁾. Dessa forma, as unidades dispõem de recursos materiais adequados para atender ocorrências de origem traumática.

Outro componente relevante da estrutura dos serviços refere-se ao conjunto de profissionais que atuam diretamente na assistência às UE. Na U1, exercem esse papel dois enfermeiros, cinco médicos, sete técnicos de enfermagem e seis condutores, e, na U2, três enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e cinco condutores. Ressalta-se que esses profissionais estão distribuídos em jornadas de trabalho e que foram incluídos médicos de outras especialidades devido ao suporte oferecido quando presentes nas unidades.

Por fim, as evidências obtidas revelam que a estrutura das unidades analisadas se distancia da condição deficitária que vem sendo descrita na literatura, especialmente no que tange à disponibilidade de recursos materiais e equipamentos, ambulâncias e local de atendimento às UE. Apesar disso, existem fragilidades na distribuição dos recursos materiais e equipamentos sem condições adequadas de uso, implicando na resolutividade da assistência a essas demandas. Sendo assim, acentua-se a necessidade de garantir que todos os componentes

estruturais estejam de acordo e em condições de prestar a assistência às UE segundo as necessidades evidenciadas.

Categoria 2: Organização dos serviços para as urgências e emergências

A atenção às UE nas unidades de análise configura-se a partir de dois arranjos organizacionais que concernem ao horário regular de funcionamento da UBS e o período após o fechamento. Os discursos foram consonantes quanto a composição da equipe durante o horário regular e o melhor suporte concedido para os atendimentos.

[...] dentro do horário nós temos uma equipe de médicos, de enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem e motoristas de ambulância [...]. (TE1 U2)

[...] de dia sempre vai quando é uma coisa mais grave vai uma técnica, uma enfermeira e o médico e o condutor quando sai. (C2 U1)

Após o fechamento, as unidades instituem o serviço de plantão com profissionais em regime de sobreaviso para o atendimento das UE. No tocante à U1, os participantes expressaram de forma congruente acerca dos profissionais responsáveis pelo plantão, o que se designa a um condutor e uma técnica de enfermagem. Também foram referidas a disponibilidade de suporte concedido pelo enfermeiro e/ou médico e a possibilidade de acionar outra equipe com a mesma constituição e outra ambulância conforme a necessidade.

[...] o plantão se desloca até lá, avalia o paciente, passa pra enfermeira, a enfermeira avalia também, se necessário a gente chama o médico, senão a enfermeira entra em contato com o médico também, havendo a necessidade de encaminhar se encaminha senão a gente junto com o médico a gente resolve aqui, abre a unidade e atende aqui. (SMS U1)

Durante a noite seria o motorista, a técnica de enfermagem de plantão mais a segunda técnica chamada sobreaviso, mais o segundo motorista se for necessário e a enfermeira. (TE3 U1)

Com relação à U2, os discursos divergiram quanto à constituição do plantão, todavia, evidenciaram-se duas organizações. Durante a semana, o plantão noturno é uma atribuição apenas do condutor, destituído de suporte predefinido e dependente de contatos e aceite dos outros profissionais para obter auxílio, ou seja, ficou evidenciado que não há uma escala pré-determinada, o que é um fator de risco ao serviço de UE. Outra organização se aplica aos finais

de semana e feriados, quando um enfermeiro é designado a compor a equipe em razão do maior fluxo de veículos na rodovia que atravessa o município.

Fora do horário a assistência fica prejudicada por motivo de ter apenas o enfermeiro e o motorista e muitas vezes tu precisa de um médico pra ajudar e a gente não tem. [...] O enfermeiro tem que tomar a decisão sozinho do que fazer ou não fazer. [...] Mas daí durante a semana o motorista fica sozinho, ele pega quem ele [consegue], a primeira pessoa que atendeu o telefone pra ajudar nessa assistência ao paciente. (E1 U2)

Fora do horário é nós que decidimos né? Tem que, toda vez não importa o que aconteça, se seja grave, a pessoa tá falando que não tá bem, que tá mal, a gente tem que indo e tentando um encaminhamento a alguém que receba. Ah a gente se sente tenso, porque tu não tem como avaliar, nós como leigo não temos como avaliar um paciente se ele tá grave ou não é grave né? Então na melhor das hipóteses a gente vai indo, vai indo até uma assistência melhor que é um hospital [...]. (C1 U2)

Todo esse sistema organizativo não pôde ser verificado no âmbito documental, pois inexistiam documentos relativos à constituição da equipe e às atribuições dos profissionais de saúde em atendimentos de UE. Ademais, as escalas de trabalho apresentavam de modo fragmentado a distribuição dos condutores e da equipe de enfermagem, sendo que apenas a U1 dispunha de um documento contendo a divisão e as funções das técnicas de enfermagem durante o horário de funcionamento da UBS.

A partir da observação, identificou-se que os condutores das ambulâncias atuam de forma interligada às equipes, visto que permanecem de prontidão nas dependências da unidade. Durante a verificação dos veículos, esses profissionais demonstraram ter conhecimento acerca do funcionamento e localização dos componentes, referindo conferi-los no início da jornada de trabalho. Em correlação aos discursos, constatou-se a participação desses profissionais nos atendimentos junto à equipe, auxiliando nos procedimentos realizados.

As evidências apresentadas mostram uma deficiência de mecanismos instituídos para organizar os profissionais e as respectivas ações de caráter individual e coletivo no atendimento às UE. Nesse contexto, a falta de coordenação das ações e o despreparo dos profissionais diante dessas situações emergem como fragilidades, destacando a importância da definição do papel de cada profissional e do trabalho em equipe para garantir a agilidade e eficácia nos atendimentos⁽²⁷⁾.

Sendo assim, pensar a atenção às UE no contexto da AB implica em transcender a estrutura física e os recursos materiais e abranger os processos de trabalho para prover uma assistência integral, segura e resolutiva⁽⁹⁾. À vista disso, a organização deve ampliar a

capacidade de resposta do serviço aos problemas de saúde dos usuários e viabilizar o acesso ao primeiro cuidado⁽²⁷⁾.

Entendendo que a organização da equipe condiciona a atenção às UE, os arranjos propostos nas unidades foram analisados individualmente. Evidenciou-se que o maior número de profissionais durante o horário de funcionamento oferece maior capacidade de resposta às demandas, ainda que careçam de instrumentos que validem essa organização. Em contraste, a restrição de profissionais no período noturno potencializa-se enquanto fragilidade na U2.

Nesse cenário, a responsabilização restrita ao condutor sobre os atendimentos de UE em algumas circunstâncias mostrou-se como condição controversa. Achado semelhante está descrito em um estudo⁽²⁹⁾ que revelou que os profissionais sem formação na área da saúde apresentam dificuldades para atuar em situações de UE. Dessa forma, pode-se ressaltar que a execução de medidas assistenciais sem conhecimento e suporte técnico adequado favorecem atos de imperícia.

Diante da imprevisibilidade e complexidade dos eventos de UE, é necessário que os profissionais tenham conhecimentos teóricos e práticos para reconhecer precocemente essas situações, intervir rápida e efetivamente e beneficiar o prognóstico dos pacientes⁽⁷⁾. Nesse sentido, as ações de educação permanente em saúde surgem como estratégias para desenvolver habilidades e qualificar a atuação profissional⁽²⁸⁾.

Outro aspecto expresso nos discursos refere-se à relação entre a constituição da equipe e a segurança para os atendimentos. Na U1, a participação de um enfermeiro e/ou médico fornecendo orientações à equipe remotamente, mostrou-se como organização conveniente e promotora de segurança. Na U2, a inclusão de um enfermeiro à equipe nos finais de semana proporciona segurança aos condutores, todavia, na perspectiva dos enfermeiros, a atuação ainda é cerceada pela falta de suporte médico.

Em consonância ao exposto, destaca-se o papel de liderança e tomada de decisão da atuação de médicos e enfermeiros, bem como a execução dos cuidados e procedimentos pelos técnicos de enfermagem⁽²⁷⁾. Identifica-se a importância da conduta e responsabilidade individuais e, sobretudo, do trabalho em equipe diante das demandas de UE. Em relação ao condutor, sua atuação está limitada a direção do veículo e auxílio nas medidas básicas junto à equipe, não concernindo o papel de avaliação do paciente⁽⁵⁾. À vista disso, as atribuições do condutor no âmbito da AB carecem de definição e regulamentação, embora exista projeto de lei para que isso possa acontecer.

É importante ressaltar que há um aspecto organizativo semelhante entre as unidades (U1 e U2), que é a implementação de um canal telefônico disponibilizado à população para acionar

a equipe em situações de UE. O dispositivo permanece com a equipe de enfermagem na U1 e com o condutor na U2, o que foi corroborado pela observação.

Na verdade o que que acontece, tem um telefone que é o do plantão que fica 24h, esse telefone uma época tava aqui na frente na recepção e foi pedido depois de ter reuniões e conversas pra ficar com a enfermeira ou uma das técnicas pra quando receber o contato saber exatamente o que vai passar pra gente. (C4 U1)

[...] o telefone ele fica sempre com a ambulância, com o motorista que tá de plantão, troca o plantão é repassado o celular para o outro colega, tá sempre 24 horas ligado. (C2 U2)

A instituição de um canal telefônico exclusivo para comunicação das ocorrências entre a população e os profissionais de saúde é uma recomendação para os locais sem cobertura do SAMU⁽⁵⁾. Este recurso estrutura o funcionamento do componente pré-hospitalar móvel brasileiro, no qual o acionamento de socorro por telefone é direcionado à central de regulação estadual para gerenciamento da demanda, equipes e serviços disponíveis⁽²⁹⁾. Por outro lado, embora as unidades do estudo estabeleçam um canal de comunicação, organizações distintas revelaram fragilidades no contexto na U2 que concernem ao uso de outros contatos para o acionamento pela população, inabilidade na recepção do chamado e falta de uniformidade no trânsito de informações.

A informação chega por telefone, geralmente por telefone. Mas isso aí é complicado, nunca se conseguiu organizar porque eles não passam pra gente enfermeira [...] ou o motorista chama, ou a recepção, e não pegam as informações corretas sabe? Então muitas vezes a gente sai correndo, achando que é uma gravidade e não é. Outras vezes tu acha que não é grave e é grave né, por falta de informações ou distorcidas. (E3 U2)

Diante da insuficiente documentação relativa à organização, a presença em campo foi fundamental para examinar conjuntamente as evidências. A observação de um chamado de UE à equipe na U2 permitiu constatar a utilização de outros canais pela população, desordem na transmissão de informações e desorganização na articulação da equipe. Salienta-se que a análise paralela entre as unidades não foi possível, pois não se presenciaram chamados de UE na U1 no período de observância.

Nessa perspectiva, evidencia-se que a responsabilização de um profissional de enfermagem pela recepção dos chamados na U1 conferiu melhor desempenho em razão da habilidade para explorar informações relevantes para direcionar o atendimento. Por outro lado, a descentralização do canal e do receptor repercutiu na organização dos atendimentos na U2.

Dessa forma, a performance na recepção do chamado reflete na organização da equipe e isso denota a necessidade de competência profissional para sua execução.

Perante as evidências, as unidades apresentam diferentes delineamentos organizacionais e maior capacidade de resposta às demandas de UE durante o período de funcionamento. No entanto, as indefinições organizacionais quanto às atribuições profissionais e composição da equipe revelam-se como fragilidades que podem intervir na qualidade dos atendimentos. Destaca-se a importância de definir a articulação da equipe para atuar em eventos ocorridos após o fechamento das unidades, visto que adversidades podem se interpor à equipe e ao usuário em situações com atuação restrita de um profissional.

Este estudo traz contribuições para a assistência ao aprofundar o conhecimento acerca da atenção às UE em municípios de pequeno porte, desvelando as potencialidades e fragilidades das condições estruturais e os desenhos organizacionais. Os achados evidenciam a estrutura e a organização como elementos interligados e condicionantes para a qualidade, efetividade e segurança dos atendimentos.

É oportuno salientar as limitações do estudo que se relacionam com a diminuta análise documental dada pela escassez de documentos e pela possibilidade de viés decorrente da presença da pesquisadora e a adequação do ambiente em razão da observação. Além disso, a restrita produção científica relacionada à atenção às UE no contexto da AB limitou o confronto dos resultados com estudos prévios, porém este estudo pode servir como referência para futuras pesquisas envolvendo a temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados obtidos com o desenvolvimento da pesquisa são importantes para avanços na RUE e efetivação da AB enquanto componente. Considerando a atribuição da AB como única porta de entrada nos cenários investigados, foi possível compreender como os municípios de pequeno porte estruturam e organizam a atenção a essas demandas. Embora o estudo de caso não permita a generalização dos resultados, entende-se que eles podem se aproximar de outros municípios com porte semelhante.

Evidenciou-se que há uma tendência em adequar a estrutura a partir das demandas locais, o que se manifesta pela disponibilidade adequada de materiais e equipamentos para atendimentos de origem traumática e pela presença de recursos de maior densidade tecnológica.

No entanto, não basta apenas que os recursos estejam disponíveis, mas, sim, a organização dos componentes estruturais deve viabilizar a agilidade e eficiência que demandam as UE. É importante que sejam atenuadas assimetrias organizacionais quanto ao período de

atendimento, afinal, trata-se de ocorrências imprevistas, com graus de gravidade diferentes e demandas heterogêneas. Para além disso, é preciso definir atribuições profissionais e a composição da equipe, visando a garantir o acesso, o bom funcionamento e a aplicabilidade dos recursos materiais para evitar reveses assistenciais ou situações que possam causar comprometimento à integridade física e mental dos usuários que buscam os serviços de UE.

Por fim, a grande e importante discussão que pauta as condições estruturais e organizacionais da AB em relação às estratégias e ações da atenção às condições de UE demandadas pela população é a propulsão que deve ser pensada e repensada pelos gestores em relação aos serviços de saúde de pequenos municípios, visto as limitações das estruturas humanas, físicas e de logísticas. Então, como organizar e estruturar um sistema de saúde universal, integral e equânime em municípios periféricos e de baixa tecnologia distantes das regiões metropolitanas? Essa é a “indagação com indignação” que há anos pauta os pequenos municípios, porém, só há políticas públicas bem documentadas, todavia, pouco exequíveis para as realidades loco-regionais, e, assim, distanciam necessidades justas e resolutivas para a população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017 set 22 [citado 2023 jul 05]; 183 (Seção 1): 68-76. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/doi1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031
2. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, Andrezza R, Chioro A. Chaos, organization and creativity: integrative review on Health Care Networks. *Cien Saúde Colet*; 2021;26(10):4769-4782. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>
3. Ricciulli FM, Castanheira ERL. O papel da estratégia da saúde da família e comunidade na rede de urgências e emergências. *Rev. APS*. 2022;25(Supl 2):83-109. doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35446>
4. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. 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 (SUS). Diário Oficial da União. 2011 jul 7 [citado 2023 jul 08]; (Seção 1):69. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

5. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da União. 2002 nov 12 [citado 2023 ago 10];(Seção 1):37. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
6. Omena MBSF, Radovanovic CAT, Gil NLM, Sanches RCN, Artico GA, Oliva APV. Intervenção educativa sobre urgência e emergência na Atenção Básica de Saúde. Mundo Saúde. 2019;43(3):586-600. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20194303586600>
7. Oliveira PS, Diefenbach GDF, Colomé J, Buriol D, Rosa PH, Ilha S. Professional performance in urgencies/emergencies on basic units of health. R. pesq.: cuid. fundam. online. 2020;12:820-826. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7556>
8. Carvalho SS, Meneguim S, Léo AFD, Pollo CF, Segalla AVZ, Patini MSG. Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento de emergências em Unidades Básicas de Saúde no Brasil. Arq. ciências saúde UNIPAR. 2023;27(2):967-978. doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-025>
9. Sales PS, Pereira CM, Bastos GA, Jesus IS, Biondo CS, Ferraz MO. O atendimento às urgências em unidades de saúde da família. Enferm. foco (Brasília). 2022;13:e-20226. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-20226>.
10. Dias B, Martins LM, Spezani RS, Paixão SO. Atribuições da equipe de enfermagem no atendimento de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2021. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/atribuicoes-da-equipe-de-enfermagem-no-atendimento-de-urgencia-e-emergencia-na-atencao-primaria-a-saude>
11. Laurindo MV, Ribeiro LML, Lima OS, Bastos ECB, Costa ANB, Vasconcelos FF, et al. A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade. Braz. J. Hea. Rev. 2019 [citado 2023 ago 10];2(8):1688-1709. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1434>
12. Freitas TCC, Ferreira Moreira GG, Aquino JM, Lacerda KP C, da Silva R, Araújo de Jesus APG, et al. Primary care as an integral part of the emergency care network: in the light of the literature. REAS. 2020;38:e2881. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e2881.2020>
13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 320 p.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Rio de Janeiro; 2023 [citado 18 ago 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
15. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 658 p.

16. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):243-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016. 141 p.
18. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(7):e00043716. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043716>
19. Malvestio AA, Sousa MC. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. *Cien Saúde Colet.* 2022;27(7):2921-2934. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22682021>
20. Cassineli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. *Saúde e Pesqui.* 2019;12(3):317-322. doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p317-322>
21. Holmér S, Nedlund AC, Thomas K, Krevers B. How health care professionals handle limited resources in primary care - an interview study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(6):1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08996-y>
22. Doll SCQ, Macieira C, Matta-Machado ATG, Borde SEM, Santos AF. Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(8):e00009922. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT0009922>
23. Carteri RB, Silva RA. Incidência hospitalar de traumatismo craniocéfálico no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2021;33(2):282-289. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210036>
24. Al Mahrouqi A, Al Maqbali RH, Al Fadhil F, Al Salmani AA. Types of Primary Healthcare Emergencies in Muscat, Oman: A retrospective cross-sectional study of five primary care centres. *Sultão Qaboos Univ Med J.* 2021;21(4):572-577. doi: <https://doi.org/10.18295/squmj.4.2021.037>
25. Zapparoli AM, Silva ML, Assis R, Gaspar AACSG. Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado. *CuidArte, Enferm.* 2022 [citado 2023 20 set];16(1):119-127. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1426937>
26. Pêgo TM, Rebello AR, Silva RFA, Nunciaroni AT, Corrêa VAF. Conduas de urgência e emergência na atenção básica sob a ótica de discentes de enfermagem. *Revista Recien.* 2020; 10(31):3-12. doi: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.3-12>
27. Ribeiro WA, Santos LCA, Neves KC, Fassarella BPA, Alves ALN, Amaral FA, et al. Interfaces da atenção primária de saúde: um estudo reflexivo. *RECISATEC.* 2022;2(1):1-19. doi: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i1.68>

28. Santos APM, Santana MMR, Tavares FL, Toledo LV, Moreira TR, Ribeiro L, et al. Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida. HU Rev. 2019;45(2):177-184. doi: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.26815>
29. Brandão PC, Nunes Silva IC, Farias MTD, Santos VPFA, Farias DMF, Cruz VSS, et al. Parada Cardiorrespiratória: caracterização do atendimento no serviço de atendimento móvel de urgência. Revista Nursing. 2020;23(267):4466-4471. doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i267p4466-4477>

4.2 ARTIGO 2

Processos assistenciais às urgências e emergências em municípios de pequeno porte

Resumo

Objetivo: Compreender como os processos de saúde estabelecidos em dois municípios de pequeno porte viabilizam a atenção às situações de urgência e emergência.

Métodos: Estudo de caso único com duas unidades de análise integradas, realizado em dois municípios de pequeno porte do norte do estado do Rio Grande do Sul. Os participantes foram 22 profissionais de saúde dos segmentos assistencial e gestão. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2022 e janeiro de 2023, sendo obtidos por meio de três fontes de evidência: entrevistas, análise documental e observação participante. Empregou-se a análise de conteúdo para os dados qualitativos e uma análise descritiva simples às informações quantitativas.

Resultados: Evidenciou-se a ausência de protocolos e fluxos norteadores para os atendimentos de urgência e emergência nas unidades, revelando processos assistenciais informais e pautados no conhecimento e experiência dos profissionais. Em decorrência, foram identificadas implicações práticas e fragilidades assistenciais. Com relação aos encaminhamentos à porta de entrada hospitalar, houve predomínio de situações de baixo risco e no horário em que a unidade de saúde estava fechada.

Conclusão: O estudo revelou fragilidades nos processos assistenciais e a necessidade de protocolos para sistematizar a atuação profissional, proporcionando mais segurança nos atendimentos de urgência e emergência.

Descritores: Emergências; Atenção primária à saúde; Atenção à saúde; Assistência pré-hospitalar; Avaliação de processos em cuidados de saúde.

Introdução

A atenção às urgências e emergências (UE) representa um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Na configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), a Atenção Básica (AB) está inserida para ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e ofertar o primeiro cuidado até o encaminhamento a outros pontos de atenção.⁽¹⁾ Entretanto, ainda que sua relevância e centralidade sejam reconhecidas, os limites e insuficiências existentes reforçam o modelo centrado no atendimento hospitalar.⁽²⁾

Diante das atribuições da AB, é necessário que os profissionais saibam como manejar quadros agudos e de maior gravidade, tendo em vista que o atendimento imediato e adequado é essencial para um melhor desfecho.⁽³⁾ Contudo, estudos apontam para o conhecimento insatisfatório e inabilidade na abordagem às condições de UE, como no reconhecimento da parada cardiorrespiratória, execução das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) e uso do desfibrilador.^(4,5)

Nessa direção, carência e fragilidade na estruturação e qualificação profissional comprometem as ações assistenciais, favorecendo que sejam instituídas medidas improvisadas que podem repercutir negativamente no prognóstico do paciente.⁽⁶⁾ Posto isso, a implementação

de protocolos e fluxogramas de atendimento às UE são uma forma de padronizar as condutas, organizar a atuação da equipe, qualificar a assistência e fornecer maior segurança aos pacientes, viabilizando o cumprimento das normativas da RUE.^(3,7)

O conjunto de práticas assistenciais estabelecidas frente às demandas de saúde do usuário constituem o processo de trabalho, o que compreende a organização da assistência e busca ampliar o potencial resolutivo dos serviços.⁽⁸⁾ No que tange à atenção às UE, reconhece-se a necessidade de implantação de processos de cuidado e gestão, aliado a isso, é fundamental o protagonismo dos profissionais e gestores para a qualificação da gestão do cuidado em diferentes situações de UE.⁽²⁾

Frente ao exposto, observa-se o despreparo dos profissionais de saúde para atender as situações de UE no primeiro nível de atenção à saúde, o que torna relevante lançar um olhar crítico sobre os processos assistenciais e gerenciais instituídos. Dessa forma, surge o questionamento: Como os processos assistenciais estabelecidos em municípios de pequeno porte viabilizam a atenção às urgências e emergências? Objetivou-se, assim, compreender como os processos assistenciais estabelecidos em dois municípios de pequeno porte viabilizam a atenção às situações de urgência e emergência.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso único, composto por duas unidades de análise integradas.⁽⁹⁾ Foi realizada em dois municípios de pequeno porte do Norte do Rio Grande do Sul entre outubro de 2022 a janeiro de 2023. A escolha das unidades de análise atendeu aos critérios: população inferior a cinco mil habitantes, pactuação estadual à porta de entrada hospitalar para UE, ausência de Unidade de Pronto Atendimento ou hospital no território e maior fluxo de pacientes via serviço de emergência hospitalar no período de 180 dias. As informações do fluxo de entrada referem-se ao período de agosto de 2021 a fevereiro de 2022.

As unidades de análise foram codificadas como U1 e U2. A U1 possui 3.267 habitantes e localiza-se à 42,3 km da referência para média e alta complexidade, enquanto a U2 possui 2.553 habitantes e está situada à 23,5 km de distância.⁽¹⁰⁾ Os dois municípios dispõem de uma UBS com uma Equipe de Saúde da Família homologada no E-gestor.

Os participantes foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores e secretários municipais de saúde. Adotou-se como critérios de inclusão: atuar na assistência direta às UE por período superior a 6 meses e para o segmento gestão, estar no cargo a mais de 6 meses, excluindo-se aqueles em afastamento do serviço por licença de qualquer natureza. A seleção ocorreu de forma intencional⁽¹¹⁾ e o tamanho da amostra foi definido pelo critério de

saturação teórica.⁽¹²⁾ Participaram 22 profissionais, sendo 11 de cada unidade. Houveram duas recusas, uma em cada local e uma exclusão na U2 devido a inconsistência discursiva.

O estudo foi desenvolvido a partir de três fontes de evidências: entrevistas, análise documental e observação participante. Nas entrevistas utilizou-se um roteiro semiestruturado com dados de caracterização e questões abertas voltadas ao objetivo da pesquisa. Foram realizadas individualmente, em local reservado e durante o horário de trabalho, foram audiogravadas e transcritas na íntegra, tendo duração média de 35 minutos.

Para a análise documental, buscou-se por resoluções, protocolos e normativas aos atendimentos de UE nas unidades. Foram anexadas cópias físicas ou digitais dos documentos acessados e utilizou-se um roteiro com critérios de avaliação. Complementarmente, foi realizado um levantamento dos pacientes que foram encaminhados ao serviço de emergência entre outubro e dezembro de 2022, incluindo informações relativas às condições do atendimento registradas em prontuário. Excluíram-se as internações eletivas e os atendimentos com registros incompletos.

A observação participante foi realizada de forma concomitante com as outras fontes, sendo observados os componentes estruturais, atividades profissionais e a dinâmica de trabalho. Os dados advêm de três visitas em cada local, perfazendo aproximadamente 10 horas de observação. Utilizou-se um roteiro para guiar as observações, sendo estas registradas em diários de campo. O instrumento consiste em um checklist embasado nas recomendações da Portaria GM/MS nº 2.048/02 e na bagagem dos pesquisadores.⁽¹³⁾

Os dados foram compilados em uma única base para o processo analítico, sendo empregada a Análise de Conteúdo pelas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽¹⁴⁾ Os dados quantitativos foram tratados por uma análise descritiva simples. Os participantes foram informados sobre as técnicas de coleta de dados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir anonimato dos participantes, aplicou-se uma codificação por letras conforme a categoria profissional, seguida do número correspondente a entrevista (E1, M1, TE1, C1...). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob parecer n. 5.658.611/2022.

Resultados

Evidenciou-se que as unidades do estudo ainda não instituíram protocolos e fluxos para nortear a atenção às UE, sendo as práticas baseadas na formação e experiência dos profissionais.

Nessa perspectiva, a falta de padronização das ações intervém sobre a condução dos processos assistenciais, os quais são estabelecidos informalmente.

Em relação aos processos estabelecidos, a gente não tem nenhum protocolo que fale quando é um AVC [Acidente Vascular Cerebral], quando é um politrauma, escrito como que vamos proceder. A gente procede conforme a nossa prática do dia a dia, os cursos que a gente tem e conforme a orientação do médico que está junto no momento. (E1U2)

Os discursos da U1 revelaram ações executadas de forma ordenada que sistematizam a atuação dos profissionais nos atendimentos. Foram identificadas como etapas desse processo: avaliação do paciente pela equipe, comunicação das condições avaliadas ao profissional de referência, implementação das medidas recomendadas e transporte do paciente à UBS ou ao hospital de referência. Nessa conjuntura, o suporte concedido pelo enfermeiro e/ou médico por telefone à equipe foi apontado como elemento ligado à linearidade na assistência.

[...] a técnica faz os primeiros atendimentos e daí passa a situação do paciente pra enfermeira, daí a enfermeira praticamente sempre elas entram em contato com o médico da unidade, ‘óh isso, isso’, pra depois ela voltar a ligação pra ver qual é a situação, o que que tem que fazer, qual é os procedimentos, qual é a medicação, mas sempre é assim, nunca é resolvido pela técnica. A técnica só avalia o paciente e passa pra enfermeira, é assim que é o sistema do município. (C2U1)

Por outro lado, no contexto da U2, as narrativas abordaram práticas destoantes em um processo assistemático e intrincado, principalmente nos atendimentos após o fechamento da UBS quando apenas o condutor é responsável pelo plantão. Nessas condições, o profissional precisa decidir entre despender tempo para obter auxílio ou transportar brevemente o paciente para um serviço que possa oferecer os cuidados necessários.

Quando tem técnico e enfermeira é feito todo o procedimento padrão, de transporte, de cuidados que tiver, vai até o hospital, vai o enfermeiro, vai a técnica, se for grave vai ao médico junto. Em outra situação a gente só põe na maca, imobiliza e seja o que Deus quiser daí, não tem o que fazer, não tem porque na nossa situação a gente não poderia nem fazer, porque nós somos condutores não somos socorristas, nem daria como dirigir e socorrer né? (C1U2)

Nessa perspectiva, foram reveladas implicações práticas decorrentes da ausência de protocolos nas unidades, como o emprego de medidas assistenciais que excedem as prerrogativas profissionais. A administração de medicações e fluídos foi citada como prática instituída pelos profissionais de enfermagem de forma restrita às situações de UE na U2, enquanto na U1 foi vinculada às demandas de menor complexidade.

Quando o paciente chega grave, digamos uma convulsão, o médico não tá ali e tu tá vendo que o paciente tá convulsionando, muitas vezes é nós enfermeiros que tomamos a decisão de já fazer um diazepam, porque a gente sabe que é uma convulsão, muitas vezes a gente não espera. [...] já administra pra poder amenizar os danos. [...] soubemos que é errado, que não pode, mas é para diminuir os riscos pro paciente. (E1U2)

Aqui na UBS eles já começam, se precisar de uma medicação pra pressão eles já começam a dar essas medicações, eles já começam o atendimento sem que eu saiba do caso e se o paciente não responder a esse tratamento inicial é que me passam o caso e o que foi já iniciado. [...] na maioria das vezes, o atendimento já é iniciado pela própria enfermeira e pela técnica e eu entro só nesse sistema se realmente o paciente não começa a responder ou se elas têm alguma dúvida em relação ao que fazer com o paciente. (M1U1)

Ademais, outras implicações referem-se à interferência dos preceitos individuais na condução do processo assistencial, diferentes abordagens ao mesmo problema de saúde e atraso na tomada de decisão.

[...] não existe por exemplo aqui nenhum protocolo pra você seguir, é muito de você ver o paciente, o que ele tá sentindo e aí você vai tratando os sintomas. [...] Infelizmente aqui é muito pessoal em relação ao paciente e a pessoa que também que está cuidando do plantão, seja a técnica, seja a enfermeira. Existem abordagens diferentes pro mesmo problema, o que não necessariamente está errado, mas muitas vezes acaba se perdendo um tempo valioso pra se tratar o paciente. (M1 U1)

Na perspectiva documental, corroborou-se a ausência de protocolos e a não utilização dos manuais e diretrizes ministeriais para instrumentalizar a atuação da equipe frente às UE. Os documentos acessados restringiram-se aos cuidados e procedimentos da equipe de enfermagem descritos no formato de Procedimentos Operacionais Padrão, todavia, não incluíam os demais profissionais da equipe.

A partir da observação foi possível esclarecer aspectos abordados nos discursos e desvendar os processos assistenciais. Identificou-se que a classificação de risco é uma atividade realizada pelos técnicos de enfermagem no acolhimento do usuário que acessa a UBS para ofertar o serviço conforme a necessidade. Ademais, os profissionais também avaliam a gravidade dos pacientes atendidos em situações de UE, sendo definidos os recursos necessários e o local para continuidade da assistência, que pode ser a unidade ou o serviço de emergência. Entretanto, os critérios que embasam essas avaliações ainda não estão definidos nas unidades.

No que se refere ao acesso dos pacientes ao serviço de emergência, os dados obtidos na instituição hospitalar permitiram caracterizar as demandas de UE e compreender a relação com o modelo assistencial proposto em cada unidade. As informações relativas aos atendimentos estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos atendimentos provenientes de dois municípios que acessaram o serviço hospitalar de emergência, 2023.

Itens avaliados	U1	U2
Entradas no serviço de emergência	72	95
Pacientes encaminhados	60	75
Sexo (%)		
Feminino	24	43
Masculino	36	32
Horário do atendimento		
Encaminhamentos durante o funcionamento da UBS	32	42
Encaminhamentos com a UBS fechada	40	53
Classificação de risco (%)		
Alto risco	15 (20,8%)	21 (22,1%)
Risco moderado	26 (36,1%)	24 (25,3%)
Baixo risco	31 (43,1%)	49 (51,6%)
Principais motivos do atendimento		
Trauma	24	17
Problemas cardiovasculares	7	3
Problemas gastrointestinais	14	19
Problemas neurológicos	5	11
Problemas respiratórios	5	5
Gravidez, parto ou puerpério	6	20

U1 – Unidade 1; U2 – Unidade 2; UBS – Unidade Básica de Saúde.

Destaca-se, inicialmente, que o número relativo às entradas de pacientes foi maior devido aos casos de atendimentos consecutivos. No período avaliado, houve predomínio de atendimentos provenientes da U2. Em relação ao dia da semana, evidenciou-se maior número

de encaminhamentos nos sábados, segundas-feiras e domingos para ambas as unidades, os quais foram realizados predominantemente no período em que as UBS estavam fechadas.

Com relação às condições que levaram aos atendimentos, a estratificação quanto ao risco considerou a classificação geral dos casos de demanda espontânea na AB⁽¹⁵⁾, realizada de forma unilateral, visto que a porta hospitalar preestabelece esses encaminhamentos provenientes de municípios como prioritários. Nessa análise, evidenciaram-se divergências entre as condições avaliadas como UE pela equipe da UBS e os hipóteses diagnósticas no ambiente hospitalar. À vista disso, as situações de baixo risco representaram a maior demanda de atendimento, sendo predominantes nas duas unidades os quadros de dor abdominal e manifestações clínicas sem sinais de gravidade. As condições clínicas mais frequentes foram cefaleia, mal estar, tontura, disúria, febre, vômitos e diarreia.

Entre as demandas com risco moderado sobressaíram os traumas em extremidades. Destacaram-se entre as condições de alto risco os casos de traumas e politraumatismos, esforço respiratório, trabalho de parto, convulsões, rebaixamento do nível de consciência, dor torácica e déficits neurológicos sugestivos de Acidente Vascular Cerebral.

Discussão

Os resultados revelaram que as UE são demandas frequentes para as unidades analisadas, contudo, a ausência de protocolos norteadores configura processos assistenciais informais. Não obstante, a implementação de protocolos é importante para evitar ações improvisadas e baseadas apenas na prática cotidiana, pois favorecem o planejamento, organização e domínio dos profissionais quanto aos procedimentos e permitem práticas mais eficientes e resolutivas.⁽¹⁶⁾

A falta de padronização enseja diferentes abordagens frente às UE, sendo baseadas no conhecimento individual e experiências prévias. Com frequência, os saberes adquiridos na prática são considerados como recurso suficiente para a capacitação profissional.⁽⁴⁾ No entanto, a qualificação profissional precisa ser entendida como elemento estruturante dos serviços e do trabalho em saúde.⁽¹⁷⁾

Evidencia-se que as condições estruturais e organizacionais intervêm sobre a atuação profissional e, conseqüentemente, nos processos assistenciais. Nesse sentido, a falta de suporte médico e equipe restrita para os atendimentos no período em que UBS limitam as intervenções exequíveis na U2. A restrição de profissionais para os atendimentos de UE dificulta a qualidade da assistência.⁽⁶⁾

Não obstante, as medidas de SBV abarcam todos os níveis do sistema de saúde, portanto, os profissionais da AB também devem prover atendimento qualificado e resolutivo visando a

estabilização da vítima.^(3,5) Sendo assim, é importante definir e regulamentar as ações de cada integrante da equipe, consideradas as diferentes configurações, para viabilizar o reconhecimento e intervenção em situações emergenciais.

As evidências revelam que o enfermeiro desempenha um importante papel na condução dos processos assistenciais. Portanto, salienta-se que sua autonomia deve ser regida por protocolos e legislações vigentes para que a avaliação e condutas empregadas tenham o devido amparo legal.⁽¹⁸⁾

Com relação a classificação de risco, identificou-se que essa avaliação do risco é atribuída aos técnicos de enfermagem nas unidades do estudo. Entende-se que o acolhimento seja uma atribuição de todos os profissionais no âmbito da saúde, a identificação de risco quando realizada por outros profissionais, como recepcionistas e agentes comunitários de saúde, mostra-se como fator gerador de insegurança.^(6,19) Somado a isso, subsistem organizações em que a priorização do atendimento é orientada conforme a ordem de chegada dos pacientes em detrimento de queixas que podem caracterizar situações de risco.⁽⁶⁾

As evidências mostram que as unidades não estabelecem critérios para direcionar a avaliação das condições de saúde e a priorização do atendimento. Nesse sentido, a classificação de risco sem respaldo de protocolos fragiliza a assistência integral.^(16,17) À vista disso, os protocolos de classificação de risco são ferramentas que facilitam a tomada de decisão, proporcionam segurança e sistematizam o processo assistencial, sendo necessária a qualificação profissional para sua execução.⁽²⁰⁾

Os dados de acesso ao serviço de emergência hospitalar revelaram que as situações de baixo risco representaram a maior demanda de atendimentos encaminhados. Sobre esse aspecto, considera-se que o encaminhamento de situações que poderiam ser resolvidas no AB retrata a falta de qualificação dos profissionais para o reconhecimento de quadros de UE.⁽²¹⁾ Nesse sentido, a falta de protocolos e processos assistenciais claramente definidos atravança a atenção às UE nos municípios de pequeno porte.

Ademais, a maioria das demandas ocorreram nas segundas-feiras, sábados e domingos, sendo a maior parte no período em que as UBS estavam fechadas. Achado semelhante foi encontrado em Unidades de Pronto Atendimento, apontando que 62,8% dos atendimentos foram realizados em horários que as UBS estavam fechadas, caracterizando o uso inapropriado desse serviço.⁽²²⁾

Frente ao exposto, é necessário que os municípios organizem a assistência a partir do perfil de atendimentos de UE locais para adequar aspectos organizacionais e garantir o acesso à população. Nesse caminho a educação permanente revela-se como importante ferramenta na

organização do processo de trabalho e qualificação sistêmica dos profissionais que acolhem as demandas das UE.⁽⁴⁾

Destaca-se como limitações do estudo que a observação tenha abrangido apenas o horário regular das unidades, visto que poderia ter se alcançado uma percepção ampliada dos processos assistenciais instituídos em situações de equipe reduzida. Todavia, os resultados permitem expandir as discussões acerca da abrangência e desafios interpostos aos municípios de pequeno porte na atenção às UE.

Conclusão

O estudo possibilitou conhecer as características inerentes aos processos assistenciais estabelecidos nos atendimentos às urgências e emergências, sendo identificadas algumas implicações decorrentes da ausência de protocolos. Dessa forma, evidencia-se a implementação de protocolos como estratégia para sistematizar a atuação profissional e viabilizar práticas mais assertivas, seguras e resolutivas.

Considerando o potencial dos achados nesse estudo, o qual demonstra o papel central da atenção básica nos municípios de pequeno porte, as discussões trazidas pretendem contribuir com os profissionais e gestores na qualificação dos atendimentos nesse cenário, mitigando demandas desnecessárias para os serviços de referência em urgência e emergência.

Colaborações

Petry L, Silva LAA, Soder RM contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Ministry of Health (BR). Office of the Minister. Ordinance No. 1,600 of 7 July 2011. Reformulates the National Emergency Care Policy and establishes the Emergency Care Network in the Unified Health System (SUS). Official Gazette. 2011 jul 7 [cited 2023 ago 30]; (Seção 1):69. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
2. Tofani LFN, Furtado LAC, Andrezza R, Bigal AL, Feliciano DGCF, Silva GR, et al. Urgent and emergency care networks in Brazil: an integrative review. *Saúde Soc*. [Internet]. 2023[cited 2023 Jun 15];32(1):e220122. Available form: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122>

3. Oliveira OS, Diefenbach GDF, Colomé J, Buriol D, Rosa PH, Ilha S. Professional performance in urgencies/emergencies on basic units of health. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. [Internet]. 2020[cited 2023 Jun 15];12:820-6. Available form: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7556>
4. Santos APM, Santana MMR, Tavares FL, Toledo LV, Moreira TR, Ribeiro L, et al. [Knowledge and skills of primary health care professionals on basic life support]. *HU Rev.* [Internet]. 2019[cited 2023 Jun 15];45(2):177-84. Portuguese. Available form: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.26815>
5. Bittencourt AC, Rennó GM. Basic life support in primary health care: integrative literature review. *Rev. enferm. atenção saúde.* [Internet]. 2023[cited 2023 Jun 15];12(1):e202363. Available form: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5288>
6. Ricciulli FM, Castanheira ERL. [The role of the family and community health strategy in the urgency and emergency care network]. *Rev. APS.* [Internet]. 2022[cited 2023 Jun 15];25(Supl 2):83-109. Portuguese. Available form: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35446>
7. Benedet MR, Soratto MT. [The perception of nurses face the urgent and emergency care in the family health strategy]. *Inova Saúde.* [Internet]. 2021[cited 2023 Jun 15];11(1):1-17. Portuguese. Available form: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3094/5617>
8. Alavarenga JPO, Sousa MF. Work and practices of nursing in Primary Health Care in the state of Paraíba – Brazil: professional profile and care practices in the care dimension. *Saúde debate.* [Internet]. 2022[cited 2023 Jun 15];46(135):1077-91. Available form: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>
9. Yin RK. *Case study: planning and methods*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015. 320 p.
10. National Institute of Geography and Statistics. *IBGE Cities*. Rio de Janeiro; 2023 [cited 18 ago 2023]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
11. Polit DF, Beck CT. *Fundamentals of research in Nursing*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 658 p.
12. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2018[cited 2023 Jun 15];71(1):243-8. Available form: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
13. Ministry of Health (BR). Office of the Minister. Ordinance nº 2.048 of November 5, 2002. Approves the technical regulation of state systems of urgency and emergency. *Official Gazette*. 2002 nov 12 [cited 2023 ago 10]; (Seção 1):37 Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
14. Bardin L. *Content analysis*. São Paulo: Edições 70, 2016. 141 p.
15. Ministry of Health (BR). Department of Health Care. Department of Primary Care. *Acceptance of spontaneous demand: most common complaints in Primary Care*. Brasília: 2013.
16. Garcia JA. *Action in emergency and emergency in basic care: perception of nurses [master's thesis]*. Maceió: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, 2019. 84 p.
17. Sales PS, Pereira CM, Bastos GA, Jesus IS, Biondo CS, Ferraz MO. [Emergency care in family health units]. *Enferm Foco.* [Internet]. 2022[cited 2023 Jun 15];13:e-20226. Portuguese. Available form: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-20226>

18. Rosa PH, Pereira LC, Ilha S, Zambertan C, Machado KFC. [Nurses' perceptions about professional performance in the context of mobile prehospital care]. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2020[cited 2023 Jun 15];11(6):64-71. Portuguese. Available form: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3275>
19. Constantino LR, O'Dwyer G, Santos VLBS, Seta MH. Low risk emergencies: integration analysis between primary care and Emergency Care Unit. *Saúde debate*. [Internet]. 2021[cited 2023 Jun 15];45(131):970-86. Available form: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131031>
20. Freitas TCC, Ferreira Moreira GG, Aquino JM, Lacerda KP C, da Silva R, Araújo de Jesus APG, et al. Primary care as an integral part of the emergency care network: in the light of the literature. *REAS*. [Internet]. 2020[cited 2023 Jun 15];38:e2881. Available form: <https://doi.org/10.25248/reas.e2881.2020>
21. Carvalho SS, Meneguim S, Léo AFD, Pollo CF, Segalla AVZ, Patini MSG. [Difficulties faced by health professionals in emergency care in primary health care units in Brazil]. *Arq. ciências saúde UNIPAR*. [Internet]. 2023[cited 2023 Jun 15];27(2):967-78. Portuguese. Available form: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i2.2023-025>
22. Baratieri T, Lentsck MH, Corona LP, Almeida KP, Kluthcovsky ACGC, Natal S. Factors associated to inappropriate use of emergency services. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2021[cited 2023 Jun 15];26(6):2281-90. Available form: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.18532019>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta resultados que podem contribuir com a estrutura, organização e processos de saúde para a atenção às UE na AB em dois municípios de pequeno porte. Enquanto cenários, a AB constitui-se a única porta de entrada no sistema de saúde, as evidências revelaram a complexidade inerente aos atendimentos nesses locais.

Constata-se que há uma mobilização dos gestores no que tange o provimento de materiais e equipamentos que demandam às UE. Contudo, as narrativas retrataram situações nas quais os profissionais se veem diante de um impasse: priorizar a oferta do cuidado dentro dos limites de atuação e estrutura disponível ou dar preferência ao encaminhamento do paciente ao serviço de emergência o mais breve possível.

Desse modo, identifica-se que a oferta do primeiro cuidado requer não apenas a disponibilidade de recursos materiais e espaços físicos, mas também da organização dos componentes estruturais e a sistematização das ações em processos assistenciais bem definidos para viabilizar a agilidade e eficiência que demandam as UE. Portanto, a estrutura, organização e processos assistenciais estabelecem uma relação de interdependência para a qualidade dos atendimentos ofertados pela AB.

As urgências e emergências constituem uma demanda para as unidades do estudo, sendo frequentes os encaminhamentos ao serviço de emergência. Diante disso, constata-se a necessidade de reavaliar as assimetrias assistenciais quanto ao período de funcionamento, instituir protocolos norteadores, definir as atribuições profissionais e fortalecer o processo de classificação de risco para proporcionar maior segurança aos usuários e profissionais, o que pode contribuir para atenuar as demandas de baixo risco no serviço hospitalar de alta complexidade.

Evidencia-se, portanto, que a AB exerce um papel central na atenção às UE nos municípios de pequeno porte, sendo essencial a articulação em rede para viabilizar a universalidade do acesso aos outros níveis de atenção. Espera-se que os resultados desta pesquisa incentivem os gestores e profissionais da saúde a delinear estratégias que possam efetivar os princípios definidos legislativamente e que ainda apresentam desafios na prática.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Mariana de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; ARAUJO, Bianca de Oliveira. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, p. 63-75, jan./mar. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473-2482, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2022. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 mar. 2014.
- BRASIL. 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 (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 07 jul. 2011.
- BRASIL. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2003.
- BRASIL. Portaria nº 2.048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DR, 12 nov. 2002.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.590, de 18 de dezembro de 2020. Aprova o Componente Hospitalar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Macrorregião Norte do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 21 dez. 2020.

CALVO, Maria Cristina Marino *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-775, out./dez. 2016.

CASSINELI, Fernanda *et al.* Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 317-322, maio/ago. 2019.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020.

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

GARCIA, Janyne Aline Correia de Lima. **Atuação em urgência e emergência na atenção básica: percepção dos enfermeiros**. 2019. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

GARCIA, Alessandra Bassalobre; PAPA, Marília Angelina Ferreira; CARVALHO JÚNIOR, Paulo Marcondes. Estratégia da Saúde da Família: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. **Nursing**, São Paulo, v. 14, n. 167, p. 216-220, 2012.

GOMES, Nayhara; MATOS, Ralfo; LOBO, Carlos. Classificação demográfica e caracterização demográfica dos municípios de pequeno porte do sudeste brasileiro. **Revista da ANPEG**, [S. l.], v. 16. n. 30, p. 55-74, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 22 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos estados e dos municípios brasileiros**: 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94541.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2022.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 142-156, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOURA, Irani Ribeiro de. **Avaliação da organização assistencial das unidades não hospitalares de pronto atendimento do município de Goiânia adotando como referência a política nacional de atenção às urgências**. 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MOURA, Dayane Hipólito de *et al.* Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar: dificuldades e riscos vivenciados na prática clínica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 31, n. 1, p. 81-89, jun./ago. 2020.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 243-248, 2018.

OLIVEIRA, Paola da Silva *et al.* Professional performance in urgencies/emergencies on basic units of health. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio Janeiro, v. 12, p. 820-826, 2020.

OMENA, Malenna Beatriz Santos Ferreira de *et al.* Intervenção educativa sobre urgência e emergência na Atenção Básica de Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 586-600, 2019.

OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 15-28, 2019.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RICCIULLI, Fábio Marcos; ELEN, Rose Lodeiro Castanheira. O papel da estratégia da saúde da família e comunidade na rede de urgências e emergências. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 25, n. 2, p. 83-109, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 134/20 – CIB/RS**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/24090024-cibr134-20.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014.

ROS, Carla da. **Atenção Primária à Saúde como ordenadora de um modelo de integração assistencial na Rede de Urgência e Emergência**. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes no SUS: marco legal. *In*: SILVA, Sílvia Fernandes (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2013. p. 22-34.

SILVA, Zilmar Geralda de Almeida. **Análise da gestão da rede de atenção à urgência e emergência na atenção primária à saúde**. 2019. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2019.

SILVEIRA, Andréia da. **Fluxograma de acolhimento das situações de urgência e emergência na Atenção Primária em Saúde**. 2020. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2020.

TIBÃES, Hanna Beatriz Bacelar *et al.* A construção histórica de um serviço de atendimento móvel de urgência: da concepção à regionalização. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3596-606, set. 2017.

VIEIRA, Kethully Soares *et al.* Cuidados cotidianos de urgência e emergência em comunidade rural. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. 1-17, 2020.

WILLEMANN, Maria Cristina Antunes *et al.* Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 1-8, 2019.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução: Daniel Grassi. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - FONTE DE EVIDÊNCIA 1: ROTEIRO PARA ENTREVISTA**FONTE DE EVIDÊNCIA 1
ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

1. Código do participante: _____ Local: () U1 () U2

2. Dados de caracterização:
 - a) Sexo:
 - b) Idade:
 - c) Formação:
 - d) Tempo decorrido desde a formação:
 - e) Tempo de atuação no cargo atual:
 - f) Período de tempo de atuação na gestão e/ou assistência às UE:
 - g) Qualificações realizadas sobre a temática UE e ano correspondente:

3. Questionamentos norteadores:
 - a) Fale-me sobre a estrutura (equipamentos e recursos materiais) disposta para o atendimento das situações de UE.
 - b) Qual a estrutura de recursos humanos disponível para atendimento às UE dentro e fora do horário de funcionamento da UBS?
 - c) De que forma está organizada a assistência às UE?
 - d) Como estão estabelecidos os processos na assistência às UE?
 - a. Está previsto o emprego de medidas assistenciais ao paciente durante o atendimento e transporte?
 - b. Quem presta o atendimento e define a gravidade do paciente no atendimento?
 - e) Como avalia o atendimento às UE no município?
 - f) Como avalia o acesso do usuário em situação de UE à alta complexidade? O que interfere?
 - g) Quais são as potencialidades e fragilidades no atendimento às UE e no acesso a alta complexidade?

APÊNDICE B - FONTE DE EVIDÊNCIA 2: ROTEIRO PARA O ESTUDO DE DOCUMENTOS

FONTE DE EVIDÊNCIA 2 ROTEIRO PARA O ESTUDO DE DOCUMENTOS

Local: () U1 () U2

Itens a serem avaliados nos documentos
Disponibilidade de leis, protocolos, normas e rotinas descritas para o atendimento das situações de UE
Conteúdo e objetivos claros
Acessibilidade (documentos físicos ou digitais)
Embasamento nos protocolos e legislações do Ministério da Saúde

APÊNDICE C - FONTE DE EVIDÊNCIA 3: ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E

**FONTE DE EVIDÊNCIA 3
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Legenda/codificação:

Disponibilidade: (1) sim (2) não (3) inapropriado

Local de observação: () U1 () U2

ESTRUTURA	
Checklist	
Itens avaliados	Disponibilidade
Espaço na UBS destinado ao atendimento das UE	()
Veículo de atendimento (ambulância)	()
Equipe definida para o atendimento das UE	()
Óculos	()
Máscaras	()
Aventais	()
Luvas de procedimento	()
Luvas estéreis	()
Termômetro	()
Oxímetro adulto	()
Oxímetro pediátrico	()
Esfigmomanômetro adulto	()
Esfigmomanômetro infantil	()
Glicosímetro	()
Tesoura	()
Gazes	()
Compressas cirúrgicas estéreis	()
Chumaço	()
Ataduras	()
Fita cirúrgica	()
Esparadrapo	()
Oxigênio	()
Ar comprimido	()
Aspiração portátil ou fixa	()
Cateteres e máscaras faciais para oxigenoterapia em adulto	()
Cateteres e máscaras faciais para oxigenoterapia pediátrica	()
Material para terapia por nebulização	()
Monitor multiparâmetro	()
Eletrocardiógrafo	()
Cardiodesfibrilador	()
Desfibrilador Externo Automático (DEA)	()
Carro de PCR ou maleta de PCR	()
Ressuscitador manual (Ambu) adulto	()
Ressuscitador manual (Ambu) pediátrico	()
Cânulas de guedel adulto	()
Cânulas de guedel pediátrica	()
Sondas de aspiração	()
Tubos orotraqueais	()
Material para punção venosa	()

Seringas e agulhas descartáveis	()
Solução fisiológico	()
Ringer lactato	()
Solução glicose 5%	()
Solução glicofisiológica	()
Material para curativo e/ou contenção de hemorragias	()
Material para sutura	()
Colar cervical P, M e G	()
Prancha rígida	()
Talas para imobilizações	()
Medicamentos: adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipratrópio, cloreto de potássio, cloreto de sódio, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, dobutamina, dopamina, epinefrina, escopolamina, fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose, haloperidol, hidantoína, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, meperidina, midazolam	()

ORGANIZAÇÃO
Itens norteadores para registro em diário de campo
Formas de gestão da assistência Modelo assistencial implementado
PROCESSOS
Itens norteadores para registro em diário de campo
Acessibilidade da população em caso de UE Estratégias na execução da assistência às UE (casos críticos) Protocolos assistenciais direcionando a prática Fluxos

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Título do estudo: Interfaces da atenção em municípios de pequeno porte: urgência e emergência à alta complexidade.

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva e Mestranda Leticia Petry.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria Campus Palmeira das Missões – Departamento de Ciências da Saúde.

Telefone para contato e endereço postal completo: (54) 99673-9682. Av. Independência nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000 – Palmeira das Missões – RS. Endereço eletrônico: enfleticiapetry@outlook.com

Locais de coleta de dados: Dois municípios de pequeno porte e um hospital de grande porte localizados no Norte do Estado Rio Grande do Sul

Eu, Prof. Luiz Anildo Anacleto da Silva, responsável pela pesquisa “Interfaces da atenção em municípios de pequeno porte: urgência e emergência à alta complexidade” o(a) convidamos a participar como voluntário(a) deste nosso estudo que tem como **objetivo** “conhecer como a estrutura, organização e processos de saúde dos municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência.”. Nesse sentido, o estudo **justifica-se** pela pertinência em conhecer a realidade desses cenários diante da necessidade de gerar conhecimento específico para embasar ações de qualificação que possam ir ao encontro das necessidades reveladas. O desenvolvimento desta pesquisa empregará uma abordagem qualitativa, por meio de um estudo de caso.

A sua participação neste estudo ocorrerá por meio de entrevista em profundidade norteada por instrumento elaborado pelos pesquisadores. As entrevistas serão realizadas de forma presencial, individualmente, mediante agendamento telefônico prévio e gravadas com dispositivo eletrônico de gravação de áudio para posterior transcrição. Será disponibilizada a possibilidade de leitura do material resultante da coleta de dados para sua avaliação e validação.

Sendo sua **participação totalmente voluntária**, você não receberá benefício financeiro. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelo responsável pela pesquisa.

As informações coletadas serão mantidas em sigilo, a quais destinam-se a construção do conhecimento científico e poderão ser divulgadas em eventos ou publicações sem a identificação dos participantes. Além disso, assegura-se pleno sigilo e anonimato aos participantes e instituições do estudo durante todas as fases da pesquisa e compromete-se resguardar todos dados oriundos desses.

Considerando que toda a pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco, serão tomados todos os cuidados para minimizá-los. Responsabiliza-se por ponderar entre riscos e benefícios, conhecidos ou potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, e respeitando todos os princípios bioéticos.

Embora todos os cuidados adotados, este estudo pode envolver **riscos mínimos** tais como cansaço ou constrangimento no decorrer da entrevista ou conversa ou ao responder o

questionário (Apêndice A). Caso isso se manifeste, o participante poderá desistir de seu envolvimento no projeto. Fica, também, garantido, o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Estabelece-se assegurar nenhum constrangimento, físico, intelectual ou moral decorrente da sua participação. Serão respeitadas sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade e assegurando o direito de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Também será assegurada a assistência imediata e integral, sem ônus de qualquer espécie, prestada para atender complicações e danos diretos ou indiretos decorrentes da pesquisa.

Os **benefícios** esperados com este estudo pesquisa estão em gerar proveitos diretos ou indiretos, imediatos ou posteriores, que permitam rever conceitos por parte dos gestores, intersectados com profissionais da saúde de diferentes níveis de atenção aos pacientes que necessitam de acesso aos serviços de alta complexidade. Acredita-se que este projeto possa trazer contribuições aos serviços, para a academia e, de forma especial, aos usuários que necessitam deste tipo de atenção em saúde.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com o responsável pela pesquisa ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Os dados serão armazenados na Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões (sala 01, Bloco 2 Enfermagem), no endereço Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, Palmeira das Missões/RS. Todos os documentos serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade do Prof. Luiz Anildo Anacleto da Silva e da mestrandia Letícia Petry. Após esse período os dados serão fotocopiados e salvos em arquivo digital para consultas posteriores e, também, subsidiar novas pesquisas.

Autorização

Ciente e de acordo com o exposto neste documento, após a oportunidade de leitura ou escuta da leitura e conversa com o pesquisador responsável para esclarecimento de todas as minhas dúvidas, eu, _____ expresso minha concordância em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Palmeira das Missões, ____, de _____ de 20 __.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante

APÊNDICE E - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
RURALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: Interfaces da atenção em municípios de pequeno porte: urgência e emergência à alta complexidade.

Objetivo: Conhecer como a estrutura, organização e processos de saúde dos municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva


Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões – Departamento de Ciências da Saúde.

Telefone para contato e endereço postal: Av. Independência nº 3751, Bairro Vista Alegre, CEP 98300-000, Palmeira das Missões/RS. Contato: (54) 99673-9682. Endereço eletrônico: enfleticiaetry@outlook.com

Locais de coleta de dados: Dois municípios de pequeno porte e um hospital de grande porte localizados no Norte do Estado Rio Grande do Sul

Os pesquisadores responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes, que serão coletados por meio de prontuário e entrevistas realizadas em dois municípios de pequeno porte e um hospital de grande porte localizados no Norte do Estado Rio Grande do Sul durante o período de 3 meses. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente no decorrer da execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 01, Bloco 2 Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria *Campus* Palmeira das Missões, no endereço Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, Palmeira das Missões/RS por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em __/__/__, com o número do CAAE _____

Palmeira das Missões/RS, 02 de setembro de 2022.

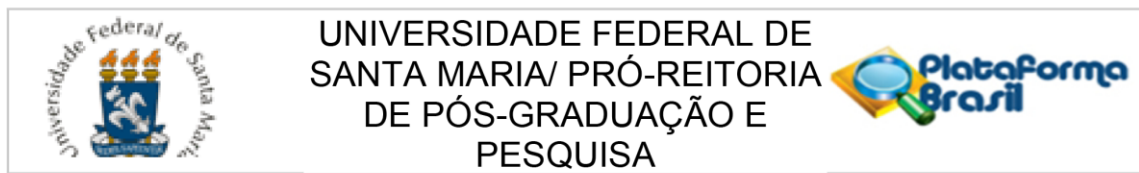
Documento assinado digitalmente
 LUIZ ANILDO ANACLETO DA SILVA
 Data: 04/09/2022 18:14:53-0300
 Verifique em <https://verificador.iti.br>

 Assinatura do pesquisador responsável
 Prof. Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva

[Digite aqui]

Universidade Federal de Santa Maria. Comitê de Ética em Pesquisa. Av. Roraima, nº 1000. Fone (55) 32208200. Email: ufsm@gmail.com <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/>

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERFACES DA ATENÇÃO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA À ALTA COMPLEXIDADE

Pesquisador: Leticia Petry

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62981022.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

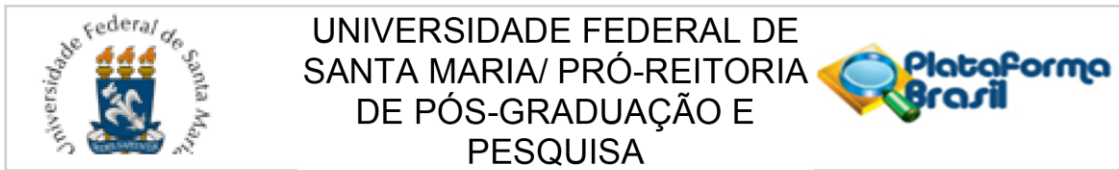
Número do Parecer: 5.658.611

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Interfaces da atenção em municípios de pequeno porte: urgência e emergência à alta complexidade" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade.

No projeto consta o seguinte resumo: "A atenção às urgências e emergências é uma temática de iminente abordagem por tratar de condições tempo-dependentes e diferentes locais de ocorrência. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências institui-se para assegurar o acesso às ações e serviços visando resolutividade em tempo oportuno. Como componente, à Atenção Básica atribui-se a responsabilidade por ofertar o primeiro cuidado aos usuários, estabilizar quadros de maior gravidade e encaminhar para outros níveis de atenção conforme a necessidade. Nesse sentido, o estudo tem como objetivo conhecer como a estrutura, organização e processos de saúde dos municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa a ser realizada por meio de um estudo de caso do tipo integrado. Os cenários serão dois municípios de pequeno porte e um hospital de grande porte do Norte do Estado Rio Grande do Sul. A coleta de dados será realizada com três fontes de evidência complementares e que possibilitarão a triangulação: entrevistas, documentos e observação direta. Os dados serão apreciados por meio da análise de

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.658.611

conteúdo. Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo serão tomados todos os cuidados que permeiam esta atividade.”

No projeto constam revisão bibliográfica, descrição da metodologia, instrumentos de coleta de dados, cronograma e orçamento.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer como a estrutura, organização e processos de saúde dos municípios de pequeno porte viabilizam aos usuários em condição de urgência e emergência o acesso ao serviço de referência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tendo em vista as características do projeto, a descrição de riscos e benefícios pode ser considerada suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

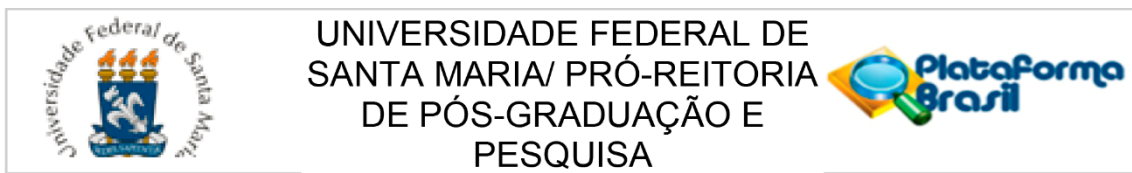
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2005985.pdf	21/09/2022 09:11:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_2.pdf	21/09/2022 09:08:43	Leticia Petry	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_2.pdf	21/09/2022	Leticia Petry	Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.658.611

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	09:08:12	Letícia Petry	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_2.pdf	21/09/2022 09:05:13	Letícia Petry	Aceito
Outros	Termo_confidencialidade_assinado.pdf	05/09/2022 13:42:41	Letícia Petry	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/09/2022 13:37:57	Letícia Petry	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/09/2022 13:37:43	Letícia Petry	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional_3.pdf	05/09/2022 13:24:36	Letícia Petry	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional_2.pdf	05/09/2022 13:24:25	Letícia Petry	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_institucional_1.pdf	05/09/2022 13:24:13	Letícia Petry	Aceito
Outros	Registro_GAP.pdf	04/09/2022 09:40:12	Letícia Petry	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 22 de Setembro de 2022

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com