

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE**

**ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA**

**ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Diamantina**

**2019**

**ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA**

**ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dra. Mirtes Ribeiro

Co-orientadora: Me. Heloisa Helena Barroso

**Diamantina**

**2019**

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S586a

Silva, Zilmar Geralda de Almeida.

Análise da gestão da rede de atenção à urgência e emergência na atenção primária à saúde / Zilmar Geralda de Almeida Silva, 2019.

97 p. : il.

Orientadora: Mirtes Ribeiro

Co-orientadora: Heloisa Helena Barroso

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2019.

1. Gestão em saúde. 2. Urgência. 3. Emergência. 4. Atenção primária à saúde. I. Ribeiro, Mirtes. II. Barroso, Heloisa Helena. III. Título. IV. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**CDD 616.025**

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa – CRB6/2972

ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA

**Titulo da defesa AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

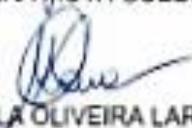
Dissertação apresentada ao  
MESTRADO EM ENSINO EM SAÚDE,  
nível de MESTRADO como parte dos  
requisitos para obtenção do título de  
MESTRA EM ENSINO EM SAÚDE

Orientador (a): Prof.ª Dr.ª Mirtes  
Ribeiro

Data da aprovação : 17/09/2019

  
Prof.Dr.ª MIRTES RIBEIRO - UFVJM

  
Prof.Dr.ª HELISAMARA MOTA GUEDES - UFVJM

  
Prof.Dr.ª MARISTELA OLIVEIRA LARA - UFVJM

À minha Mãe que me ensinou com o seu exemplo  
a arte e dom da solidariedade....

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade e por me ajudar a persistir nos árduos caminhos que percorri.

À minha orientadora Mirtes Ribeiro pelos ensinamentos e paciência.

À minha Co-orientadora Heloísa Helena Barroso, anjo que Deus colocou em minha vida, por toda paciência, dedicação, disponibilidade, e principalmente por acreditar em mim.

Ao meu esposo Hilton, meu porto seguro de todas as horas.

Aos meus pais, pelo exemplo e carinho.

Aos meus filhos, Maria, Miguel e Manoel, luz da minha vida, por quem luto todos os dias.

Aos amigos do SAMU, Eliane, Júnia, Edivaldo, e Fabíula, pela ajuda e companheirismo.

Às amigas do Mestrado, Suzana, Karlyone, Juliana pelo apoio.

À Dra. Yala pela amizade e parceria.

À Secretaria Municipal de Saúde de Datas, na pessoa de Viviane Araújo pela compreensão e ajuda.

Aos Secretários e Profissionais de saúde dos Municípios participantes da pesquisa pela disponibilidade e empenho.

“Crê em ti mesmo, aja e verás o resultado.  
Quando tu se esforças, a vida também esforça em ti ajudar...”  
(Autor desconhecido)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os serviços de Atenção Primária à saúde para o atendimento de urgência e emergência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório transversal com abordagem quanti-qualitativa sob análise de questionários adaptados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que foram aplicados aos gestores municipais e gerentes de unidades de saúde de municípios da região de saúde de Diamantina. Para adequação dos instrumentos de avaliação foi realizado um teste piloto no município com menor população. A análise dos dados quantitativos foi feita através do programa Sphinx Survey edição léxica, Versão 5.0.1.4, e incluiu análise descritiva e estatística. A análise dos dados qualitativos foi feita através da análise de conteúdo de Bardin.

**Resultados:** De acordo com os gestores e gerentes 77,8% dos municípios não possuem condições efetivas de atendimento de Urgência e Emergência devido à inexistência de capacitação da equipe, e em 33,3 % dos municípios por falta de recursos materiais. Destes municípios 33,3% não possuem Unidade de Saúde aberta 24horas por dia para o atendimento à população, como também não conta com a presença de equipe completa em período integral. De acordo com os gestores, apenas 44,4% dos municípios realizaram ações de educação permanente em saúde em urgência e emergência, embora a totalidade dos gestores tenha autonomia para fazê-lo. Dentre os entraves enfrentados pelas equipes referentes à disponibilidade de materiais, 44,4% delas não têm condições de suporte ventilatório pediátrico por não possuírem ressuscitador manual pediátrico, e 78% não apresentam condições de proporcionar vias aéreas definitivas em crianças por não possuírem todos os materiais necessários. Quanto às opiniões de gestores e gerentes, estas convergem para a importância e a necessidade tanto dos atendimentos dos casos de Urgência e emergência na Atenção Primária, bem como da viabilização dos recursos físicos e materiais, e da Educação Permanente em Saúde dos profissionais.

**Conclusão:** Os achados permitiram descrever a realidade da rede de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde na Região de Saúde de Diamantina. As limitações encontradas indicam a necessidade de investimentos em processos de qualificação das equipes, melhorias da infraestrutura e recursos materiais no acolhimento às situações emergenciais; bem como otimização dos processos de gestão.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde, Urgência, Emergência, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze Primary Health Care services for urgent and emergency care.

**Methodology:** This is a cross-sectional exploratory descriptive study with a quantitative and qualitative approach under analysis of questionnaires adapted from the National Program for Access and Quality Improvement of Primary Care (PMAQ), which were applied to municipal manager and managers of health units from municipalities in the Diamantina health region. To adjust the assessment instruments, a pilot test was conducted in the municipality with the smallest population. The analysis of quantitative data was performed using Sphinx Survey lexical edition, Version 5.0.1.4, and included descriptive and statistical analysis. The analysis of qualitative data was done through Bardin content analysis. **Results:** According to the managers and managers, 77.8% of the municipalities do not have effective conditions for urgent and emergency care due to lack of staff training, and in 33.3% of the municipalities due to lack of material resources. Of these municipalities, 33.3% do not have a Health Unit open 24 hours a day to serve the population, as well as the presence of a full-time full team. According to the managers, only 44.4% of the municipalities carried out permanent health education actions in urgency and emergency, although all managers have autonomy to do so. Among the barriers faced by the teams regarding material availability, 44.4% of them are not able to support pediatric ventilatory support because they do not have a pediatric manual resuscitator, and 78% are unable to provide definitive airways in children because they do not have all materials needed. As for the opinions of managers, these converge to the importance and the need both for the care of cases of Urgency and emergency in Primary Care, as well as the viability of physical and material resources, and the continuing education of health professionals. **Conclusion:** The findings allowed us to describe the reality of the emergency care network in Primary Health Care in the Diamantina Health Region. The limitations found indicate the need for investments in team qualification processes, infrastructure improvements and material resources to accommodate emergency situations; as well as management process optimization.

**Keywords:** Health Management, Urgency, Emergency, Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Vale do Jequitinhonha e região de saúde de Diamantina .....	40
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Autonomia e Conhecimento sobre Portarias e Políticas que regulamentam a Urgência e a Educação Permanente em saúde pelos Gestores de Municipais de Saúde, da Região de Saúde de Diamantina em 2019.....	46
<b>Tabela 2</b> - Modelo de atenção prestado à saúde, recursos humanos e físicos das Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019.....	47
<b>Tabela 3</b> - Materiais e medicamentos necessários ao atendimento de Urgência e Emergência existentes nas Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019.....	48
<b>Tabela 4</b> - Experiência do gerente em urgência x disposição dos materiais de urgência em um local que facilite o atendimento dos casos de Urgência nas Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019.....	49

## ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ABEM- Associação Brasileira de Enfermagem

APH- Atendimento Pré-hospitalar

APS- Atenção Primária à Saúde

ASU- Agentes de Socorro de Urgência

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CRAPS-Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo

DERSA- Desenvolvimento Rodoviário S.A

EPS- Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

NEP- Núcleo de Educação Permanente

NEU -Núcleo de Educação em Urgência

PAPH- Pré-atendimento Hospitalar do Ministério da Saúde

PEET- Plano de Enfrentamento das Emergências e Trauma

PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica

PNEPS – Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde

PRO EPS SUS- Programa de Educação Permanente em Saúde no Sistema único de Saúde

RAS – Rede de Assistência à Saúde

RUE- Rede de Urgência e Emergência

SAMDU-Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIATE- Serviço Integrado de atendimento ao trauma

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEM- Técnico em Emergências Médicas

UBS – Unidade Básica de Saúde

US - Unidade de Saúde

USA- Unidade de Suporte Avançado

USB- Unidade de Suporte Básico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	19
2.1 História e contexto da urgência e emergência no brasil e no mundo.....	-
..20	
2.2 Serviços de urgência e emergência e legislação.....	24
2.3 Urgências na atenção primária.....	30
2.4 Estrutura, recursos e educação permanente.....	33
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	38
3.1 Objetivo geral.....	38
3.2 Objetivos específicos.....	38
<b>4 HIPÓTESE</b> .....	39
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	40
5.1 Considerações Éticas.....	40
5.2 Cenário do estudo.....	40
5.3 População do estudo.....	41
5.4 Desenho da pesquisa.....	41
5.5 Coleta de dados.....	42
5.6 Critérios de inclusão.....	42
5.7 Critérios de exclusão.....	42
5.8 Riscos.....	43
5.9 Benefícios.....	43
5.10 Tratamento e Análise dos dados.....	43
<b>6 RESULTADOS</b> .....	45
6.1 Resultados quantitativos.....	45
6.2 Resultados qualitativos .....	49
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	50
7.1 Resultados quantitativos.....	50
7.2 Resultados qualitativos .....	52
7.2.1 Atendimentos de urgência e emergência na Atenção Primária como direito da população: Triagem e acolhimento com classificação de risco.....	52
7.2.2 Educação Permanente em Saúde: Atualização dos conhecimentos para melhor qualidade, agilidade e segurança dos serviços prestados.....	55
7.2.3 Gestão e Recursos.....	57

<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	62
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	64
<b>10 APÊNDICES</b> .....	67
10.1 Tcle.....	67
10.2 Cartas de co-participação dos municípios.....	71
10.3 Relatório e fotos do treinamento.....	72
10.4 Lista de materiais e insumos necessários para o atendimento das urgências e emergências na atenção primária à saúde.....	74
10.5 Instrumentos de avaliação .....	79
<b>11 ANEXOS</b> .....	85
11.2 Parecer do CEP .....	93

## 1 INTRODUÇÃO

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si com a missão de ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, de forma coordenada, prestada no tempo certo, com qualidade, de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017). Nas redes de atenção à saúde a Atenção Primária à Saúde (APS) deve cumprir as funções: resolução, coordenação e responsabilização por seus usuários.

A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde, a coordenação organiza os fluxos e contra fluxos das pessoas e serviços pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede, e a função de responsabilização se co-responsabiliza pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos. Na organização de redes de resposta às condições agudas, a atenção primária tem a função de resolução dos casos mais leves e do primeiro atendimento e posterior encaminhamento dos casos moderados e graves (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010; BRASIL, 2006).

A rede de Atenção à Saúde é dividida em regiões, sendo a Região de Saúde de Diamantina composta por 15 municípios: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro. Destes, nove municípios possuem apenas Atenção Primária, sem a existência de hospitais ou outros serviços especializados em atendimento de Urgência e Emergência; são eles: Alvorada de Minas, Congonhas do Norte, Couto Magalhães de Minas, Datas, Felício dos Santos, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto e Senador Modestino Gonçalves (DATASUS, 2019).

Conceitualmente os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde deveriam trazer sentidos um pouco diferentes no tocante à complexidade das ações desenvolvidas por cada tipo, a Atenção Primária seria a oferta de todas as ações e serviços necessários ao bom desenvolvimento da saúde humana; enquanto Atenção Básica seria a oferta dos requisitos essenciais mínimos apenas. No Brasil estes termos se misturam e são interpretados como conceitos iguais. Já a Estratégia Saúde da Família

(ESF) é outro termo também usado, porém já com uma conotação um pouco diferente: reorganização da Atenção Primária à Saúde. Neste trabalho será utilizado o termo Atenção Primária à Saúde por ser este o termo político mais utilizado pelos programas do Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária à Saúde está organizada como porta de entrada preferencial no nível de atendimento à saúde do usuário. Nessa concepção o cuidado centrado no usuário deve responder à todas as necessidades de saúde da população por meio de um sistema integrado, articulado e pautado na lógica da construção de redes de trabalho intersetorial (BRASIL, 2010).

O atendimento de urgência na APS é essencial tanto pela necessidade da integralidade da atenção, quanto pela necessidade em acompanhar o usuário de forma contínua pela ESF, quando esta encaminhar, para os demais níveis de complexidade da atenção, após um primeiro tratamento. A efetiva oferta de serviços de urgência e até de emergência na APS requer, no entanto, a existência de condições como a hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção, a utilização de protocolos clínicos, a competência profissional, o sistema de referência e contra referência; regulação do transporte e dos leitos de observação, o sistema de comunicação e logística, os recursos tecnológicos mínimos e área física adequada (BRASIL, 2017).

Ao longo de vários anos trabalhados na APS em um município que possui apenas este modelo de atenção a ofertar, foi percebida a precariedade e despreparo dos profissionais dos serviços quando algo inusitado e inesperado acontecia. Ao observar os procedimentos Pré-hospitalares, e outros atendimentos em urgência e emergência prestados pelos profissionais na APS esta pesquisadora percebeu ser necessário o desenvolvimento deste estudo que teve como proposta de analisar a gestão dos serviços de saúde de APS frente aos casos de urgência e emergência nos Municípios da Região de Saúde de Diamantina. Esta análise foi realizada através da avaliação do desenvolvimento de ações de gestão, do conhecimento dos gestores a respeito das leis vigentes em Urgência e Emergência na APS, da existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência nos municípios, da avaliação do modelo de atenção prestado à saúde, bem como do provimento dos recursos humanos, físicos e materiais para a oferta dos atendimentos de urgência e emergência.

## 2 REVISÃO TEÓRICA

Para compor este referencial teórico foi realizada uma pesquisa no banco de dados do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no banco de Dados do portal da CAPES. Foram utilizados os seguintes descritores: Gestão em saúde, Urgência, Emergência, Atenção Primária à Saúde. Foi também realizada uma busca sobre a História da Urgência e Emergência dos últimos cinco anos.

Para compor este referencial teórico foram também selecionadas publicações anteriores ao período entre 2014-2019, uma vez que as publicações mais relevantes sobre a História da Urgência e as Leis e Portarias se deram nesta época. Também foi efetuada pesquisa bibliográfica na biblioteca Virtual da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), no banco de dados de dissertações e teses, bem como em livros, periódicos, leis e portarias.

A revisão da literatura evidenciou que temas como Análise da gestão em Saúde para atuação na rede de urgência e emergência na APS é um assunto novo no campo da produção científica. As publicações em relação à implantação do atendimento de urgência e emergência na APS e as modificações ocorridas no trabalho destas equipes são escassas embora a maior parte da literatura, portarias e leis consultadas apontam para a necessidade de reestruturação destes serviços para estes atendimentos. A fundamentação deste estudo é direcionada para a contextualização da gestão e organização do trabalho em saúde para a produção de assistência de urgência em tempo e local adequado às necessidades da população. A seguir, serão feitas considerações sobre as temáticas que subsidiaram a construção teórico-metodológico deste estudo.

## 2.1- História e contexto da urgência e emergência no mundo e no Brasil

Condições que ameacem a vida humana sempre existiram, e juntamente com estes riscos sempre houveram instintos no sentido da preservação da vida, buscando o mais precocemente possível o amparo para manter as condições vitais do indivíduo (SILVA et al., 2010). Um dos primeiros registros de atendimento à uma vítima está na Bíblia, no livro de Lucas, capítulo 10, versículo de 30 a 34, onde se lê:

“...certo homem descia de Jerusalém para Jericó e veio a cair em mãos de salteadores, os quais, depois de tudo roubarem e lhe causarem muitos ferimentos, retiraram-se, deixando-o semimorto. Casualmente, descia um sacerdote por aquele mesmo caminho e, vendo-o passou de largo. Semelhantemente, um levita descia por aquele lugar e vendo-o, também passou de largo. Certo samaritano, que seguia o seu caminho, passou-lhe perto e, vendo-o, compadeceu-se dele. E, chegando-se, penso-lhe os ferimentos, aplicando-lhe óleo e vinho; e colocando-o sobre o seu próprio animal, levou-o para uma hospedaria e tratou dele” (BÍBLIA, 1969).

Os primeiros atendimentos de urgência e emergência aconteceram nas grandes Guerras do século XVIII, no período napoleônico. Neste período, os soldados feridos eram transportados por carroças com tração animal para além do campo de batalha, para serem atendidos por médicos. Em 1792 o Médico cirurgião e chefe militar Dominique Larrey, começa a “dar os cuidados iniciais” aos soldados feridos no próprio campo de batalha no intuito de aumentar as chances de sobrevivência e diminuir possíveis complicações. Algum tempo depois os próprios combatentes foram treinados para prestarem os primeiros socorros no campo de batalha: estas experiências associadas ao transporte rápido dos feridos diminuíram em grande escala a morbimortalidade por causas externas na época (SILVA et al., 2010). Com o advento dos motores a combustão na época da Revolução Industrial foram criadas as ambulâncias motorizadas. Nesta mesma época surge também a Cruz vermelha e então as ambulâncias motorizadas passam a contar com uma equipe composta por: condutor, pessoal da enfermagem e eventualmente o médico.

No Brasil o surgimento do atendimento às vítimas no local dos acontecimentos dos fatos também é bem antigo. Em 1893 foi criada uma lei pelo Senado da República que previa dar socorro em via pública na então capital do país, Rio de Janeiro. Em 1899, também na capital, foi colocada em funcionamento a primeira ambulância (de tração animal) pelo Corpo de Bombeiros. Já no estado de São Paulo no ano de 1893 ficou sob responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado os atendimentos às emergências médicas através do Decreto N.395 de 7 de outubro (O'DWYER et al., 2017).

Em 1910 tornou-se obrigatório o deslocamento dos médicos aos locais de acidentes e incêndios para o atendimento imediato das vítimas; nesta época o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro tenta incorporar no Brasil os modelos de ambulância motorizados e equipados idealizados pela Cruz Vermelha Internacional. Em 1950 instalou-se em São Paulo o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) responsável pelo atendimento de urgência que pertencia a antiga secretaria Municipal de Higiene e fora criado pelo decreto N. 16629/1950. A equipe era composta por condutor, enfermeiro e médico ou acadêmico de medicina (SILVA et al., 2010).

O Corpo de Bombeiros Militares no Brasil sempre se apresentou como uma das primeiras e principais instituições preocupadas em fornecer o atendimento pré-hospitalar à população: realizavam desde o final do século XVIII, serviço emergencial em várias situações. Cada unidade da Federação se organizava a seu modo através de suas unidades de Corpos de Bombeiros para a prática de Atendimento pré-hospitalar (APH), se destacando neste cenário os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Goiás e Santa Catarina (SILVA et al., 2010).

A atividade de APH no Brasil sempre foi muito diversificada existindo serviços de origem pública, privada e mista. Um exemplo de serviço de atendimento de urgência misto foi o Sistema de Ajuda ao Usuário nas Rodovias sob jurisdição do DERSA (Desenvolvimento Rodoviário S.A) em 1976, que prestava serviço aos usuários destas rodovias. Este serviço previa o posicionamento de uma ambulância tripulada por um motorista e um atendente de primeiros socorros a cada 30 Km de rodovia em tempo integral. Estes

profissionais eram treinados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e mantidos com recursos dos pedágios e da previdência social (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011; O'DWYER et al., 2017).

A partir de 1975 iniciou-se em grande parte do território nacional iniciativas para o desenvolvimento dos serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência. Em 1979 foi assinado entre a o Corpo de Bombeiros de São Paulo e a Prefeitura do mesmo lugar um protocolo de intenções onde médicos e enfermeiros foram contratados e treinados para atuarem juntos aos bombeiros em uma frota de ambulâncias que fora posta a serviço do resgate dos acidentados. Entre 1981 e 1983 foi criado por um grupo de médicos do Pronto Socorro do Hospital das Clinicas, da Secretaria de Higiene Saúde do Município de São Paulo, da Santa Casa de Heliópolis e da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo um sistema de atendimento de urgência com territorialização, referência, contra referência e encaminhamento de pacientes; denominado Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo (CRAPS). Em 1985 no Rio de Janeiro através de um decreto do governo vigente foi criado o Grupo de Emergências do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro; composta por 19 unidades móveis de terapia intensiva. Cada unidade era tripulada por um condutor, dois enfermeiros e um médico (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

Em 1989 através de um acordo assinado entre o Brasil e a França, por solicitação do Ministério da Saúde Brasileiro, deu-se origem ao Projeto Resgate na cidade de São Paulo com a criação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Projeto este que era apoiado por uma resolução conjunta entre as Secretarias Estaduais da Saúde e de Segurança Pública (Corpo de Bombeiros e Grupamento de Rádio Patrulha). Nesta época a frota era composta por 35 viaturas de resgate, tripuladas por 3 bombeiros cada; 2 viaturas de suporte avançado tripulado por condutor, médico e enfermeiro; 03 helicópteros equipados com respirador e desfibrilador e demais materiais, tripulados por dois pilotos, um médico e um enfermeiro. Mas devido à escassez de recursos adotou-se para este serviço uma sistemática de atendimento mista, ou seja, nos moldes do atendimento norte-americano e francês (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

Em 1990 outro modelo misto de APH também proposto pelo Ministério da Saúde, conhecido como Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma (SIATE) foi implantado em Curitiba numa ação conjunta entre as Secretarias de Estado da Saúde e Segurança Pública. O SIATE serviu de modelo para uma reestruturação nacional da APH nacional a partir dos anos 90 principalmente com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) pelo Ministério da Saúde (MS) com objetivo de redução da incidência e da morbimortalidade por agravos externos. No entanto somente a corporação do Rio de Janeiro era composta por oficiais médicos e enfermeiros para realização do APH; nos demais estados foi necessário o treinamento dos profissionais através de um curso básico de socorristas e foram então denominados de Agentes de Socorro de Urgência (ASU) – treinamento equivalente ao Treinamento em Emergências Médicas Básico (TEM) dos Estados Unidos (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

A partir deste marco o APH foi sendo construído nos estados de diferentes formas a basear-se no modelo americano ou francês. No modelo americano a demanda era requisitada através de uma chamada telefônica e a partir desta eram deslocadas viaturas até o local do acontecimento e a vítima removida de maneira rápida por Técnicos em Emergências Médicas até o local do atendimento. Já no modelo francês a ocorrência também era solicitada por telefone, porém esta passava por uma central de regulação médica que avaliava o caso e decidia qual o melhor recurso destinaria para atender o caso. O modelo francês permite o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, e é o usado nos dias atuais (SILVA et al., 2010).

Em 1995 foi criado em Porto Alegre o SAMU com cooperação técnica da França. Em 1996 foi criado o SAMU de Ribeirão Preto, já possuindo o suporte avançado; sua Central de Regulação Médica foi inaugurada em 1998. Em fevereiro de 1999 o SAMU foi expandido com a incorporação das Unidades de suporte Básico – USB. Em Santa Catarina o primeiro serviço de APH foi instado em 1987 junto ao Corpo de Bombeiros de Blumenau e foi aperfeiçoado com o projeto de atendimento Pré-hospitalar do Ministério da saúde (PAPH-MS) a partir de 1990, com vários treinamentos ASU em todo o estado. Um convênio do Centro de Ciências Médicas da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina

(UFSC), realizou o curso de Técnico em Emergências Médicas (O'DWYER et al., 2017).

A maior dificuldade que o atendimento pré-hospitalar enfrentou no Brasil sempre foi uma legislação fundamentada e consistente, o que resultou na criação de várias estruturas de atendimento pré-hospitalar sem padrões e protocolos pré-definidos. A partir de 1997, os Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem começaram a questionar a eficácia do atendimento de APH prestados pelo Corpo de Bombeiros visto que não possuíam embasamento teórico-técnico suficiente, e em 1998 o CFM lançou a Resolução 1.529/98 que normatizava a atividade médica na área de urgência/emergência na APH, revogada pela Resolução 1.671/2003. A partir daí o Ministério da Saúde criou uma série de portarias que visava a regulação da Rede de Urgência e emergência em todo o país (SILVA, et al., 2010; O'DWYER et al., 2017).

## **2.2 – Serviços de urgência e emergência e legislação**

Buscando a definição para urgência e emergência em saúde pode-se definir e distingui-las da seguinte forma: urgência é todo processo agudo; sem ameaça ou risco de vida iminente, mas que traz sofrimento ao paciente. Emergência é todo e qualquer processo com risco iminente de vida; deve ser prontamente atendido e tratado nos primeiros minutos após o fato. As emergências médicas podem ser traduzidas como lesões ou enfermidades que são uma ameaça imediata à vida (RAYA et al., 2013).

Os serviços de urgência e emergência têm por finalidade o atendimento de vítimas nos primeiros minutos da ocorrência do fato no intuito do rápido reestabelecimento do bem-estar e eliminação de qualquer condição que ameace a vida. Estes serviços se dividem em dois tipos principais: o serviço de Atendimento Pré-hospitalar e o serviço de Atendimento Hospitalar (MOURA, CARVALHO, SILVA, 2015). Os serviços de APH são serviços prestados nos locais dos acontecimentos dos eventos e visam manter e/ou restituir as funções vitais na tentativa da redução da morbimortalidade através de condutas de

estabilização e demais procedimentos necessários para a manutenção da vida até o transporte do paciente para um serviço de maior complexidade. No contexto do APH o serviço é dividido em: Atendimento pré-hospitalar fixo (Unidades Básicas de Saúde, Upas e ambulatórios) e móvel (SAMU), Bombeiros e demais unidades de resgate (O'DWYER et al., 2017).

No APH móvel as ações são divididas em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV). No SBV a ocorrência não há risco de morte ou é desconhecida; as ações não são invasivas como: imobilização em prancha, curativo oclusivo, etc. Ainda é realizada a ressuscitação cardiopulmonar (até a chegada do suporte avançado ou até o transporte para um serviço de referência) que visa a qualidade da circulação tecidual e assim o aumento da sobrevida. No SAV o risco de morte é iminente e compreende ações não-invasivas e invasivas. O APH dá suporte tantos aos casos de trauma, como clínicos, obstétricos e psiquiátricos (SILVA et al., 2010).

Os serviços de Urgência e Emergência hospitalares são serviços de atenção secundária que dão suporte a pacientes internos e externos tratando condições clínicas e traumáticas, agudas e/ou crônicas e possui instalações fixas permanentes. Nestas unidades são realizados desde procedimentos simples até procedimentos cirúrgicos avançados. Quando uma unidade hospitalar não tiver capacidade de dar todo o suporte necessário para a manutenção da vida do paciente deve ser solicitada a sua transferência para outra unidade de nível mais complexo (referência – contra referência) (BRASIL, 2006b).

De acordo com informações do Ministério da Saúde, nas regiões metropolitanas brasileiras as principais causas de morbimortalidade, entre 15-49 anos, são as violências, acidentes e envenenamentos; superando as mortes por doenças cardiovasculares e neoplasias. Os casos agudos são as causas mais importantes de incapacitação física permanente ou temporária gerando imensas perdas econômicas previdenciárias e gastos para a saúde. Pensando nisto o Ministério organizou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de intervir efetivamente nos atendimentos destas doenças e agravos. Esta rede tem por objetivo articular todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado

e integral aos usuários em situação urgência e emergência em todos os serviços de saúde (MOURA, CARVALHO, SILVA, 2015; BRASIL, 2010).

A Portaria nº1863/GM instituiu em 29 de setembro de 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências implantada em todas as unidades federadas tendo como requisitos a morbimortalidade relacionada a causas urgentes, principalmente devido ao trauma e violência, a relevância para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, a necessidade de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, a estimulação da atenção integral às urgências pelos serviços de atenção básica e saúde da família, e a garantia de educação continuada dos profissionais de saúde e de suas equipes setoriais, entre outros. Além de implantar a Política Nacional de Atenção às Urgências, esta portaria regulamentou os sistemas que compõem a atenção as urgências estaduais, regionais e municipais organizando-os de forma a permitir a garantia da universalidade, equidade integralidade no atendimento em todo e qualquer tipo de urgência, distribuição criteriosa dos recursos de acordo com a regionalização, desenvolvimento de estratégias que promovam qualidade de vida e prevenção de agravos; fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas de saúde (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2010).

As redes loco regionais instituídas pela portaria por sua vez são divididos em quatro componentes: Pré-hospitalar fixo e pré-hospitalar móvel, componente hospitalar e o componente pós-hospitalar. A rede Pré-hospitalar fixa é composta pelas unidades básicas de saúde e unidade de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, etc. O componente Pré-hospitalar móvel é composto pelo SAMU e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica e com chamada pelo número 192. O componente hospitalar é composto pelas unidades hospitalares e toda gama de leitos de internação, de todas as especialidades, de longa permanência e de terapia intensiva. Todas estas unidades devem ter suas portas abertas às urgências. O componente pós-hospitalar por sua vez é composto por modalidade de Atenção Domiciliar (Saúde da Família) e Projetos de Reabilitação (BRASIL, 2003a).

A Portaria 2048/GM de 05 de novembro de 2002 regulamenta a partir desta data todos os serviços de Urgência e Emergência no país, tanto em âmbito pré como intra-hospitalar; estabelecendo regras e fluxos. Anteriormente a 2002 o atendimento pré-hospitalar no Brasil era majoritariamente realizado pelos Corpos de Bombeiros Militares e cada estado tinha suas próprias regulamentações e regulação; com o advento da Portaria 2048 houve uma regulação técnica dos Sistema Estaduais de Urgência e Emergência; sendo assim o componente pré-hospitalar que era “visto” apenas como as ambulâncias de resgate; após esta Portaria preconizou-se que como serviços de atendimento pré-hospitalares todos aqueles que prestam os primeiros atendimentos como: Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Unidades de Pronto atendimento e outros.

A Portaria 2048/GM de 2002, através de seu Plano Estadual de Atendimento à Urgências e Emergências visa a promoção da qualidade de vida através da excelência nos atendimentos de Urgência e emergência prestados; prevenção de agravos e proteção da vida através da educação e sensibilização da população. Esta Portaria normatiza as Centrais de Regulação onde o Regulador é o Orientador/ordenador do Sistema, sendo a Autoridade Sanitária principal. As Centrais de Regulação organizam as relações entre os sistemas, qualificam os fluxos, sendo assim portas de comunicação entre os pontos da rede. A figura do médico Regulador determina através da triagem telefônica o fluxo de todo o serviço. A Portaria caracteriza e define cada componente dos atendimentos pré e intra hospitalar, determinando a função de cada entidade e de cada categoria profissional estabelecendo regras de atuação. Define também a tipologia de cada veículo de atendimento pré-hospitalar bem como os tripulantes dos mesmos. Estabelece regras para os transportes médicos terrestres e aéreos (BRASIL, 2002).

A Portaria nº1864/GM instituiu em 29 de setembro de 2003 o componente pré-hospitalar da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em Municípios e regiões de todo o território nacional. Através dela foi instituído o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política nacional de Atenção às Urgências, através da implantação do SAMU suas Centrais de Regulação e seus

Núcleos de Educação Permanente (NEP) em cidades de todo o país, bem como seu financiamento e custeio. Nesta Portaria previa também os recursos para o funcionamento do laboratório de ensino de procedimentos, recursos para a capacitação de multiplicadores que atuavam junto aos Núcleos de Educação Permanente, recursos para compra de soluções para as adequações físicas, equipamentos e softwares para as Centrais de Regulação, que foram disponibilizados através de celebração de convênios. Definiu-se que as despesas de custeio do componente pré-hospitalar seriam de responsabilidade compartilhada de forma tripartite, em que a União garantia 50% dos custos (BRASIL, 2003b).

A Portaria nº 1.600 de julho de 2011 do Ministério da Saúde, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS. Foi elaborado a partir desta Portaria um manual instrutivo com todas as estratégias para a implementação da RUE no Brasil com o objetivo de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Desde dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o MS decidiu que para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos. Esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010).

Dados epidemiológicos em nosso País indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase nas violências e nos traumas, tornando-se a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis, com relevância no número de óbitos por infarto agudo de miocárdio e por acidente vascular cerebral, se destacam como relevantes problemas de saúde, demandando uma nova conformação do sistema; com ações que garantam um

acompanhamento longitudinal dos usuários e de suas respectivas necessidades de saúde. O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados paliativos, por isto o MS através da Portaria 1600 de 2011 implantou o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. Este manual constitui-se de um regulamento Técnico para as Urgências e Emergências no País. Este manual determina que a rede de urgência e emergência siga as diretrizes do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência; incluindo as clínicas, ginecológicas, psiquiátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismo, violências e acidentes). Ampliou-se o acesso com acolhimento nos casos agudos em todos os pontos de atenção; determinou a classificação de risco como determinante para seleção da prioridade nos atendimentos conforme gravidade dos pacientes (BRASIL, 2011; SAÚDE, 2013).

A regionalização também foi outro ponto considerado no qual hospitais e outros serviços com maior complexidade e capacidade de atendimento devem garantir atendimento não só para os municípios como também toda a população das regiões ao redor. Enfatizou a Humanização da atenção à saúde garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde, organizando para isto o processo de trabalho das Equipes Multidisciplinares. Para isto foram criadas práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidados e estratégias prioritárias. As linhas de cuidados estabelecidas foram três: Cardiovasculares, cerebrovasculares e traumas; e partir delas determinou a classificação dos hospitais em tipo 1, tipo 2 e tipo 3. Os hospitais que atendessem qualquer uma destas linhas foi considerado tipo 1, duas destas linhas tipo 2 e todas as linhas tipo 3 (BRASIL, 2006b).

As ações foram voltadas para as necessidades de saúde da população e qualificação da atenção da gestão por meio do desenvolvimento de ações de coordenação contínuas que busquem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde. Outro ponto a ser considerado como peça fundamental é a institucionalização da prática de monitoramento e avaliação por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e

qualificar as atenções prestadas; além de articulação Inter federativa, participação e controle social, bem como fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimentos às necessidades coletivas em saúde de caráter urgente e transitório decorrentes de situações de perigo iminente de calamidades públicas e acidentes, e também a qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores (O'DWYER et al., 2017).

### **2.3 – Urgência na Atenção Primária**

A APS constitui-se no primeiro nível de atenção à saúde, e caracteriza-se por um conjunto de ações coletivas e individuais para a promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e da vida da população. Orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, equidade e da participação social. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas a um grupo de população de um território delimitado, através do trabalho em equipe, e utiliza-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de maior relevância deste território (BRASIL, 2017; MELO, 2011).

As UBS são as portas de entrada do sistema, possuindo uma área de abrangência delimitada, com até 4.000 pessoas e prioriza grupos de risco de saúde vulnerável. Com a incorporação das ESF às UBS, estas últimas deixam de ser passivas e, através da inserção da equipe dentro da comunidade, uma relação humanizada e resolutiva entre os profissionais de saúde e a população, possibilita o conhecimento dos problemas e o desenvolvimento de ações conjuntas de promoção de saúde, diagnóstico e tratamento de doenças. Cada ESF através de seus profissionais pode executar ações nas Unidades de Saúde ou no domicílio do usuário, devendo atuar de forma articulada com os demais níveis do sistema de saúde garantindo a integralidade da atenção (BRASIL, 2017).

Como via de entrada para o sistema de saúde a APS recebe também fluxos de urgência e emergência e possui papel importante na resolução e encaminhamento dos casos. A Portaria GM nº 2.048 /2002 denomina as UBS como componente pré-hospitalar fixo, devendo prestar atendimento aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática, psiquiátrica, obstétrica; até a completa estabilização do quadro ou encaminhamento/transporte para níveis de maior complexidade integrante da rede (BRASIL, 2002).

A Portaria 1863/GM de 2003 que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) ao considerar a necessidade da estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de serviços integrais às urgências, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente nos Prontos socorros, determina em seu artigo terceiro incisos 2 e 2a:

“Organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida tecendo-as em seus diversos componentes:

Componente Pré-hospitalar fixo: unidades de saúde e unidades saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde” (...) (BRASIL, 2003).

De acordo com a portaria 2048/GM de 2002 em seu artigo 2º é determinado às secretarias dos Estados, do Distrito federal e dos municípios a adoção de providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais integrantes. O Regulamento Técnico desta portaria realça a importância e necessidade da implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento afim de melhorar a organização do sistema, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutiveis, tornando-se imperativo estruturar desde a rede pré-hospitalar, nela incluindo desde as Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família até a rede hospitalar de alta complexidade; devendo todos os componentes da rede se comunicarem através de mecanismos de referência e contra referência.

O Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências determina que Municípios que realizem apenas Atenção Básica e Atenção

Básica Ampliada devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, sendo os últimos requisitados a manter área física para observação de pacientes por até 8 horas. As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades saúde da família quanto ao atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios Brasileiros, devendo para isto contar com recursos humanos capacitados e estrutura adequada de recursos físicos e materiais providos por suas secretarias (BRASIL, 2002).

O Programa de Qualificação da Atenção às Urgências de 2006 com o objetivo de qualificar a assistência de acordo com os princípios da integralidade e as diretrizes da Política Nacional de Humanização também menciona a organização da atenção pré-hospitalar fixa através das unidades básicas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010). A Atenção Primária também foi considerada como porta de entrada pela Política Nacional de Atenção às Urgências e pela Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde de 2011, atribuindo-lhe a função de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculo e responsabilização ao primeiro cuidado às urgências (BRASIL, 2011).

Diante destas premissas estas Unidades, devem realizar efetivamente o acolhimento das urgências dos usuários, utilizando como instrumento de humanização na relação equipe-população, o acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; atendimento este que deve se tornar o primeiro elo da rede assistencial. Esse acolhimento é uma intervenção oportuna em situações de urgências e fundamental para prevenção de agravos à saúde (FARIAS et al., 2015). Ao acolher as urgências a Unidade Básica além de fortalecer vínculo com a população amplia o acesso ao sistema, cumprindo as funções de descentralização, resolutividade, coordenação do cuidado e ordenação da rede.

Reconhecendo que a APS é a única oferta de serviço de saúde na maioria dos municípios brasileiros e também percebendo a dificuldade dos profissionais deste nível de atenção em lidar com as urgências e emergências, em 2012 o Ministério da Saúde lançou um caderno de atenção básica voltado a ajudar na organização dos fluxos de acolhimento às demandas espontâneas com fluxogramas e quadros para orientar os profissionais em sua tomada de decisão (SAÚDE, 2013; BRASIL, 2012).

Sabendo que os primeiros atendimentos nas situações de urgência são fundamentais para prognóstico de saúde do paciente é idealizado e preconizado pelas Portarias e manuais de Atenção Primária que já ao primeiro contato, os profissionais realizem a escuta detalhada da queixa do usuário, avaliando sua situação de risco e vulnerabilidade e, através da avaliação clínica, fazer a correta classificação do risco para prestar de maneira ágil o primeiro atendimento quando se fizer necessário (BRASIL, 2002; SAÚDE, 2013).

#### **2.4 – Estrutura, recursos e Educação Permanente em Saúde**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017, a estrutura de uma UBS deve estar adequada aos seus processos de trabalho e ao número de usuários sob sua responsabilidade, devendo ser construídas após análise do perfil da população, da quantidade de equipes por unidade, das ações a serem desenvolvidas, e sob normas da vigilância Sanitária. Uma UBS adequada com quantitativo de salas e espaços para a realização das ações em saúde deve ser um ambiente limpo, arejado, de fácil acesso. Deve ainda conter recepção sem grades (para não constranger e delimitar o acesso dos usuários), identificação dos serviços e fluxos, escala de profissionais e locais de assento para a promoção do conforto, devendo conter também área reservada para educação em saúde e educação permanente de seus profissionais (BRASIL, 2017).

A PNAB descreve em se Capítulo 1, item 3ª, a recomendação dos ambientes para estrutura física mínima das Unidade Básicas de Saúde:

“Recomenda-se os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais da saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência,

banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade" (BRASIL, 2017).

Para que a APS cumpra de maneira resolutiva suas diretrizes e metas, garantindo a coordenação do cuidado, ampliação do acesso, a UBS deve estar disponível ao usuário no mínimo 8 horas/dia, 5 dias por semana e em todos os meses do ano. Suas ações e procedimentos deverão ser ofertados de forma que sejam compatíveis com as necessidades e demanda de saúde da população sob sua responsabilidade, considerando as políticas e programas prioritários; cabendo aos gestores municipais a garantia dos equipamentos e materiais necessários a esta oferta.

As equipes atuantes nas UBS deverão ser compostas no mínimo por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente comunitário de saúde (ACS) para Estratégia Saúde da Família (ESF), podendo ser inserido ainda agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal; médico, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos em enfermagem para a equipe de Atenção Básica; podendo também ser agregado como agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017; BRASIL, 2016a). Os profissionais das Equipes de Saúde da família e das Equipes de Atenção básica têm como atribuição o acompanhamento integral da saúde de sua população adscrita.

De acordo com a Portaria 2048/GM de 2002 todas as UBS devem estar preparadas para o atendimento de Urgência e Emergência com espaço adequado e devidamente abastecido. Materiais e medicamentos devem estar dispostos para a realização dos primeiros atendimentos de maneira organizada e de fácil acesso, de modo a agilizar e facilitar o atendimento às urgências, aumentando assim a chance de sobrevivência do paciente. É determinado também por esta portaria que todos os municípios devem possuir em suas UBS área física destinada ao atendimento de urgência, e os com pactuação ampliada (PABA) ainda devem conter sala para observação de pacientes por até 8 horas. No capítulo 3, item 1.3 desta portaria estão relacionados os materiais e medicamentos que são o mínimo necessário para as salas de atendimento de urgências nas UBS:

**Materiais:** ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânula de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, oxigênio, aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas e pranchas).

**Medicamentos:** Adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipratrópio, cloreto de potássio, cloreto de sódio, deslanosídeo, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, dobutamina, dopamina, epinefrina, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose, haloperidol, hidantoína, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, meperidina, midazolam, ringer lactato, soro glicofisiológico, soro glicosado (BRASIL, 2002).

No Brasil a Atenção Primária realiza ações de promoção, prevenção e recuperação a mais de 100 milhões de brasileiros por meio de aproximadamente 39 mil UBS e mais de 600mil profissionais de saúde em todo território nacional; e para otimizar esta rede foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo de garantir o acesso de qualidade à saúde pela população através da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde em nível nacional, regional e local. Através das consolidações das ações do PMAQ o ministério da saúde visa ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade. O programa impõe padrões de boas práticas e organização das UBS, promovendo maior conformidade destas unidades aos princípios da APS, e promove a qualidade e inovação da gestão ao fortalecer os processos de Auto avaliação, Monitoramento e avaliação de ações, apoio institucional e Educação Permanente (SAÚDE, 2016a; SAÚDE, 2016b).

Ao avaliar a APS brasileira o programa localizou inúmeros pontos que podem comprometer a qualidade da assistência a ser prestada: precariedade das estruturas físicas das UBS, com ambiência pouco acolhedora transmitindo a impressão de serviços de baixa qualidade; inadequações das condições de trabalho dos profissionais; necessidade da qualificação dos processos de trabalho, caracterizados principalmente pela baixa capacidade do acolhimento dos casos agudos e não integração das equipes; instabilidade das equipes devido a rotatividade dos profissionais; ineficiência dos processos de gestão; sobrecarga das equipes; pouco integração das equipes da AB com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde(RAS); baixa resolutividade e ineficiência

dos financiamentos. Portanto, para a efetivação da AB como porta de entrada com capacidade resolutiva é necessário que gestores e trabalhadores de saúde intervenham em sua realidade através de adoção de estratégias que ampliem o escopo dos serviços ofertados, construção de vínculo e responsabilização entre profissionais de saúde e usuários de forma a garantir o acesso e continuidade do cuidado em saúde, estruturação dos processos de educação permanente, disponibilização de equipamentos e insumos, além protocolos clínicos e de encaminhamento dos usuários na rede (SAÚDE, 2015a; BRASIL, 2010b).

Para uma constante e necessária remodelação da atenção à saúde há a necessidade da transformação permanente dos serviços e dos processos de trabalho. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a estratégia de transformação que qualifica as equipes para uma maior capacidade de análise, intervenção, autonomia e gestão dos processos nos serviços de saúde. A EPS baseia-se em um processo pedagógico que vai desde a aquisição/atualização de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, até a solução de problemas e desafios vivenciados no processo de trabalho (SAÚDE, 2018; SAÚDE, 2015b).

A qualidade da assistência à saúde é diretamente proporcional à qualidade da formação em saúde, podendo impactar positiva ou negativamente em todos os seus indicadores; por isto, o Ministério da Saúde propôs em 2006 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) através da Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto. O objetivo desta portaria foi fornecer base normativa adequada para a organização dos processos de gestão da educação na saúde em que a EPS se torna uma estratégia problematizadora do processo de trabalho apresentando-se como guia de reorientação da formação profissional (BRASIL, 2006a). A necessidade de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS se faz para promover a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas.

Anteriormente à PNEPS várias outras portarias já salientavam a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. A Portaria 2048/GM de 2002, além normatizar a forma de trabalho de cada profissional, normatizou os Núcleos de Educação em Urgência (NEU). Os NEU são responsáveis pela capacitação e aperfeiçoamento dos componentes intra e

pré-hospitalares. Esta Portaria também enfatizou a necessidade da introdução nas grades curriculares dos cursos de formação de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de disciplinas que os possibilite atuar em Urgência e Emergência nos componentes pré e intra-hospitalar (BRASIL, 2002). A PNAU por sua vez discorre acerca da necessidade de capacitações para o enfrentamento das situações de emergência na Atenção Primária, visto que reconhece a formação insuficiente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2003a).

Para que a APS cumpra seu papel de resolutividade é de primordial importância que suas equipes aprimorem constantemente sua capacidade técnica e de análise. Sabendo-se que a detecção precoce da urgência e sua abordagem de forma rápida e efetiva são cruciais para o prognóstico do paciente; estes profissionais devem estar preparados para este reconhecimento e intervenção, visto que as UBS são as principais portas de entrada do sistema. A qualificação dos profissionais da APS deve ser aprimorada e atualizada por meio da proposta da EPS, articulando educação e saúde; pautando-se nas ações de gestão dos serviços e das instituições formadoras. O processo de implementação da EPS deve ser respaldado por ações críticas e reflexivas com a participação de equipe multiprofissional (MICCAS, BATISTA, 2014).

Pensando na dificuldade da implementação da EPS nos serviços de saúde o Ministério da Saúde através de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), lançou em 2018 o Manual Técnico do Programa para o fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS (PRO EPS-SUS). O PRO EPS SUS tem como meta participar da proposição e acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no SUS desde o reconhecimento da necessidade de prover cooperação até a implementação das Políticas e ações de EPS, técnica e financeiramente. O manual por sua vez contempla todas as orientações aos Gestores da EPS nos estados e municípios para a formulação de planos para a realização da EPS de forma organizada (SAÚDE, 2018a; SAÚDE, 2018b).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Analisar a efetividade da gestão em saúde para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência na Atenção Primária em Municípios da Região de saúde de Diamantina.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar o conhecimento dos gestores a respeito das legislações vigentes sobre a urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde, o desenvolvimento de ações de gestão e a existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência nos municípios;
- Avaliar o modelo de atenção prestado à saúde nos municípios; os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a oferta dos atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde.

#### **4 HIPÓTESE**

A gestão em saúde para atuação na Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Atenção Primária na Região de saúde de Diamantina possui baixa efetividade.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Considerações Éticas

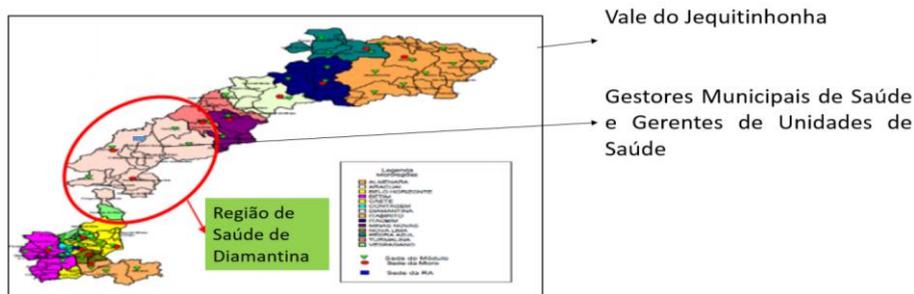
A fim de seguir os preceitos éticos de acordo com a portaria 244/12 que trata da pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da UFVJM (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri).

Foram elaboradas cartas de autorização para todos os municípios participantes, assinadas por seus gestores, e todos os participantes foram explicados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi autorizado pelo CEP sob o número de CAEE 07564719.0.0000.5108 e parecer de número 3.151.547 (Anexo).

### 5.2 Cenário do estudo

Municípios da Região de saúde de Diamantina, localizada no Vale do Jequitinhonha, onde não existam hospitais ou outro serviço especializado em Urgência e Emergência; com até 3 Equipes de Estratégia de Saúde da Família por Município. São eles: Santo Antônio do Itambé, Presidente Kubistchek, Alvorada, Datas, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães, Felício dos Santos, São Gonçalo do Rio Preto e Senador Modestino Gonçalves.

**Fig. 1-** Vale do Jequitinhonha e região de saúde de Diamantina



### **5.3 População do estudo**

Gestores municipais de Saúde e Gerentes das Unidades Básicas de Saúde, que estavam atuando nos Municípios do Cenário de estudo da Região de Saúde de Diamantina no período.

### **5.4 Desenho da pesquisa**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório transversal com abordagem quanti-qualitativa/exploratória, que utilizou como objeto de análise nove Municípios da Região de saúde de Diamantina, localizada no Vale do Jequitinhonha, nos quais não possuem de hospitais e/ou outro serviço especializado em Urgência e Emergência.

### **5.5 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 01 a 14 de março de 2019 através de dois questionários (um para cada categoria profissional) com perguntas objetivas e discursivas, adaptados do Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso à Qualidade-PMAQ, 2016 (BRASIL, 2016a). Os questionários foram aplicados pelo pesquisador deste estudo por meio de visita agendada com os gestores e gerentes nos municípios selecionados. Embora exista uma versão mais atualizada dos questionários do PMAQ, optou-se por utilizar a versão do ano de 2016 por ser a mais completa e a que mais se enquadra nos moldes desta pesquisa.

Para adequação aos preceitos éticos os questionários foram realizados em local apropriado livre da circulação de terceiros a fim de garantir o sigilo das informações e privacidade do participante. Os mesmos foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo). Os questionários foram entregues aos sujeitos da pesquisa e por eles respondidos sem a interferência do

pesquisador.

Como forma de ajustamento do instrumento de coleta de dados, e minimização de possíveis erros, foram aplicados questionários pilotos ao município que possui a menor população entre os demais.

Aos Gestores Municipais de Saúde foram aplicados questionários com questões discursivas e de múltipla escolha a fim de identificar o seu conhecimento sobre as legislações vigentes sobre a urgência e emergência na APS, o desenvolvimento de ações de gestão e planos de educação permanente de seu município voltadas para área de urgência/emergência. Aos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde foram aplicados questionários para avaliação do modelo de atenção prestado à saúde; dos recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde. Este questionário foi respondido concomitante à averiguação (observada pelo pesquisador) dos itens existentes nas unidades de saúde. Os gestores e gerentes foram codificados respectivamente com as letras “S” e “G”, seguida do número 1 ao 9 de acordo com a ordem das visitas aos municípios.

## **5.6 Critérios de inclusão**

Gestores municipais de saúde e gerentes das unidades básicas de saúde dos municípios da Região de saúde de Diamantina que não possuem hospitais ou outro serviço especializado no atendimento às urgências e emergências, fixo ou móvel, com até 3 equipes de estratégia de saúde da família, e que aceitaram participar desta pesquisa. Em cada município participante foi avaliada apenas a unidade básica de saúde que comporte a equipe da sede.

## **5.7 Critérios de Exclusão**

Gestores municipais de saúde e gerentes das unidades básicas de saúde dos Municípios da Região de Diamantina que possuam Hospital ou qualquer outro serviço de atendimento às Urgências, bem como número superior a três

equipes ou que não aceitaram participar desta pesquisa.

### **5.8 Riscos**

Como toda pesquisa que envolve seres humanos, a presente pesquisa poderia incorrer nos seguintes riscos: exposição e constrangimento de seus participantes, desconforto, uso inadequado dos dados coletados; contudo, esta pesquisa seguiu as exigências éticas fundamentais previstas na resolução 466 de 2012/Conep, que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos; obedecendo quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. Os participantes foram convidados a assinarem o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) sendo os mesmos informados sobre todo o procedimento da pesquisa, o uso dos seus dados, dos riscos e benefícios. E como forma de minimizar os riscos aos participantes e promover melhor conforto e adequação ética esta abordagem foi realizada em local apropriado que garantiu conforto e privacidade, sigilo das informações, bem como a identificação do participante através de números e códigos como forma de sigilo nominal.

### **5.9 Benefícios**

Os benefícios desta pesquisa são indiretos. O desenvolvimento desta pesquisa forneceu ao pesquisador maiores informações acerca da gestão em saúde dos municípios. Estas informações poderão subsidiar ações futuras para garantir uma melhor qualidade de acesso à saúde para a população através da gestão adequada dos serviços de saúde e educação permanente de seus profissionais.

### **5.10 Tratamento e Análise dos dados**

Após a coleta foi elaborado um banco de dados no programa Sphinx Survey

edição léxica, Versão 5.0.1.4. Aos dados quantitativos foram feitas análises descritivas e estatísticas simples pelo próprio programa, enquanto os dados qualitativos foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo através Método de Bardin, de maneira manual. Após análise e tratamento, os mesmos foram discutidos à luz da literatura.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Resultados Quantitativos

Os nove municípios pesquisados possuem em média população de 4.167 pessoas, e ofertam apenas Atenção Primária à sua população. O mais próximo que é Datas está a 34,2 km de Diamantina (sede de atendimento em urgência e emergência móvel e hospitalar, e referência para toda a região), e o mais distante que é Congonhas do Norte está a 85km. Ressaltando que além de mais distante Congonhas do Norte ainda possui um agravante que são 45km do percurso em estrada de terra sem qualquer pavimentação.

Os gestores municipais de saúde dos nove municípios pesquisados são cargos de confiança do Executivo Municipal, sendo 5 (55,5%) com formação de nível superior e 4(44,5%) com formação técnica e/ou ensino médio. Do total dos Gestores 2 (22,2%) não têm formação na área da saúde, e os outros 7 (77,8%) se dividem em: 3 (33,3%) farmacêuticos, 3 (33,3%) técnicos em enfermagem e 1(11,1%) enfermeiro. Através da análise da tab.1, pode perceber que aproximadamente 7 (81,5%) possuem autonomia para o desenvolvimento de ações de gestão e quase totalidade dos gestores não conhecem as portarias e políticas que regem as ações dos serviços de Urgência e Emergência no Brasil.

Em todos os municípios os gestores municipais de saúde possuem autonomia para realização de ações de educação permanente em urgência e emergência, e embora sua totalidade também julgasse necessárias ao desenvolvimento destas ações, apenas 4(44,4%) as realizaram no último ano. Os motivos e justificativas apresentados pelos Gestores que não desenvolveram ações de Educação Permanente foram: 3(33,3%) disseram que não organizam ou apoiam as atividades de Educação Permanente, nenhum deles disse que as suas Equipes de saúde não aderem ou não participam destas ações e 2 (22,2%) justificaram não realizar por outros motivos: grande demanda de serviço ou falta de recurso financeiro.

**Tabela 1** – Autonomia e Conhecimento sobre Portarias e Políticas que regulamentam a Urgência e a Educação Permanente em saúde pelos Gestores de Municipais de Saúde, da Região de Saúde de Diamantina em 2019.

Variáveis	SIM		NÃO		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Autonomia para compras e licitações	77,8	7	22,2	2	100	9
Autonomia para contrato de funcionários	66,7	6	33,3	3	100	9
Autonomia para desenvolvimento de ações de Educação Permanente	100	9	0,0	0	100	9
Conhecimento da Portaria 2048 de 2002	0,0	0	100	9	100	9
Conhecimento da Portaria 1600 de 2011	0,0	0	100	9	100	9
Conhecimento da Portaria 4279 de 2010	0,0	0	100	9	100	9
Conhecimento da Portaria 3.125 de 2006	11,1	1	88,9	8	100	9
Conhecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	11,1	1	88,9	8	100	9

Os gerentes de US são em sua totalidade enfermeiros. Segundo eles verificou-se que 8(88,9%) das Unidades de Saúde estão em locais planejados para o serviço, 6(66,7%) das unidades estão abertas para o atendimento 24hs/dia, no entanto, apenas 2 (22,2%) possui serviço médico em período integral. Todas as Unidades atendem à demanda espontânea, e fazem este atendimento através da triagem com avaliação de risco e vulnerabilidade. Destas unidades, 6 (66,7%) tiveram seus profissionais treinados para a realização desta triagem de pacientes. Em todos os municípios as Unidades possuem serviços de ambulância com equipamentos mínimos que ficam guardados nas Unidades e colocados no automóvel em caso de necessidade. Segundo os gerentes os municípios também realizam transferência de seus pacientes para outros centros de maior complexidade; no entanto somente 2 (22,2%) dos municípios tiveram seus profissionais treinados para o desenvolvimento da função (Tabela 2). Os principais locais para os quais os pacientes são transferidos são: Santa Casa de Caridade de Diamantina, Hospital Nossa Senhora da Saúde de Diamantina e Casa de Caridade Santa Tereza no Serro.

Quanto aos materiais e medicamentos necessários ao atendimento de Urgência pode ser evidenciado pela Tabela 3 que faltam recursos materiais mínimos a este atendimento. Medicamentos básicos como adrenalina, fentanil, amiodarona,

entre outros tantos não são disponibilizados nos serviços. Dos 9(100,0%) municípios visitados, 7(77,7%) não apresentam condições para suporte ventilatório em crianças uma vez que não possuem ressuscitadores manuais pediátricos e neonatais, bem como laringoscópio e lâminas para a intubação oro-traqueal. Dos municípios em que foram encontrados algum tipo de laringoscópio 2(22,2%) tinham pilhas extras inclusas ao equipamento e prontas para o uso, demonstrando o desconhecimento e importância de materiais essenciais para a qualidade dos atendimentos. Em 5(55,6%) haviam tubos oro traqueais de vários tamanhos e 6(66,7%) haviam aparelhos/sistemas aspirador de secreções.

**Tabela 2** - Modelo de atenção prestado à saúde, recursos humanos e físicos das Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019.

Variáveis	SIM		NÃO		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Unidade que funcionam em local adaptado	11,1	1	88,9	8	100	9
Unidade que possui médico em período integral	22,2	2	77,8	7	100	9
Unidade que possui enfermeiro em período integral	88,9	1	11,1	8	100	9
Unidade que possui técnico e/ou auxiliar de enfermagem em período integral	100	9	0,0	0	100	9
Unidade está aberta para o atendimento 24hs/dia	66,7	6	33,3	3	100	9
Unidade que atende demanda espontânea	100	9	0,0	0	100	9
Unidade em que a equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no atendimento à demanda espontânea	100	9	0,0	0	100	9
Unidades em que os profissionais foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários	66,7	6	33,3	3	100	9
Unidade que dispõe de serviço de ambulância (equipe e ambulância com equipamentos e insumos)	100	9	0,0	0	100	9
Unidade em que todos os médicos e enfermeiros foram treinados para realizarem transferências de pacientes	22,2	2	77,8	7	100	9

**Tabela 3** - Materiais e medicamentos necessários ao atendimento de Urgência e Emergência existentes nas Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019.

<b>Materiais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cilindro de Oxigênio de 1m <sup>3</sup> , com válvula, fluxômetro, Umidificador de 250ml e 2m de tubo intermediário de silicone	8	88,9
Máscara de alto fluxo adulto	8	88,9
Máscara de alto fluxo pediátrica	5	55,6
Laringoscópio adulto com lâminas	8	88,9
Laringoscópio pediátrico com lâminas	2	22,2
(Pilhas extras inclusas)	7	77,8
Ressuscitador manual Adulto	8	88,9
Ressuscitador Manual Pediátrico	5	55,6
Ressuscitador Manual Neonatal	2	22,2
Tubo oro traqueal de vários tamanhos (2,5- 9)	5	55,6
Aspiradores de secreções	6	66,7
Prancha longa com imobilizador de cabeça com bachal e tirantes	8	88,9
Imobilizador pediátrico	1	11,1
Ácido Tranexâmico ampola	2	22,2
Adrenalina ampola	8	88,9
Suxametônio ampola	2	22,2
Fentanil	6	66,7
Midazolam	8	88,9
Ketamina	1	11,1

Sobre os equipamentos para proteção individual, em todas as unidades foram encontrados disponíveis para uso dos profissionais: máscaras descartáveis, luvas de procedimento e luvas estéreis. Os óculos de proteção foram encontrados em 6(66,7%), os aventais em 3(33,3%) e as máscaras N95 estavam presentes em apenas 1(11,1%) das unidades. Embora todos os gerentes das Unidade de Saúde terem

formação em área afim e julguem necessário o acondicionamento dos materiais de urgência e emergência em um só local que facilite o seu pronto uso, apenas 6(66,7%) destas unidades tinham seus materiais e insumos dispostos desta forma. Pela Tabela 4 pode ser evidenciado que 3(33,3%) dos gerentes (enfermeiros) que possuem algum treinamento ou experiência no atendimento de urgência e emergência mantêm os insumos e materiais dispostos a facilitar o atendimento.

**Tabela 4** - Experiência do gerente em urgência x disposição dos materiais de urgência em um local que facilite o atendimento dos casos de Urgência nas Unidades de Saúde dos municípios da Região de Saúde de Diamantina em 2019(n=9).

Experiência e/ou treinamento do gerente em urgência	Disposição dos materiais de urgência					
	SIM		NÃO		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Não responderam	11,1	1	0,0	0	11,1	1
Sim	33,3	3	11,1	1	55,5	4
Não	22,2	2	22,2	2	44,4	4
Total	66,6	6	33,3	3	100	9

## 6.2 Resultados Qualitativos

Por meio da Análise de Conteúdo das questões discursivas foram encontradas as seguintes categorias (BARDIN, 2016):

6.2.1 Atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária como direito da população: Triagem e Acolhimento com classificação de risco;

6.2.2 Educação permanente em saúde: Atualização dos conhecimentos para melhor qualidade, agilidade e segurança dos serviços prestados;

6.2.3 Gestão e Recursos.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Os resultados quantitativos deste estudo possibilitam analisar sobre a importância da gestão adequada dos serviços de Urgência e Emergência e da Educação Permanente em Saúde. O impacto da ineficiência da gestão pode ser percebido através da falta de recursos físicos, materiais, tecnológicos e capacitação profissional, limitando a qualidade em saúde. MOREIRA et. al (2017), evidencia que a escassez de recursos influencia diretamente na oferta dos serviços prestados à população.

Municípios onde a Atenção Primária à Saúde é a única modalidade ofertada precisam se empenhar em oferecer a melhor resolutividade nos quadros agudos, e estabilização dos quadros de urgência e emergência até que o indivíduo seja transferido para outro nível de maior complexidade dentro da rede (BRASIL, 2017). No entanto, 77,8% dos municípios não têm médico atuando nas 24 horas do dia, e 33,3% do total das unidades de saúde sequer estão abertas em período integral. Estes dados mostram a deficiência que os municípios apresentam em ofertar atendimento às urgências e emergência, visto que são acontecimentos inesperados e requisitam intervenção imediata para sua reversão. Para a eficiência destes atendimentos há sobretudo a necessidade de provimento adequado de recursos humanos e materiais em período integral.

Outro ponto importante a salientar é que apesar de quase totalidade dos gestores municipais de saúde possuírem autonomia para a gestão dos serviços e também julgarem necessário o bom desenvolvimento destas ações; a escassez de recursos materiais e tecnológicos essenciais ao atendimento de urgência, bem como a inexistência de ações de educação permanente em Saúde voltadas para este tipo de atendimento é notório, o que interfere diretamente no direito da população à saúde. Cardoso et. al (2015), afirma que a qualidade da gestão da APS é revelada através da capacidade de responder por meio das políticas públicas, programas e serviços às necessidades de saúde da população. Foi bastante expressivo (66,4%) o número de municípios que não desenvolveram ações de educação permanente em urgência e emergência no último ano, embora haja em vigor um programa do Ministério da Saúde

que incentiva e financia estas práticas de educação permanente em saúde (PRO EPS-SUS); e também por todos os gestores e gerentes considerarem necessárias estas ações para o bom andamento do serviço (SAÚDE, 2018b; BRASIL, 2006).

O baixo índice de ações de educação permanente também pode ser observado uma vez que apesar da totalidade das unidades atenderem demanda espontânea através da triagem e acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, 33,3% destas unidades não tiveram seus profissionais treinados ou habilitados para o desenvolvimento desta função. Portarias do Ministério da Saúde determinam que profissionais da Atenção Primária realizem a escuta detalhada da queixa do usuário, avaliando sua situação de risco e vulnerabilidade e, através da avaliação clínica, faça a correta classificação do risco para prestar de maneira ágil o primeiro atendimento quando se fizer necessário uma vez que os primeiros atendimentos nas situações de urgência são fundamentais para prognóstico de saúde do paciente (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

Foi elevado também o número de municípios em que seus profissionais não tiveram treinamento para a transferência dos pacientes, embora é sabido que nos transportes e transferências podem acontecer intercorrências, complicações do quadro de saúde o paciente e até óbitos. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010). Lemos (2016), revela que é indiscutível o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde, uma vez possibilita a saúde como direito de todos e com qualidade para usuários e trabalhadores. A educação permanente em saúde deve apoiar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades. A formação precisa ser um processo que além, da aquisição de conhecimentos técnicos-científicos, deve também otimizar os processos de gestão do trabalho (BRASIL, 2018).

A dificuldade dos atendimentos de urgência e emergência é evidenciada pela escassez de materiais e medicamentos. No entanto de acordo com a Portaria 2048/GM de 2002 todas as UBS devem estar preparadas para o atendimento de Urgência e Emergência com espaço adequado e devidamente abastecido de materiais e medicamentos para realização do primeiro atendimento e estabilização do paciente no caso de ocorrências na Unidade, nas proximidades e em sua área de abrangência (BRASIL, 2002).

A equipe deve disponibilizar todos os recursos em um mesmo ambiente de maneira organizada e de fácil acesso, de modo a agilizar e facilitar o atendimento às urgências, aumentando assim a chance de sobrevivência do paciente (BRASIL, 2002; BRASIL, 2017). Porém, 3,33% das Unidades não apresentam um espaço adequado com material organizado para pronto uso destinado ao atendimento de Urgência e Emergência. Uma dificuldade que implica na necessidade em atentar para o que é preconizado pela legislação, bem como também na necessidade da implementação das ações de Educação Permanente. Farias et al. (2015), denomina como “hora de ouro” o tempo em que deve ser realizado os primeiros atendimentos ao paciente com algum agravo à saúde com ou sem risco de vida, em virtude desta hora ser crucial para a cura, reabilitação ou morte do paciente, logo a disponibilidade organizada dos materiais e de acesso fácil e a todos contribui para a diminuição do tempo de resposta ao paciente.

## **7.2 RESULTADOS QUALITATIVOS**

### **7.2.1 Atendimentos de urgência e emergência na Atenção Primária como direito da população: Triagem e acolhimento com classificação de risco**

As urgências podem ser traduzidas como lesões ou agravos, de aparecimento rápido que são uma ameaça imediata à vida, cujo portador necessita de intervenção a curto prazo a fim de evitar mal irreversível ou até mesmo o óbito. Os serviços de urgência e emergência têm por finalidade o atendimento de vítimas nos primeiros minutos da ocorrência do fato no intuito do rápido reestabelecimento do bem-estar e eliminação de qualquer condição que ameace a vida; e se dividem em dois tipos principais: o serviço de Atendimento Pré-hospitalar e o serviço de Atendimento Hospitalar (MOURA, CARVALHO, SILVA, 2015).

Como porta de entrada para o sistema de saúde a Atenção Primária recebe também fluxos de urgência e emergência e possui papel importante na resolução e encaminhamento dos casos, por isto a Portaria GM nº 2.048/2002 denominou as Unidades Básicas de Saúde como componente pré-hospitalar fixo, devendo prestar

atendimento aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática, psiquiátrica, obstétrica (BRASIL, 2002).

Orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde como universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, equidade e da participação social, a APS constitui-se no primeiro nível de atenção à saúde, e caracteriza-se por um conjunto de ações coletivas e individuais para a promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e da vida da população (BRASIL, 2017). Por isso, a Unidade de Saúde deve ser vista como local de fácil acesso às urgências e emergências, haja vista a proximidade e inserção de atendimento junto à comunidade, a relação equipe de saúde e usuário do serviço no conhecimento de sua história pregressa e patologias no âmbito territorial, o rápido acesso da população ao referido serviço, considerando os aspectos geográficos e também como única oferta de serviço de saúde na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010).

Embora a inserção da Atenção Primária como porta de entrada para a Rede de Atenção às Urgências seja determinada por portarias e leis no Brasil, percebeu-se através deste estudo o desconhecimento dessas leis e portarias pelos gestores municipais de saúde dos municípios da região de Diamantina, contudo, este desconhecimento não os impedem de considerar as Unidades de Saúde de seus municípios como portas de entrada para as urgências:

*“...as unidades devem atender as urgências como forma de fortalecimento das ações desempenhadas pelo município (S6) ...”*

*“...este atendimento na Atenção primária é fundamental para um bom atendimento à população (G6) ...”*

Nas UBS dos municípios da região de saúde de Diamantina os fluxos de atendimentos dos quadros agudos são organizados para atendimento através da triagem e acolhimento com classificação de risco. Segundo estudo realizado por Garuzi et al. (2014), acolher não se limita à porta de entrada ou à triagem, e sim à escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas. O acolhimento é uma intervenção oportuna em situações de urgências e fundamental para prevenção de agravos à saúde (FARIAS et al., 2015).

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Definido como a recepção do usuário no serviço, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites; e se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário. Ao acolher as urgências e emergências as UBS além de fortalecer vínculo com a população amplia o acesso ao sistema, cumprindo as funções de descentralização, resolutividade, coordenação do cuidado e ordenação da rede (SAÚDE, 2013). Estudo mostrou que o acolhimento é capaz promover o vínculo entre o profissional e o usuário, ampliando o acesso aos serviços de saúde, humaniza o atendimento e promove melhor compreensão da doença e corresponsabilização pelo tratamento (GARUZI et al., 2014).

Pode ser observado, mesmo que não esteja organizada de maneira resolutiva nos municípios pesquisados, as Redes de Atenção Regionalizadas. Por disporem apenas de Atenção Primária, os seus pacientes com demanda de Urgência e Emergência nas quais sua Unidade de Saúde não suporta seu manejo, são todos encaminhados para serviços de maior complexidade e referência na região:

*...os pacientes são transferidos daqui para o Hospital do Serro, Santa Casa de Diamantina e Hospital de Diamantina (S7) ....*

*...quando a unidade não está aberta é realizado o transporte de ambulância do paciente para o serro apenas com o motorista (G9) ....*

A Portaria 2048/GM de 2002 determina às secretarias dos Estados, do Distrito federal e dos municípios a adoção de providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de urgência e emergência, bem como à organização das redes assistenciais integrantes, e como pode ser observado o não conhecimento das leis e portarias impactam diretamente nestas ações gerenciais. Farias et al., (2015), defende que para a garantia do direito integral à saúde, o modelo assistencial brasileiro deve prever a organização do sistema de saúde vigente em formato de rede, propondo a regionalização e a integração das ações de atenção à saúde na perspectiva de garantir a integralidade da assistência oferecida.

### **7.2.2 Educação Permanente em Saúde: Atualização dos conhecimentos para melhor qualidade, agilidade e segurança dos serviços prestados**

Para uma constante e necessária remodelação da atenção à saúde há a necessidade da transformação permanente dos serviços e dos processos de trabalho. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a estratégia de transformação que qualifica as equipes para uma maior capacidade de análise, intervenção, autonomia e gestão dos processos de trabalho nos serviços de saúde (FALKENBERG et al., 2014)

A EPS baseia-se em um processo pedagógico que vai desde a aquisição/atualização de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, até a solução de problemas e desafios vivenciados pelos profissionais de saúde (SAÚDE, 2018a; SAÚDE, 2015). Para Oliveira et al. (2016), a educação permanente em saúde é um processo de aprendizagem que constrói o conhecimento a partir de situações do trabalho. No trabalho há a possibilidade de negociar as soluções para os problemas existentes através do compartilhamento dos significados e sentidos dos objetos, colocando em discussão o contexto no qual se inserem as práticas de saúde.

Sabendo-se que a qualidade da assistência à saúde é diretamente proporcional à qualidade da formação de seus profissionais, e que esta formação pode impactar positiva ou negativamente em todos os seus indicadores, o Ministério da Saúde propôs em 2006 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com o objetivo de fornecer base normativa adequada para a organização dos processos de gestão da educação na saúde. Anteriormente à PNEPS várias outras portarias já salientavam a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, dentre elas a Portaria 2048/GM de 2002, que além normatizar a forma de como cada profissional deve trabalhar, normatiza os Núcleos de Educação em Urgência (NEU's). Os NEU's são responsáveis pela capacitação e aperfeiçoamento dos componentes intra e pré-hospitalares (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2002).

Esta Portaria também enfatizou a necessidade da introdução nas grades curriculares dos cursos de formação de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de disciplinas que os possibilite atuar em Urgência e Emergência nos componentes pré e intra-hospitalar. A Política Nacional de Atenção às Urgências por

sua vez discorre acerca da necessidade de capacitações para o enfrentamento das situações de emergência na Atenção Primária, visto que reconhece a formação insuficiente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2003). Farias et al. (2015), revela que os profissionais da Atenção Primária consideram que as instituições formadoras ofereceram insuficiente formação para o enfrentamento dos casos de urgência e emergência, gerando com isto profissionais inseguros e sem conhecimento para atuar em situação de emergência.

Tendo em vista que a APS é uma das portas de entrada para as urgências e emergências, e também considerando que a detecção precoce da urgência e sua abordagem de forma rápida e efetiva são cruciais para o prognóstico do paciente; os profissionais deste seguimento devem estar preparados para este reconhecimento e intervenção. Assim para que a APS cumpra seu papel de resolutividade é de primordial importância que suas equipes aprimorem constantemente sua capacidade técnica e de análise. Para Micas e Batista (2014), verifica-se a necessidade de impulsionar o ensino profissional de modo que o perfil do trabalhador seja voltado para a integralidade do cuidado e permanente reestruturação de seus conhecimentos a partir da problematização e demandas internas sob a lógica da EPS.

A qualificação dos profissionais da APS deve ser aprimorada e atualizada por meio da proposta da EPS, articulando educação e saúde; pautando-se nas ações de gestão dos serviços e das instituições formadoras. Os cenários das urgências e emergências são os mais diversos, e com o rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias, exigem dos profissionais de saúde além de conhecimento técnico, inteligência emocional e relações interpessoais. É necessário então, que haja além da graduação, mecanismos que possam tornar os profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários, e a resolubilidade do sistema. No entanto, para que as práticas de educação em saúde sejam garantidas deverá haver o envolvimento absoluto dos gestores (FALKENBERG et. al, 2014; LEMOS, 2016). Observando os relatos pode-se perceber a importância dada pelos Gestores municipais da região de saúde de Diamantina aos processos de Educação Permanente em Saúde em seus municípios:

*“...Melhoria para o serviço (S1) ...”*

*“... para a continuidade do conhecimento (S2) ...”*

*“...no fortalecimento das ações desempenhadas pelo município (S3) ...”*

*“...é muito importante para melhorar a qualidade do serviço prestado à população (S4) ...”*

*“... atualização dos conhecimentos (S5) ...”*

*“... Extremamente importante incentivar e liberar os profissionais para participarem destas capacitações para que possam estar sempre atualizados e com isso aplicarem seus conhecimentos no dia-a-dia, o que irá trazer grande benefício para o serviço (S8) ...”*

Porém, como pode ser observado pelos dados nesse estudo, muitas vezes estas práticas não acontecem uma vez que os dados qualitativos mostram que 66,6% dos municípios não realizaram nenhuma ação de EPS com abordagem de urgência e emergência no último ano. Pensando na dificuldade da implementação da EPS nos serviços de saúde o Ministério da Saúde através de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), lançou em 2018 o Manual Técnico do Programa para o fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS (PRO EPS-SUS). O PRO EPS SUS tem como meta participar da proposição e acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no SUS desde o reconhecimento da necessidade de prover cooperação até a implementação das Políticas e ações de EPS, técnica e financeiramente (SAÚDE, 2018b).

Farias et. al (2015), analisou o acolhimento e a resolutividade das situações de urgência no âmbito da Estratégia Saúde da Família e revelou que os profissionais tem dificuldade tanto para reconhecer a urgência como para compreender a APS como serviço viável para o atendimento, encaminhando os pacientes a outros níveis do sistema; comprovando com isto a necessidade da promoção de capacitação dos profissionais.

### **7.2.3 Gestão e Recursos**

Com a implementação do SUS e o processo de descentralização político-administrativa, a ampliação da Atenção Primária passou a ser de responsabilidade

principalmente dos gestores municipais. O processo de descentralização do sistema prevê a organização local com estruturas político-administrativas que sejam responsáveis pelas políticas públicas (SOUZA et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), determina que a estrutura de uma UBS deve estar adequada aos seus processos de trabalho e ao número de usuários sob sua responsabilidade, devendo serem construídas após análise do perfil da população, da quantidade de equipes por unidade, das ações a serem desenvolvidas, e sob normas da vigilância sanitária. Uma UBS adequada com quantitativo de salas e espaços para a realização das ações em saúde deve ser um ambiente limpo, arejado, de fácil acesso. Deve ainda conter recepção sem grades, identificação dos serviços e fluxos, escala de profissionais e locais de acento para a promoção do conforto, devendo conter também área reservada para educação em saúde e educação permanente de seus profissionais. (BRASIL, 2017).

Moreira et al., (2017), evidenciou uma avaliação negativa quanto aos equipamentos e à infraestrutura das unidades de saúde, por parte das equipes de saúde da família. A infraestrutura frágil e a insuficiência de recursos materiais, além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações da APS, geram insatisfação nos profissionais e limitam as suas potencialidades.

De acordo com a Portaria 2048/GM de 2002 todas as UBS devem estar preparadas para o atendimento de Urgência e Emergência com espaço adequado, e devidamente abastecidas de materiais e medicamentos para realização do primeiro atendimento e estabilização do paciente no caso de ocorrências na Unidade, nas proximidades e em sua área de abrangência. A equipe deve disponibilizar todos os recursos em um mesmo ambiente de maneira organizada e de fácil acesso, de modo a agilizar e facilitar o atendimento às urgências, aumentando assim a chance de sobrevivência do paciente. Observa-se que, embora os dados quantitativos em alguns municípios tenham revelado exatamente o contrário, o julgamento dos gestores municipais e gerentes das Unidades sobre a necessidade do espaço para o atendimento de Urgência, bem como a organização e aquisição de materiais para o atendimento é unânime na afirmação sobre a importância:

*...as unidades devem ter Complemento do mínimo necessário (G1) ...*

*...para melhoria na qualidade do atendimento (G2) ....*

*...é necessário a aquisição de materiais e sua organização para a oferta do básico (G5)*

*...facilita a agilidade nos serviços prestados (G9) ....*

As falhas na infraestrutura e indisponibilidade de insumos revelam a necessidade investimentos na estrutura organizacional de sua Gestão, uma vez que a disponibilidade de espaço adequado, insumos e equipamentos na unidade de saúde direcionados ao atendimento de Urgência está associado à melhor performance e ao desempenho mais adequado destas ações (MOREIRA et al., 2017).

Para otimizar a rede de atenção à saúde no Brasil foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo de garantir o acesso de qualidade à saúde pela população através da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde em nível nacional, regional e local. Através das consolidações das ações do PMAQ o Ministério da Saúde visa ampliar o impacto da APS sobre as condições de saúde, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade (SAÚDE, 2015a).

O programa impõe padrões de boas práticas e organização das UBS, promovendo maior conformidade destas unidades aos princípios da AB, e promove a qualidade e inovação da gestão ao fortalecer os processos de Auto avaliação, Monitoramento e avaliação de ações, apoio institucional e Educação Permanente. Esta avaliação da qualidade da APS é essencial para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população, principalmente em um contexto de escassez de recursos públicos. Considerando também a necessidade de monitorar o papel do gestor, do coordenador municipal da ESF e dos gerentes das USF na promoção, proteção e recuperação da saúde de seus municípios (CARDOSO et al., 2015).

Ao avaliar a Atenção Primária brasileira o PMAQ localizou inúmeros pontos que podem comprometer a qualidade da assistência a ser prestada no Brasil. Em um estudo ecológico realizado nos 63 municípios da macrorregião assistencial de saúde do Nordeste de Minas Gerais, que abrange geograficamente os Vales do Mucuri e Jequitinhonha revelou que apenas 15,2% dispõe de equipamentos e insumos para o atendimento de Urgência (CARDOSO et al., 2015). Nos municípios da Região de Saúde de Diamantina, como pode ser comprovado pelos dados deste estudo, os

resultados não são diferentes. Através da análise dos dados, pôde ser verificado nos municípios, a precariedade das estruturas físicas das UBS, com ambiência pouco acolhedora; inadequações das condições de trabalho dos profissionais; necessidade da qualificação dos processos de trabalho, instabilidade das equipes e dos gestores municipais devido a rotatividade dos profissionais.

A ineficiência dos processos de gestão nos municípios desse estudo se ressalta através da não adequação destes serviços ao que é preconizado devido principalmente ao desconhecimento das Legislações e Portarias, da sobrecarga das equipes, da inexistência de Processos de Educação Permanente, baixa integração das equipes da APS com os demais pontos da RAS, e ineficiência dos financiamentos (SAÚDE, 2015a).

Souza et al, (2015), revela que a ineficiência da gestão se traduz em baixa de resolutividade de unidades que estão em funcionamento, por causa de questões, como limitado horário de funcionamento, escassez de profissionais e precárias condições de infraestrutura. Nunes (2018), evidencia a importância da gestão, mostrando a necessidade de se investir na formação e valorização da gestão local dos serviços como forma de efetivar uma APS com capacidade de promover a saúde como direito de todos e condição de cidadania.

Apesar de o processo de descentralização SUS determinar a organização local das estruturas político-administrativas, os municípios de pequeno e médio porte encontram muitas dificuldades no financiamento e gestão local de seus sistemas de saúde, sendo necessária a consideração dos contextos específicos em que as políticas são implementadas. Nenhum dos municípios desta pesquisa declarou receber regularmente qualquer incentivo financeiro voltado para a área de Urgência e Emergência; relataram a compra de materiais e insumos destinados a este fim através de recursos próprios, ou através emenda parlamentar através de apoio de parlamentares da região:

*“...Recurso para compra de material de urgência através de uma emenda de um deputado (S3) ...”*

*“...Compra de uma UTI móvel (S7) ...”*

As propostas da Portaria 3.992 de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações

e serviços públicos de saúde, e dos critérios para a aplicabilidade e transferência destes recursos (BRASIL, 2017b). Portarias anteriores a esta; como a portaria 2048/2002, atualmente revista pela portaria 1600/2011, e a portaria 2436/2017, entre outras, ressaltam a importância e obrigatoriedade do componente de urgência e emergência na APS. As suas redações por si só embasam e justificam a necessidade de investimentos no componente de urgência da APS, logo se os investimentos não estão sendo realizados mostra o seu total desconhecimento por parte dos gestores e conseqüentemente o não uso do que é disponibilizado a ser investido na saúde (BRASIL, 2017). Turci, Lima-Costa, Macinko (2015), revela a importância da boa gestão para a qualidade da APS. Fatores como logística adequada, formação profissional, existência de serviço médico em período integral influenciam diretamente na qualidade prestada.

## 8 CONCLUSÃO

Esta pesquisa descreve a realidade da rede de urgência e emergência na Atenção Primária da Região de Saúde de Diamantina. Foram identificados diversas limitações e deficiências como a inadequação dos processos de gestão, a inexistência dos processos de educação permanente em saúde, e a deficiência de recursos humanos, materiais e físicos. Esta realidade indica baixa eficiência desta rede, revelando a necessidade de investimentos em processos de qualificação das equipes, melhoria da infraestrutura e recursos materiais no acolhimento às situações emergenciais, bem como otimização dos processos de gestão.

Portanto, para a efetivação da APS como porta de entrada com capacidade resolutive nos municípios da Região de Saúde de Diamantina é necessário que gestores e trabalhadores de saúde intervenham em sua realidade através de adoção de estratégias que otimizem os processos de gestão, ampliem o escopo dos serviços ofertados, disponibilizando também equipamentos e insumos; construam vínculo e responsabilização entre profissionais de saúde e usuários de forma a garantir o acesso e continuidade do cuidado em saúde, estruturem os processos de Educação Permanente, além adotarem protocolos clínicos e de encaminhamento dos usuários na rede.

Na modalidade de consultoria aos municípios que participaram desta pesquisa, esta dissertação teve como produtos: confecção de uma listagem de materiais de Urgência e emergência faltosos nos serviços pesquisados e a oferta de um treinamento de Urgência e emergência voltados aos profissionais da APS dos municípios.

Participaram do treinamento 71 profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e condutores de ambulância, atuantes na APS dos nove municípios participantes desse estudo. Neste treinamento foram orientadas as condutas as serem tomadas nas urgências e emergências clínicas e traumáticas desde a abordagem do evento até o encaminhamento do paciente para o nível de maior complexidade. Na consultoria os gerentes e gestores dos municípios foram orientados sobre a organização de um espaço destinado ao atendimento das urgências e emergências nas US, a disponibilidade, organização e disposição com

fácil acesso de todos os materiais e insumos necessários para um atendimento de qualidade, precedido da confecção de uma lista de materiais necessários aos atendimentos de urgência e emergência na APS.

No entanto esta capacitação não contemplou a totalidade dos profissionais atuantes na APS de cada município, assim como não esgotou todos os temas necessários para a abordagem e conduta nas urgências. Portanto, ainda continua a fazer-se necessário que cada município desenvolva ações de Educação Permanente em Saúde voltadas para a área de urgência e emergência de forma continuada.

## 9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Almedina: Edições 70, 2016.

BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

BRASIL. Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002. **Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência**, Brasília, DF, 05 nov 2002.

BRASIL. Portaria 1864 de 29 de setembro de 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção à urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em todo o território nacional: SAMU-192**, Brasília, DF, 29 set 2003a.

BRASIL. Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**, Brasília, 29 set 2003b.

BRASIL. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**, Brasília, 2006a.

BRASIL. Portaria 3.125 de 7 de Dezembro de 2006. **Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define profidências**, Brasília,DF, Dez 2006b.

BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS)**, Brasília, DF, 30 dez 2010.

BRASIL. Portaria 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)**, Brasília,DF, jul 2011.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2012.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação externa do Saúde mais perto de Você- Acesso e qualidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Protocolos de Intevenção para o SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2ª. ed. Brasília: Minstério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Portaria n. 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)**., Brasília, 21 set 2017a.

BRASIL. Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os**

**serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.**, Brasília, DF, 28 dez 2017b.

BRASIL. **Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARDOSO, A. V. L. et al. Avaliação da gestão da estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Montes Claros, v. 20, p. 1267-1284, 2015.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em Saúde e educação na saúde: conceitos e implicação para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FARIAS, D. C. D. et al. Acolhimento e Resolutividade das Urgências na Estratégia da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Campina Grande, v. 39, n. 1, p. 79-87, out. 2015.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Saúde Pública**, São Paulo, p. 144-149, 2014.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 21, p. 913-922, 2016.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MARIA DO CARMO BARROS DE MELO, N. L. C. S. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: UFMG, 2011.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. D. S. Educação Permanente em saúde: metassíntese. **Revista de saúde Pública**, São Paulo, p. 170-185, 2014.

MOREIRA, S. et al. Avaliação da Infraestrutura das Unidade de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, 2017.

MOURA, A.; CARVALHO, J. P. G. D.; SILVA, M. A. D. B. Urgência e Emergência: Conceitos e atualidades. **Saúde e Conhecimento**, p. 12-18, 2015.

NUNES, L. O. et al. Importância para o gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes da Alam-Ata. **Revista Panamericana de Saúde**, v. 42, 2018.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017.

OLIVEIRA, G. C. et al. Urgências e Emergências em saúde mental: a experiência do núcleo de saúde mental do SAMU/DF. **Ciências da Saúde**, Brasília, p. 75-78, 2018.

OLIVEIRA, J. F. M. D. et al. Educação Permanente em Saúde como estratégia balizadora do processo de formação em saúde: a experiência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UESPI. **Tempus actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 171-186, dez 2016.

RAYA, M. C. A. et al. Avaliação de um projeto de triagem de emergências de enfermagem na Atenção Primária. **Revista Clínica médica e Familiar**, Albacete, v. 6, outubro 2013.

SAÚDE, M. D. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SAÚDE, M. D. **Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.

SAÚDE, M. D. **Retratos da Atenção Básica no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, 2015b.

SAÚDE, M. D. **Instrumento de Avaliação externa do Saúde mais perto de Você - Acesso e qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

SAÚDE, M. D. **Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

SAÚDE, M. D. **Manual técnico do Programa para o fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

SILVA, E. A. D. C. et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, p. 571-577, mar. 2010.

SILVA, L. A. A. D. et al. Educação Permanente em Saúde e no trabalho de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, p. 557-561, set 2010.

SOUZA, O. D. A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. D. Desafios da Gestão Municipal da Atenção Básica em Saúde No Brasil: Um Estudo de Caso. **Revista de APS**, v. 18, p. 166-179, abr 2015.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerias, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set 2015.

## 10 APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal dos Vales do**  
**Jequitinhonha e Mucuri**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Avaliação da gestão em saúde em uma microrregião do Vale do Jequitinhonha para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência com prospectivas de impacto para Atenção Primária”** em virtude de ser Gestor de Serviço de Saúde. Esta pesquisa é coordenada pela Professora Mirtes Ribeiro e realizada pela discente Zilmar Geralda de Almeida Silva mestranda do Curso Ensino em Saúde.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a Prefeitura do Município onde trabalha. Os objetivos desta pesquisa são:

- Avaliar a efetividade da gestão em saúde para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência na Atenção Primária em Municípios da região de saúde de Diamantina;
- Identificar o conhecimento das legislações vigentes, o desenvolvimento de ações de gestão e a existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência nos municípios;
- Avaliar o modelo de atenção prestado à saúde; os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a oferta dos atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde.

Caso você decida aceitar o convite, precisará dispor de 40 minutos de seu tempo e será submetido (a) a um questionário que abordará o conhecimento das legislações vigentes, o desenvolvimento de ações de gestão e a existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência no município.

Os riscos relacionados com sua participação serão: exposição, constrangimento e desconforto durante a coleta de dados. Contudo, esta pesquisa deverá seguir as exigências éticas fundamentais previstas na resolução 466 de 2012/Conep, que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos; e como forma de minimizar os riscos aos participantes e promover melhor conforto e adequação ética esta abordagem será realizada em local apropriado que garanta conforto e privacidade, sigilo das informações, bem como a

identificação do participante através de números e códigos como forma de sigilo nominal.

Os benefícios relacionados com a sua participação não trarão um retorno direto a você e sim para a assistência à saúde da população. O desenvolvimento desta pesquisa irá fornecer ao pesquisador maiores informações acerca da gestão em saúde do município. Estas informações poderão subsidiar ações futuras para garantir uma melhor qualidade de acesso à saúde para a população através da gestão adequada dos serviços de saúde e educação permanente de seus profissionais.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Mirtes Ribeiro

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
Alto da Jacuba CEP 39100-000, Departamento de Enfermagem.

Telefone: (38) 98811-9170

Pesquisadora: Zilmar Geralda de Almeida Silva

Endereço: Rua Marcos Augusto Guedes, nº 46 Centro Datas/ MG CEP: 39130-000

Telefone: (38) 99966- 5764

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da Coordenadora: \_\_\_\_\_

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba– Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenadora: SIMONE GOMES DIAS DE OLIVEIRA

Secretária: CRISTINA DE FIGUEIREDO

VIEIRE-mail: [cep.secretaria@ufvjm.edu.br](mailto:cep.secretaria@ufvjm.edu.br)

e/ou [cep@ufvjm.edu.br](mailto:cep@ufvjm.edu.br)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal dos Vales do**  
**Jequitinhonha e Mucuri**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Avaliação da gestão em saúde em uma microrregião do Vale do Jequitinhonha para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência com prospectivas de impacto para Atenção Primária”**, em virtude de ser Gerente de Unidade Básica de Saúde. Esta pesquisa é coordenada pela Professora Mirtes Ribeiro e realizada pela discente Zilmar Geralda de Almeida Silva mestranda do Curso Ensino em Saúde.

Asua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a Prefeitura do Município onde trabalha. Os objetivos desta pesquisa são:

- Avaliar a efetividade da gestão em saúde para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência na Atenção Primária em Municípios da região de saúde de Diamantina.
- Identificar o conhecimento das legislações vigentes, o desenvolvimento de ações de gestão e a existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência nos municípios;
- Avaliar o modelo de atenção prestado à saúde; os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a oferta dos atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde.

Caso você decida aceitar o convite, precisará dispor de 90 minutos de seu tempo e será submetido (a) a um questionário que abordará o modelo de atenção prestado à saúde; os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a oferta dos atendimentos de Urgência e emergência na Unidade Básica de Saúde sob sua gerência.

Os riscos relacionados com sua participação serão: exposição, constrangimento e desconforto durante a coleta de dados. Contudo, esta pesquisa deverá seguir as exigências éticas fundamentais previstas na resolução 466 de 2012/Conep, que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos; e como forma de minimizar os riscos aos participantes e promover melhor conforto e adequação ética esta abordagem será realizada em local apropriado que garanta conforto e privacidade, sigilo das informações, bem como a identificação do participante através de números e códigos como forma de sigilo nominal.

Os benefícios relacionados com a sua participação não trarão um retorno direto a você e sim para a assistência à saúde da população. O desenvolvimento

desta pesquisa irá fornecer ao pesquisador maiores informações acerca da gestão em saúde do município. Estas informações poderão subsidiar ações futuras para garantir uma melhor qualidade de acesso à saúde para a população através da gestão adequada dos serviços de saúde e educação permanente de seus profissionais.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Mirtes Ribeiro  
 Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
 Alto da Jacuba CEP: 39100-000, Departamento de Enfermagem.  
 Telefone: (38) 98811-9170  
 Pesquisadora: Zilmar Geralda de Almeida Silva  
 Endereço: Rua Marcos Augusto Guedes, nº 46 Centro Datas/ MG CEP: 39130-000  
 Telefone: (38) 99966- 5764

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da Coordenadora: \_\_\_\_\_

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da  
 UFVJM Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 -  
 Alto da Jacuba– Diamantina/MG CEP39100000  
 Tel.: (38)3532-1240 –

Coordenadora: SIMONE GOMES DIAS DE  
 OLIVEIRA  
 Secretária: CRISTINA DE FIGUEIREDO  
 VIEIRA

E-mail:

[cep.secretaria@ufvjm.edu.br](mailto:cep.secretaria@ufvjm.edu.br) e/ou  
[cep@ufvjm.edu](mailto:cep@ufvjm.edu)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e  
Mucuri  
Comitê de Ética em Pesquisa



**Autorização para uso da Instituição Coparticipante (Carta de Anuência)**

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da UFVJM (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa intitulado: **Gestão em Saúde para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência: perspectivas para Atenção Básica** e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar.

---

## RELATÓRIO DE PROJETO DE EXTENSÃO

Aconteceu nos dias 22 e 23 de agosto do corrente ano, o desenvolvimento do Projeto de Extensão “Urgência e Emergência: desenvolvendo a capacidade de reconhecimento e condutas diante destas situações na Atenção Primária” sob a forma de treinamento. Esse treinamento foi realizado com a parceria do Programa de Mestrado Profissional Ensino e Saúde, Pró Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Departamento de Enfermagem da UFVJM, Profissionais da área de urgência e Prefeituras de nove municípios da Região de Saúde de Diamantina (Alvorada de Minas, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Felício dos Santos, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto e Senador Modestino Gonçalves).

Sendo realizado nas dependências do Departamento de Enfermagem sob Coordenação da Dra. Mirtes Ribeiro e Vice - Coordenação da doutoranda Heloísa Helena Barroso, o evento foi desenvolvido em dois dias (apresentado no dia 22 e replicado no dia 23), de modo que cada município pudesse dividir seus profissionais e ao mesmo tempo não ficassem desguarnecidos de assistência.

Participaram como Instrutores e organizadores do evento os profissionais:

- Zilmar Geralda de Almeida Silva – Enfermeira Socorrista;
- Yala Gramigna Campietro – Médica;
- Edivaldo Donizete Pereira – Condutor Socorrista;
- Fabíula Andrade – Técnica em Enfermagem Socorrista.

O objetivo desse treinamento foi desenvolver nos profissionais da Atenção primária dos municípios da Região de Saúde de Diamantina a capacidade para o reconhecimento e conduta frente aos casos de Urgência e emergência, e utilizou para isto palestras, oficinas e simulações realísticas com os seguintes temas:

- Avaliação Primária e Secundária;
- Colocação do colar cervical;
- Inserção de Cânula orofaríngea;
- Rolamento e pranchamento;
- Retirada de capacete;

- Imobilização de fraturas;
- Ovace no bebê;
- Ovace no adulto;
- Desmaio;
- AVC;
- Crise convulsiva;
- Controle de Hemorragias;
- RCP (Suporte básico e avançado);
- Medicamentos para intubação e RCP;
- Acesso Jugular;
- Acesso Venoso Periférico;
- Acesso Intra ósseo;
- Intubação oro traqueal e inserção de máscara laríngea.

Participaram do evento Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem e condutores. Fotos a seguir:













## **LISTA DE MATERIAIS E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA O ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

### **Equipamentos da ambulância**

- Maca com colchão;
- Cilindro de 1m<sup>3</sup> de O<sub>2</sub> com fluxômetro e manômetro;
- Caixa de medicamentos;
- Materiais básicos para suporte ventilatório e DEA;

### **Materiais para acesso venoso**

- Equipo simples;
- Garrote;
- Conexões de duas vias;
- Esparadrapo;
- Cateteres de todos os tamanhos;
- Seringas de todos os tamanhos;
- Agulhas de todos os tamanhos;

### **Materiais de absorção/imobilização/sutura**

- Pacotes de gases estéreis;
- Compressas cirúrgicas estéreis;
- Faixas de crepom de vários tamanhos;
- Manta aluminizada;
- Cobertor comum;
- Bandeja de pequena cirurgia;

### **Materiais para imobilização**

- Prancha longa com imobilizador de cabeça com bachal e tirantes;
- Imobilizador pediátrico;
- Talas moldáveis de vários tamanhos;
- Colar cervical tamanho G, M, P, PP, pediátrico e neonatal;

### **Suporte ventilatório**

- Cilindro de Oxigênio de 1m<sup>3</sup>, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250ml e 2m de tubo intermediário de silicone;
- Cateter nasal tipo óculos adulto;
- Cateter nasal tipo óculos pediátrico;
- Máscara de alto fluxo adulto e pediátrica;
- Aparelhos de micro nebulização com máscara adulto, pediátrica e neonatal;
- Laringoscópio adulto com lâminas retas 4 e 5, e curvas 3,4 e 5(pilhas inclusas);
- Laringoscópio pediátrico com lâminas retas 00, 0,1,2e 3 e lâminas curvas 1, 2 e 3(pilhas inclusas);
- Ressuscitador manual Adulto;
- Ressuscitador Manual Pediátrico;
- Ressuscitador Manual Neonatal;
- Tubo oro traqueal de vários tamanhos (2,5- 9);
- Aspiradores de secreções;

### **DEA- Desfibrilador externo automático**

#### **Caixa para organização de materiais**

- Maleta de ferramenta de 16" com alça para carregar;
- Caixa organizadora com pelo menos 8 divisórias ou carrinho de medicação

#### **Instrumentos para avaliação**

- Aparelho para eletrocardiograma;
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro Clínico;
- Aparelho de glicemia com glicofitas e lancetas;
- Esfignomanômetro adulto e estetoscópio adulto;
- Esfignomanômetro pediátrico e estetoscópio pediátrico

- Esfignomanômetro neonatal e estetoscópio neonatal;
- Sonar;

### **Soluções**

- Álcool 70%;
- Água oxigenada 10 Volumes;
- PVPI;
- Sabão líquido;

### **Sondas e bolsas**

- Sonda vesical de demora tipo Foley vários tamanhos;
- Bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- Sonda uretral de alívio de vários tamanhos;
- Sonda nasogástrica longa de vários tamanhos;
- Sonda de aspiração de vários tamanhos;

### **Medicamentos anti-hipertensivos**

- Captopril comprimido;
- Amiodarona comprimido e ampola;
- AAS comprimido;
- Metildopa comprimido;
- Furosemida comprimido e ampola.
- Clopidogrel comprimido;
- Isordil sublingual comprimido;
- Anlodipino comprimido;
- Nitroprussiato de sódio ampola;

### **Medicamentos Anti-inflamatórios e broncodilatadores**

- Hidrocortisona 100mg e 500mg frasco;
- Diclofenaco de sódio ampola,
- Cetoprofeno ampola;

- Dexametasona ampola;

### **Medicamentos de uso inalatório**

- Ipatrópio;
- Fenoterol;
- Salbutamol

### **Medicamentos antieméticos e antiulcerosos gástricos**

- Dramim comprimido e ampola
- Ondasentrona comprimido e ampola;
- Plasil comprimido e ampola;
- Ranitidina ampola;

### **Soros e diluentes**

- Ampola de água destilada 10ml;
- Cloreto de potássio ampola;
- Gluconato de Cálcio ampola;
- Soro Fisiológico 500ml;
- Soro Fisiológico 250ml;
- Soro Glicosado 500ml;
- Soro Glicosado 250ml;
- Ringer lactato 500ml;
- Bicarbonato 250ml;
- Manitol 250ml

### **Medicamentos que atuam na coagulação sanguínea**

- Ácido Trenexâmico ampola;

### **Medicamentos Analgésicos e antitérmicos**

- Dipirona comprimido, solução e ampola;

- Hioscina simples ampola;
- Hioscina composta ampola;
- Tramadol ampola;
- Morfina ampola;

### **Medicamentos Vasoativos**

- Adrenalina ampola;
- Atropina ampola;
- Dobutamina ampola;
- Noradrenalina ampola;

### **Medicamentos Antipsicóticos, anticonvulsivantes e neurolépticos**

- Prometazina ampola;
- Haloperidol simples ampola;
- Haloperidol decanoato ampola;
- Fenobarbital ampola;
- Fenitoína Ampola;
- Biperideno ampola;
- Clorpromazina ampola;
- Sulfato de magnésio ampola;

### **Medicamentos antagonistas de opióides e de benzodiazepínicos**

- Flumazenil ampola;
- Naloxona ampola;

### **Medicamentos anestésicos, relaxantes musculares e sedativos**

- Lidocaína sem vasoconstritor;
- Lidocaína com vasoconstritor;
- Fentanila ampola;

- Midazolan ampola;
- Ketamina ampola;
- Etomidato ampola;
- Suxametônio ampola;

### **Materiais de proteção individual**

- Máscaras descartáveis;
- Máscaras N95;
- Luvas de procedimento de vários tamanhos;
- Luvas estéreis de vários tamanhos;
- Óculos de proteção;
- Aventais.

### **OBSERVAÇÕES**

- Todos os itens de Urgência e Emergência devem estar dispostos em um local que facilite o atendimento dos casos;
- Os materiais e medicamentos devem possuir uma quantidade mínima que permita o uso concomitante, serem repostos e verificada validade com frequência.

## Avaliação da gestão em Saúde para atuação na rede de atenção à urgência e na atenção primária

### Parte I

#### Gestão, Leis e Educação Permanente dos profissionais da Atenção primária

1. Identificação do Sujeito da pesquisa e do Município por Códigos

#### Gestão

2. Você como Gestor tem autonomia para tomada de decisão em relação a compras e licitações?

1. Sim  2. Não

3. Você como Gestor tem autonomia para tomada de decisão em relação a contrato de funcionários?

1. Sim  2. Não

4. Você como Gestor tem autonomia para tomada de decisão em relação aos desenvolvimento de ações de Educação Permanente?

1. Sim  2. Não

5. Qual a sua formação?

6. O seu município já recebeu ou recebe algum incentivo financeiro para o investimento na área de Urgência e Emergência?

1. Sim  2. não

7. Se "sim" qual incentivo?

*A questão só é pertinente se Incentivo = "Sim"*

8. Sua equipe realiza todo e qualquer atendimento de urgência e emergência desde a captação do paciente até a transferência para serviço de maior complexidade?

1. sim  2. não

9. Se "não" na questão anterior justifique o porquê:

1. falta de experiência e/ou treinamento da equipe  
 2. falta de recurso material na unidade  
 3. não ocorre demanda de urgência

*Você pode marcar diversas casas (2 no máximo).*

*A questão só é pertinente se atendimento = "não"*

#### Leis

10. Você tem conhecimento da Portaria GM 2048 de 2002?

1. Sim  2. Não

11. Se "Sim" na pergunta anterior explique resumidamente do que se trata:

*A questão só é pertinente se portaria = "Sim"*

12. Você tem conhecimento da Portaria 1600 de 2011?

1. Sim  2. Não

13. Se "sim" na resposta anterior explique resumidamente o que se trata:

*A questão só é pertinente se portaria2 = "Sim"*

14. Você tem conhecimento da Portaria 4279 de 2010?

1. Sim  2. Não

15. Se "sim" explique resumidamente o que se trata:

*A questão só é pertinente se Portaria4 = "Sim"*

16. Você tem conhecimento da Portaria 3.125 de 2006?

1. Sim  2. Não

17. Se "sim" explique resumidamente o que se trata:

*A questão só é pertinente se portaria6 = "Sim"*

18. O Gerente/Gestor tem conhecimento da Política Nacional de Educação permanente?

1. Sim  2. Não

19. Se "Sim" na resposta anterior explique resumidamente o que se trata:

*A questão só é pertinente se política Nacional = "Sim"*

## Educação Permanente

20. No último ano as equipes do seu município participaram de ações de Educação Permanente em urgência e emergência?

1. Sim  2. Não

21. Se "sim" por quem foi organizado?

1. Gestão Municipal  
 2. Gestão estadual  
 3. Pela própria Equipe/Unidade de Saúde  
 4. outros

*Você pode marcar diversas casas.*

*A questão só é pertinente se ed- Permanente2 = "Sim"*

22. Se "Não" Por que a equipe não participou de ações de educação Permanente em Urgência e Emergência no último ano?

1. Gestão não organiza e/ou apoia os processos de Educação Permanente  
 2. Equipe não adere aos processos de Educação Permanente  
 3. Outros motivos

*Você pode marcar diversas casas.*

*A questão só é pertinente se ed- Permanente2 = "Não"*

23. Se houveram ações de Educação Permanente em Urgência e Emergência no ano anterior, qual(is) dessa(s) estratégias foram utilizadas na educação permanente?

1. Seminários, mostra e/ou oficinas  
 2. Grupos de discussão  
 3. Cursos presenciais de aperfeiçoamento/qualificação  
 4. Troca de experiências que discutam o processo de trabalho da equipe  
 5. Matriciamento  
 6. Telessaúde  
 7. Formação em serviço para desenvolvimento de habilidades e atitudes  
 8. outros

*Você pode marcar diversas casas.*

*A questão só é pertinente se ed- Permanente2 = "Sim"*

24. Essas ações de Educação Permanente em Urgência e emergência contemplam as demandas e necessidades da equipe?

1. Contempla muito  2. Contempla  
 3. Contempla razoavelmente  4. Contempla pouco  
 5. Não contempla

*A questão só é pertinente se ed- Permanente2 = "Sim"*

25. As ações de Educação Permanente desenvolvidas nesta unidade são realizadas com a participação de:

1. Estudantes de graduação  
 2. Estudantes de nível médio  
 3. Residentes de medicina  
 4. Residentes multiprofissional  
 5. Pesquisadores  
 6. outros

*Você pode marcar diversas casas.*

*A questão só é pertinente se ed- Permanente2 = "Sim"*

26. Você julga necessárias as ações de educação permanente?

1. sim  2. não

27. Justifique sua resposta da questão anterior

*A questão só é pertinente se ed- permanente = "sim"*

## Avaliação da gestão em Saúde para atuação na rede de atenção à urgência na Atenção Primária

### Parte 2- Questionário- Observação da Unidade

#### Identificação da Unidade de Saúde, Profissionais , Gerência e funcionamento.

<p><b>1. Tipo de Unidade Participante</b>  <input type="radio"/> 1. Unidade Básica de Saúde    <input type="radio"/> 2. Unidade Mista</p> <hr/> <p><b>2. Esta Unidade funciona em local adaptado?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>3. Quantidade de Médicos na Unidade</b>  <input type="radio"/> 1. 1    <input type="radio"/> 2. 2    <input type="radio"/> 3. 3    <input type="radio"/> 4. 4  <input type="radio"/> 5. Mais de 4    <input type="radio"/> 6. nenhum</p> <hr/> <p><b>4. O profissional médico está presente nesta Unidade em todos os turnos e em período integral?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>5. Quantidade de Enfermeiros na unidade:</b>  <input type="radio"/> 1. 1    <input type="radio"/> 2. 2    <input type="radio"/> 3. 3    <input type="radio"/> 4. 4  <input type="radio"/> 5. Mais de 4    <input type="radio"/> 6. nenhum</p> <hr/> <p><b>6. O profissional enfermeiro está presente nesta Unidade em todos os turnos e em período integral?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>7. Quantidade de Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem na unidade:</b>  <input type="radio"/> 1. 1    <input type="radio"/> 2. 2    <input type="radio"/> 3. 3    <input type="radio"/> 4. 4  <input type="radio"/> 5. Mais de 4    <input type="radio"/> 6. nenhum</p> <hr/> <p><b>8. O profissional Técnico/Auxiliar de Enfermagem está presente nesta unidade em todos os turnos e em período integral?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. não</p>	<p><b>9. Existe uma pessoa responsável pela gerência desta unidade?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>10. Este profissional organiza seu trabalho de que maneira?</b>  <input type="radio"/> 1. Faz exclusivamente a gerência da Unidade  <input type="radio"/> 2. Divide-se entre gerência da Unidade e cuidado ao usuário  <input type="radio"/> 3. Dedica menos que 20hs à gerência da Unidade por conta de outros vínculos  <input type="radio"/> 4. A gerência da Unidade é compartilhada/rodiziada entre os profissionais  <input type="radio"/> 5. Nenhuma das anteriores</p> <p><i>A questão só é pertinente se gerência = "Sim"</i></p> <hr/> <p><b>11. Especifique a formação do Gerente.</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p><i>A questão só é pertinente se gerência = "Sim"</i></p> <hr/> <p><b>12. O gerente tem experiência em Urgência e emergência?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <p><i>A questão só é pertinente se gerência = "Sim"</i></p>
--	---

#### Demanda espontânea e fluxos da Unidade

<p><b>13. Quais os turnos de funcionamento desta Unidade?</b>  <input type="checkbox"/> 1. Manhã    <input type="checkbox"/> 2. Tarde    <input type="checkbox"/> 3. Noite</p> <p><i>Você pode marcar diversas casas.</i></p> <hr/> <p><b>14. Esta Unidade Funciona em quais dias da semana?</b>  <input type="checkbox"/> 1. Segunda    <input type="checkbox"/> 2. Terça    <input type="checkbox"/> 3. Quarta  <input type="checkbox"/> 4. Quinta    <input type="checkbox"/> 5. Sexta    <input type="checkbox"/> 6. Sábado  <input type="checkbox"/> 7. Domingo</p> <p><i>Você pode marcar diversas casas.</i></p> <hr/> <p><b>15. Esta unidade mantém todas as suas atividades no horário de almoço?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>16. Há horário fixo de funcionamento desta unidade?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>17. Se "sim" quais são os horários?</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p><i>A questão só é pertinente se horário = "Sim"</i></p>	<p><b>18. Quantas horas esta unidade funciona por dia?</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <hr/> <p><b>19. Se a Unidade não funciona 24 horas por dia existe algum atendimento no horário em que a unidade está fechada?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>20. Se "sim" na questão anterior especifique</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p><i>A questão só é pertinente se atendimento fora do horário = "Sim"</i></p> <hr/> <p><b>21. Esta unidade atende demanda espontânea?</b>  <input type="radio"/> 1. Sim    <input type="radio"/> 2. Não</p> <hr/> <p><b>22. Como é realizado o atendimento desta demanda espontânea?</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p><i>A questão só é pertinente se demanda espontânea = "Sim"</i></p>
---	---

23. Em quais turnos é realizado o Atendimento à demanda espontânea?

1. Segunda    2. Terça    3. Quarta  
 4. Quinta    5. Sexta    6. Sábado  
 7. Domingo

Você pode marcar diversas casas.

24. A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos na demanda espontânea?

1. Sim    2. Não

25. No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:

1. Atendimento de urgência(estratégico)  
 2. Renovação de receitas e medicamentos  
 3. Orientações  
 4. Outros

Você pode marcar diversas casas.

26. O usuário pode ficar na Unidade em observação até melhora do quadro agudo quando necessário?

1. Sim    2. Não

27. Qual é o principal fluxo para o atendimento do usuário nesta unidade?

1. O usuário chega cedo e fica na fila para pegar ficha/senha  
 2. O usuário é atendido por ordem de chegada  
 3. A equipe identifica usuários com maior sofrimento e/ou vulnerabilidade  
 4. nenhum  
 5. outros

Você pode marcar diversas casas (2 no máximo).

28. A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no atendimento à demanda espontânea?

1. Sim    2. Não

A questão só é pertinente se demanda espontânea3 = "Sim"

29. Os profissionais que fazem o atendimento à demanda espontânea foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?

1. Sim    2. Não

30. Esta unidade dispõe de serviço(equipe e ambulância com equipamentos e insumos) para remoção do usuário quando necessário?( Atendimento domiciliar ou em via pública)?

1. Sim    2. Não

31. Qual o serviço de ambulância esta unidade usa?

1. Ambulância do Sann  
 2. Ambulância do próprio município  
 3. Outros  
 4. Nenhum

Você pode marcar diversas casas (3 no máximo).

A questão só é pertinente se serviço = "Sim"

32. Esta unidade faz transferência de pacientes?

1. Sim    2. Não

33. Para onde estes pacientes são transferidos

A questão só é pertinente se Transferência = "Sim"

34. Qual tipo de transporte utilizado nas transferências?

1. Ambulância do sann  
 2. Ambulância do próprio Município  
 3. Outros

Você pode marcar diversas casas.

A questão só é pertinente se Transferência = "Sim"

35. Qual dos equipamentos abaixo a ambulância do município possui?

1. Maca com colchão  
 2. Cilindro de 1m<sup>3</sup> de O<sub>2</sub> com fluxômetro e manômetro  
 3. Caixa de medicamentos  
 4. Materiais básicos  
 5. Nenhum  
 6. Não possui ambulância

Você pode marcar diversas casas (5 no máximo).

A questão só é pertinente se serviço = "Sim"

36. Todos os médicos e enfermeiros desta unidade foram treinados para realizarem transferências de pacientes?

1. Sim    2. Não

## Existência de Insumos para o atendimento de Urgência e Emergência

37. Materiais para acesso venoso

1. Equipo simples    2. Garrote  
 3. Conexões de duas vias    4. Esparadrapo  
 5. Cateteres    6. Seringas  
 7. Agulhas    8. Soros  
 9. nenhum

Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).

38. Quais dos tamanhos de cateteres para punção periférica estão disponíveis nesta Unidade?

1. 24    2. 22    3. 20    4. 18    5. 16  
 6. 14    7. nenhum

Você pode marcar diversas casas (6 no máximo).

39. Quais seringas estão disponíveis nesta unidade?

1. 1ml    2. 3ml    3. 5ml    4. 10ml  
 5. 20ml    6. nenhuma

Você pode marcar diversas casas (5 no máximo).

40. Quais agulhas estão disponíveis nesta unidade?

1. 40/12    2. 25/7    3. 25/8  
 4. 13/4,5    5. nenhuma

Você pode marcar diversas casas (4 no máximo).

**41. Quais os materiais absorventes, isolantes térmicos e para contenção estão disponíveis nesta unidade?**

- 1. Pacotes de gases estéreis
- 2. Compressas cirúrgicas estéreis
- 3. Faixas de crepom de vários tamanhos
- 4. Manta aluminizada
- 5. cobertor comum
- 6. outros
- 7. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (6 no máximo).*

**42. Esta unidade possui Bandeja(s) para pequenas cirurgias/sutura(estéreis)?**

- 1. Sim  2. Não

**43. Quais dos seguintes materiais para imobilização esta unidade dispõe?**

- 1. Prancha longa com imobilizador de cabeça com bachel e tirantes
- 2. Imobilizador pediátrico
- 3. Talas moldáveis de vários tamanhos
- 4. Colar cervical tamanho G
- 5. Colar cervical tamanho M
- 6. Colar cervical tamanho P
- 7. Colar cervical Tamanho PP
- 8. Colar cervical Pediátrico
- 9. Colar cervical neonatal, outros, nenhum

*Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).*

**44. Quais dos materiais para oxigenoterapia, suporte ventilatório e intubação oro traqueal esta unidade possui?**

- 1. Cilindro de Oxigênio de 1m<sup>3</sup>, com válvula, fluxômetro, umidificador de 250ml e 2m de tubo intermediário de silicone
- 2. Cateter nasal tipo óculos adulto
- 3. Cateter nasal tipo óculos pediátrico
- 4. Máscara de alto fluxo adulto
- 5. Máscara de alto fluxo pediátrica
- 6. Aparelhos de micro nebulização
- 7. máscara de nebulização adulto
- 8. máscara de nebulização pediátrica
- 9. Laringoscópio adulto com lâminas retas 4 e 5, e curvas 3,4 e 5(pilhas inclusas)
- 10. Laringoscópio pediátrico com lâminas retas 00, 0,1,2e 3 e lâminas curvas 1, 2 e 3
- 11. (pilhas inclusas)
- 12. Ressuscitador manual Adulto
- 13. Ressuscitador Manual Pediátrico
- 14. Ressuscitador Manual Neonatal
- 15. Tubo oro traqueal de vários tamanho (2,5-9)
- 16. Aspiradores de secreções
- 17. outros
- 18. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (17 no máximo).*

**45. Esta unidade possui DEA( desfibrilador externo automático) e ou desfibrilador/cardioversor?**

- 1. Sim  2. Não

**46. Existência na unidade de Caixa para organização de materiais e medicamentos**

- 1. maleta de ferramenta de 16" comalça para carregar
- 2. Caixa organizadora com pelo menos 8 divisórias
- 3. Carinho de medicação
- 4. outros, nenhuma

*Você pode marcar diversas casas (3 no máximo).*

**47. Quais materiais e instrumentos para avaliação do paciente esta unidade possui?**

- 1. Aparelho para eletrocardiograma
- 2. Oxímetro de pulso
- 3. Termômetro Clínico
- 4. Aparelho de glicemia com glicofitas e lancetas
- 5. Esfigmomanômetro adulto e esteto adulto
- 6. Esfigmomanômetro pediátrico e esteto pediátrico
- 7. Esfigmomanômetro neonatal e esteto neonatal
- 8. Sonar
- 9. outros
- 10. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (9 no máximo).*

**48. Quais destas soluções estão disponíveis nesta unidade?**

- 1. Álcool 70%  2. Água oxigenada  3. PVPI
- 4. Sabão líquido  5. outros  6. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (5 no máximo).*

**49. Quais sondas e bolsas estão disponíveis nesta unidade?**

- 1. Sonda vesical de demora tipo Foley vários tamanhos
- 2. Bolsa coletora de urina (sistema fechado)
- 3. Sonda uretral de alívio de vários tamanhos
- 4. Sonda nasogástrica longa de vários tamanhos
- 5. sonda de aspiração de vários tamanhos
- 6. outras
- 7. nenhuma

*Você pode marcar diversas casas (6 no máximo).*

### Medicamentos que devem estar disponíveis na Atenção Primária para serem utilizados nos atendimentos de Urgência

**50. Quais destes medicamentos anti-hipertensivos, antiarrítmicos, e de uso cardiológico esta Unidade dispõe?**

- 1. Captopril comp.
- 2. Anidaronas comp.
- 3. Anidaronas ampola
- 4. AAS comp.
- 5. Metildopa Comp.
- 6. Furosenida comp.
- 7. Furosenida ampola
- 8. Clopidogrel comp.
- 9. Isordil sublingual comp.
- 10. Anlodipino comp.
- 11. Nitroprussiato de sódio ampola
- 12. outros
- 13. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (12 no máximo).*

**51. Quais dos medicamentos Anti-inflamatórios e broncodilatadores estão disponíveis nesta unidade?**

- 1. Hidrocortisona 100mg
- 2. Hidrocortisona 500mg
- 3. diclofenaco de sódio ampola, cetoprofeno ampola
- 4. dexametasona ampola
- 5. outros
- 6. nenhum

*Você pode marcar diversas casas.*

**52. Medicamentos de uso inalatório disponíveis nesta unidade:**

- 1. Ipratrópio
- 2. Fenoterol
- 3. Salbutamol
- 4. outros
- 5. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (4 no máximo).*

**53. Medicamentos antieméticos e antiulcerosos gástricos disponíveis nesta unidade**

- 1. Dramim comp.
- 2. Dramim ampola
- 3. Ondasentrona comp.
- 4. Ondasentrona ampola
- 5. Plasil comp.
- 6. plasil ampola
- 7. ranitidina ampola
- 8. pantoprazol ampola
- 9. outros
- 10. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (9 no máximo).*

**54. Soros e diluentes disponíveis nesta unidade**

- 1. Ampola de água destilada 10ml
- 2. Cloreto de potássio ampola
- 3. Gluconato de Cálcio ampola
- 4. Soro Fisiológico 500ml
- 5. Soro Fisiológico 250ml
- 6. Soro Glicosado 500ml
- 7. Soro Glicosado 250ml
- 8. Ringer lactato 500ml
- 9. Bicarbonato 250ml
- 10. Manitol 250ml
- 11. outros
- 12. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (11 no máximo).*

**55. Medicamentos que atuam na coagulação sanguínea:**

- 1. Heparina ampola
- 2. Ácido Trenezâmico ampola
- 3. Alteplase ampola
- 4. Outros
- 5. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (4 no máximo).*

**56. Medicamentos Analgésicos e antitérmicos existentes nesta unidade:**

- 1. Dipirona comp.
- 2. Dipirona solução
- 3. Dipirona ampola
- 4. Hioscina simples ampola
- 5. Hioscina composta ampola
- 6. Tramadol ampola
- 7. Morfina ampola
- 8. outros
- 9. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).*

**57. Medicamentos Vasotivos disponíveis nesta unidade:**

- 1. Adrenalina ampola
- 2. Atropina ampola
- 3. Dobutamina ampola
- 4. Noradrenalina ampola
- 5. outros
- 6. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (5 no máximo).*

**58. Medicamentos Antipsicóticos, anticonvulsivantes e neurolépticos disponíveis nesta unidade:**

- 1. Prometazina ampola
- 2. Haloperidol simples ampola
- 3. Haloperidol decanoato ampola
- 4. Fenobarbital ampola
- 5. Fenitoína Ampola
- 6. Biperideno ampola
- 7. Clorpromazina ampola
- 8. Sulfato de magnésio ampola
- 9. outros
- 10. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (9 no máximo).*

**59. Medicamentos antagonistas de opióides e de benzodiazepínicos**

- 1. Flumazenil ampola
- 2. Naloxona ampola
- 3. outros
- 4. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (3 no máximo).*

**60. Medicamentos anestésicos, relaxantes musculares e sedativos disponíveis na unidade**

- 1. Lidocaina sem vasoconstritor
- 2. Lidocaina com vasoconstritor
- 3. Fentanila ampola
- 4. Midazolam ampola
- 5. Ketamina ampola
- 6. Etomidato ampola
- 7. Suxametônio ampola
- 8. outros
- 9. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).*

## Medicamentos que devem estar disponíveis na Atenção Primária para serem utilizados nos atendimentos de Urgência

**50. Quais destes medicamentos anti-hipertensivos, antiarrítmicos, e de uso cardiológico esta Unidade dispõe?**

- 1. Captopril comp.
- 2. Anidaronas comp.
- 3. Anidaronas ampola
- 4. AAS comp.
- 5. Metildopa Comp.
- 6. Furosenida comp.
- 7. Furosenida ampola
- 8. Clopidogrel comp.
- 9. Isordil sublingual comp.
- 10. Anlodipino comp.
- 11. Nitroprussiato de sódio ampola
- 12. outros
- 13. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (12 no máximo).*

**51. Quais dos medicamentos Anti-inflamatórios e broncodilatadores estão disponíveis nesta unidade?**

- 1. Hidrocortisona 100mg
- 2. Hidrocortisona 500mg
- 3. diclofenaco de sódio ampola, cetoprofeno ampola
- 4. dexametasona ampola
- 5. outros
- 6. nenhum

*Você pode marcar diversas casas.*

**52. Medicamentos de uso inalatório disponíveis nesta unidade:**

- 1. Ipratrópio
- 2. Fenoterol
- 3. Salbutamol
- 4. outros
- 5. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (4 no máximo).*

**53. Medicamentos antieméticos e antiulcerosos gástricos disponíveis nesta unidade**

- 1. Dramim comp.
- 2. Dramim ampola
- 3. Ondasentrona comp.
- 4. Ondasentrona ampola
- 5. Plasil comp.
- 6. plasil ampola
- 7. ranitidina ampola
- 8. pantoprazol ampola
- 9. outros
- 10. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (9 no máximo).*

**54. Soros e diluentes disponíveis nesta unidade**

- 1. Ampola de água destilada 10ml
- 2. Cloreto de potássio ampola
- 3. Gluconato de Cálcio ampola
- 4. Soro Fisiológico 500ml
- 5. Soro Fisiológico 250ml
- 6. Soro Glicosado 500ml
- 7. Soro Glicosado 250ml
- 8. Ringer lactato 500ml
- 9. Bicarbonato 250ml
- 10. Manitol 250ml
- 11. outros
- 12. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (11 no máximo).*

**55. Medicamentos que atuam na coagulação sanguínea:**

- 1. Heparina ampola
- 2. Ácido Tranexâmico ampola
- 3. Alteplase ampola
- 4. Outros
- 5. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (4 no máximo).*

**56. Medicamentos Analgésicos e antitérmicos existentes nesta unidade:**

- 1. Dipirona comp.
- 2. Dipirona solução
- 3. Dipirona ampola
- 4. Hioscina simples ampola
- 5. Hioscina composta ampola
- 6. Tramadol ampola
- 7. Morfina ampola
- 8. outros
- 9. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).*

**57. Medicamentos Vasoativos disponíveis nesta unidade:**

- 1. Adrenalina ampola
- 2. Atropina ampola
- 3. Dobutamina ampola
- 4. Noradrenalina ampola
- 5. outros
- 6. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (5 no máximo).*

**58. Medicamentos Antipsicóticos, anticonvulsivantes e neurolépticos disponíveis nesta unidade:**

- 1. Prometazina ampola
- 2. Haloperidol simples ampola
- 3. Haloperidol decanoato ampola
- 4. Fenobarbital ampola
- 5. Fenitoína Ampola
- 6. Biperideno ampola
- 7. Clorpromazina ampola
- 8. Sulfato de magnésio ampola
- 9. outros
- 10. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (9 no máximo).*

**59. Medicamentos antagonistas de opióides e de benzodiazepínicos**

- 1. Flumazenil ampola
- 2. Naloxona ampola
- 3. outros
- 4. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (3 no máximo).*

**60. Medicamentos anestésicos, relaxantes musculares e sedativos disponíveis na unidade**

- 1. Lidocaina sem vasoconstritor
- 2. Lidocaina com vasoconstritor
- 3. Fentanila ampola
- 4. Midazolam ampola
- 5. Ketamina ampola
- 6. Etomidato ampola
- 7. Suxametônio ampola
- 8. outros
- 9. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (8 no máximo).*

### Equipamentos de Proteção Individual

**61. Quais os materiais de proteção individual esta unidade oferece aos seus profissionais?**

- 1. Máscaras descartáveis
- 2. Máscaras N95
- 3. Luvas de procedimento de vários tamanhos
- 4. Luvas estéreis de vários tamanhos
- 5. Óculos de proteção
- 6. Aventais
- 7. outros
- 8. nenhum

*Você pode marcar diversas casas (6 no máximo).*

### Geral

**62. Todos os itens de Urgência e Emergência estão dispostos em um local que facilite o atendimento dos casos?**

1. Sim  2. Não

**63. A inexistência de determinados medicamentos, insumos e/ou equipamentos nesta unidade se deve a:**

- 1. Desconhecimento da necessidade
- 2. Inutilidade no setor
- 3. Escassez de recursos financeiros
- 4. Não há profissional habilitada/treinado para us ar
- 5. outros

*Você pode marcar diversas casas (2 no máximo).*

**64. Você gerente julga necessário a organização e a aquisição de materiais para o atendimento das urgências?**

1. Sim  2. não

**65. Justifique sua resposta**

*A questão só é pertinente se atendimento = "Sim"*

**66. Sua equipe realiza todo e qualquer atendimento de urgência e emergência desde a captação do paciente até a transferência para serviço de maior complexidade?**

1. sim  2. não

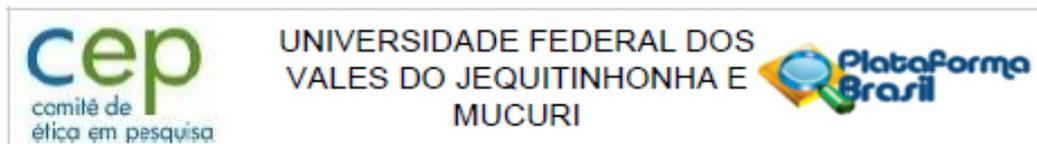
**67. Se "não" na questão anterior justifique o porquê?**

- 1. falta de experiência e/ou treinamento da equipe
- 2. falta de recurso material na unidade
- 3. não ocorre demanda de urgência

*Você pode marcar diversas casas (2 no máximo).*

*A questão só é pertinente se atendimento = "não"*

## 11 ANEXO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da gestão em saúde em uma microrregião do Vale do Jequitinhonha para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência com perspectivas de impacto para a Atenção Primária.

**Pesquisador:** ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07564719.0.0000.5108

**Instituição Proponente:** Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.151.547

**Apresentação do Projeto:**

O projeto intitulado "Avaliação da gestão em saúde em uma microrregião do Vale do Jequitinhonha para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência com perspectivas de impacto para a Atenção Primária." Trata-se de uma pesquisa quantitativa/exploratória, que será realizada através da quantificação de dados, buscando evidências conclusivas, que serão baseadas em amostras representativas, sob análise estatística descritiva simples. A pesquisa exploratória será usada para a busca de um entendimento sobre a natureza geral deste problema: as possíveis hipóteses, alternativas e as variáveis relevantes serão consideradas, pois o seu objetivo é examinar o problema ou situação para proporcionar conhecimento e compreensão. (GIL, 2009). Será utilizada a pesquisa exploratória para formular o problema e defini-lo com mais precisão, para identificar alternativas de ação, para desenvolver hipóteses e para ter uma melhor percepção a fim de elaborar uma abordagem do problema (AAKER, KUMAR e DAY, 2004).

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

- Avaliar a efetividade da gestão em saúde para atuação na rede de atenção à Urgência e Emergência na Atenção Primária em Municípios da região de saúde de Diamantina.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar o conhecimento das legislações vigentes, o desenvolvimento de ações de gestão e a

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS  
VALES DO JEQUITINHONHA E  
MUCURI



Continuação do Parecer: 3.151.547

existência de planos de educação permanente voltadas para área de urgência/emergência nos municípios;  
 • Avaliar o modelo de atenção prestado à saúde; os recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a oferta dos atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos**

Como toda pesquisa que envolve seres humanos, a presente pesquisa pode incorrer nos seguintes riscos: exposição e constrangimento de seus participantes, desconforto, uso inadequado dos dados coletados; contudo, esta pesquisa seguirá as exigências éticas fundamentais previstas na resolução 466 de 2012/Conep, que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos; obedecendo quatro

referenciais básicos da bioética: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. Os participantes serão convidados a assinarem o Tcle (termo de consentimento livre e esclarecido) sendo os mesmos informados sobre todo o procedimento da pesquisa, o uso dos seus dados, dos riscos e benefícios. E como forma de minimizar os riscos aos participantes e promover melhor conforto e adequação ética esta abordagem será realizada em local apropriado que garanta conforto e privacidade, sigilo das informações, bem como a identificação do participante através de números e códigos como forma de sigilo nominal. A identificação será feita através do código do IBGE de cada município seguida da letra "A" para o gestor e letra "B" para o gerente.

##### **Benefícios:**

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos. O desenvolvimento desta pesquisa fornecerá ao pesquisador maiores informações acerca da gestão em saúde dos municípios. Estas informações poderão subsidiar ações futuras para garantir uma melhor qualidade de acesso à saúde para a população através da gestão adequada dos serviços de saúde e educação permanente de seus profissionais.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

##### **Metodologia Proposta:**

##### **Cenário do estudo:**

Municípios da microrregião de saúde de Diamantina, localizada no Vale do Jequitinhonha, onde não existam hospitais ou outro serviço especializado em Urgência e Emergência; com até 3

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
 Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000  
 UF: MG Município: DIAMANTINA  
 Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS  
VALES DO JEQUITINHONHA E  
MUCURI



Continuação do Parecer: 3.151.547

Equipes de Estratégia de Saúde da Família por Município. São eles: Santo Antônio do Itambé, Presidente Kubistchek, Alvorada, Datas, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães, Felício dos Santos, São Gonçalo do Rio Preto e Senador Modestino Gonçalves.

População do estudo:

Gestores municipais de Saúde e Gerentes das Unidades Básicas de Saúde, que estejam atuando nos Municípios do Cenário de estudo da Microrregião de Diamantina.

Coleta de dados:

A coleta de dados será realizada através de dois questionários (um para cada categoria Profissional) com perguntas objetivas e discursivas, adaptados do Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso à Qualidade-PMAQ, 2016 (BRASIL, 2016) e aplicado pelo pesquisador deste estudo por meio de visita agendada com os gestores e gerentes nos municípios selecionados. Aos Gestores Municipais de Saúde serão aplicados questionários a fim de identificar o conhecimento sobre as legislações vigentes, o desenvolvimento de ações de gestão e planos de educação permanente de seu município voltadas para a área de urgência/emergência. Aos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde serão aplicados questionários para avaliação do modelo de atenção prestado à saúde; dos recursos humanos, físicos e materiais disponíveis para a oferta dos atendimentos de Urgência e emergência nas Unidades Básicas de Saúde. Embora exista uma versão mais atualizada dos questionários do PMAQ, optou-se por utilizar a versão do ano de 2016 por ser a mais completa e a que mais se enquadra nos moldes desta pesquisa. Para adequação aos preceitos éticos os questionários serão realizados em local apropriado livre da circulação de terceiros a fim de garantir o sigilo das informações e privacidade do participante. Os mesmos serão informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo). Os questionários serão entregues aos sujeitos da pesquisa e eles serão respondidos sem a interferência do pesquisador. Como forma de ajustamento do instrumento de coleta de dados, e minimização de possíveis erros, serão aplicados questionários pilotos ao município que possui a menor população entre os demais.

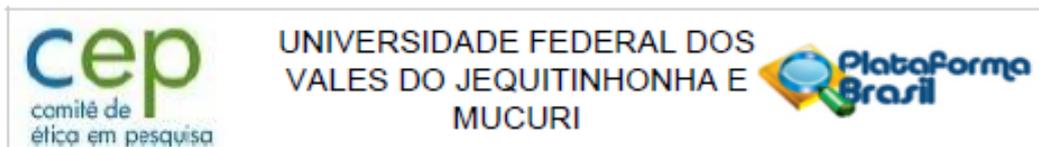
Metodologia de Análise de Dados:

Após a coleta será elaborado um banco de dados no programa Sphinx Survey edição léxica, Versão 5.0.1.4. Após análise e tratamento, os mesmos serão discutidos à luz da literatura nacional e internacional.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A carta da Instituição Co-partícipe foi apresentada conforme Resolução 466/12.

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
 Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000  
 UF: MG Município: DIAMANTINA  
 Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.151.547

**Recomendações:**

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 19/07/2019. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

**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_1295117.pdf	15/02/2019 13:08:09		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartasmunicipios.pdf	15/02/2019 13:07:45	ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA.pdf	11/02/2019 16:47:04	ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/02/2019 16:40:26	ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA	Aceito
Outros	AVALIACAODAGESTAO_INSTRUMENTOGESTORES.pdf	07/02/2019 18:29:22	ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA	Aceito
Outros	AVALIACAODAGESTAO_INSTRUMENTOGERENTES.pdf	07/02/2019 18:27:21	ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	07/02/2019 18:01:46	ZILMAR GERALDA DE ALMEIDA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
 Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000  
 UF: MG Município: DIAMANTINA  
 Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS  
VALES DO JEQUITINHONHA E  
MUCURI



Continuação do Parecer: 3.151.547

DIAMANTINA, 18 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Simone Gomes Dias de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000  
UF: MG Município: DIAMANTINA  
Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br