

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI

**PRODUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMEIROS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE NO ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA**

Porto Alegre

2013

ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI

**Produção do cuidado de enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento
em situações de urgência**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Pelegriani, Alisia Helena Weis
Produção do cuidado de enfermeiros em atenção
primária à saúde no atendimento em situações de
urgência / Alisia Helena Weis Pelegriani. -- 2013.
206 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Produção do Cuidado.
3. Processo de Trabalho em Saúde. 4. Enfermagem em
Atenção Primária. 5. Serviços Médicos de Emergência.
I. Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II.
Título.

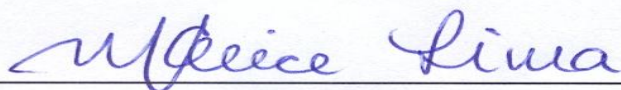
ALÍSIA HELENA WEIS PELEGRINI

**Produção do cuidado de enfermeiros em Atenção Primária à Saúde no
atendimento em situações de urgência**

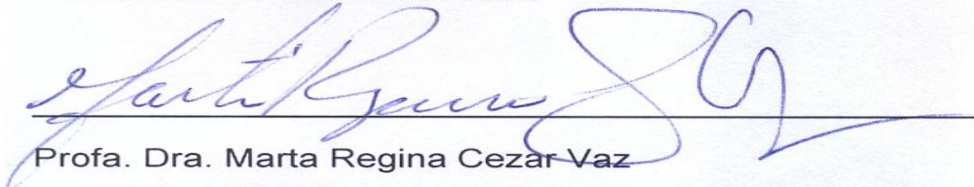
Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 16 de agosto de 2013.


Banca Examinadora



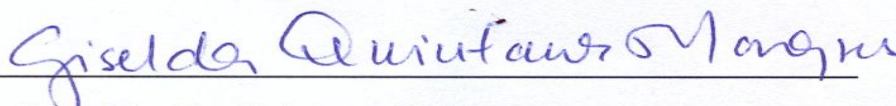
Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Presidente – PPGENF/UFRGS



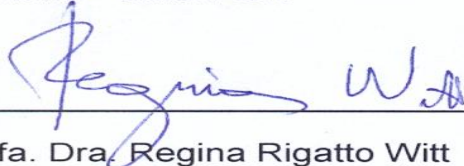
Profa. Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Membro – FURG



Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos Colomé
Membro – UFSM - CESNORS



Profa. Dra. Giselda Quintana Marques
Membro – SMS/POA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt
Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho aos amores da minha vida...

Minha filha Valentina, luz da minha vida.

Meus pais, Carli e Neusa, minha estrutura.

Meu irmão Renato, meu amigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À Deus pela vida, pela saúde e pela presença constante em minha vida, nas alegrias e nos momentos mais dolorosos enfrentados nesta trajetória, me mostrando que a fé é nosso instrumento de amor e esperança.

Aos meus pais, pelo amor, pelo carinho e pela doação. Obrigada por me ensinarem o valor da vida e a nunca desistir.

Ao meu irmão, querido amigo e parceiro. Obrigada por seu amor e sua dedicação. A luz da minha vida, minha força, meu anjo, Valentina. Obrigada por estar ao meu lado e me ensinar o que é o amor incondicional. Peço-te desculpas, por desde cedo teres que conviver com minhas ausências, minhas dificuldades e meus problemas.

À minha orientadora Maria Alice Dias da Silva Lima pela sabedoria, pela competência e dedicação com que me conduziste nesta trajetória. Obrigada pelos momentos de aprendizagem e pelos saberes compartilhados, os quais proporcionaram a concretização deste sonho. Obrigada por compreender com respeito, paciência e sensibilidade os desafios que encontrei no caminho.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelos momentos de aprendizado que possibilitaram meu aperfeiçoamento acadêmico e profissional.

Às professoras Marta Regina Cesar Vaz, Regina Rigatto Witt e Giselda Quintana Marques pelas importantes contribuições realizadas no meu exame de qualificação, as quais foram fundamentais para a condução da pesquisa.

Às minhas colegas do doutorado pelos momentos de aprendizado, dúvidas e alegrias compartilhadas.

À todas as minhas amigas, pela amizade, pelo carinho e pelo apoio sempre.

Às meninas do grupo de pesquisa, pelo carinho, pela amizade, pela sensibilidade, pelo trabalho desempenhado em conjunto com dedicação e pelo aprendizado.

Ao Fred, meu cachorro amado, pela alegria, pelo carinho e pela disposição em todos os momentos.

À todas as enfermeiras que participaram do estudo, pela disponibilidade e compreensão da importância desta investigação.

Às minhas colegas da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, pelo carinho, pelo apoio e pelo incentivo na reta final de concretização da tese.

Muito Obrigada!

*A felicidade aparece para aqueles que choram, para aqueles que se machucam, para
aqueles que buscam e tentam sempre.*

Clarice Lispector

RESUMO

PELEGRINI, Alisia Helena Weis. **Produção do cuidado de enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento em situações de urgência**. 2013. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Este estudo teve como objetivo analisar a produção de cuidado primário em saúde no processo de trabalho dos enfermeiros com base na presença e na extensão dos atributos da atenção primária à saúde (APS) e no atendimento de usuários em situação de urgência. Foi utilizada a estratégia metodológica híbrida de combinação das abordagens qualitativas e quantitativas. A pesquisa foi desenvolvida com enfermeiros dos serviços de APS, unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família (USF) do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul do município de Porto Alegre. Na primeira etapa da pesquisa foram coletados dados qualitativos por meio de entrevista semiestruturada com 18 enfermeiros. Na segunda etapa foram coletados dados quantitativos através do instrumento *Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil*, versão profissionais, com 52 enfermeiros. Os dados qualitativos foram tratados pela técnica de análise de conteúdo temática. Foi utilizado o *software* NVivo6 para operacionalização da análise qualitativa. Para organização dos dados quantitativos e realização das análises estatísticas foi utilizado o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Conforme as respostas dos enfermeiros ao instrumento PCATool-versão profissionais, as USF são as que apresentam maior presença e extensão dos atributos da APS, entretanto há necessidade de desenvolvimento e de aprimoração de alguns atributos. Há importantes barreiras de acesso em ambas as unidades estudadas. O atributo longitudinalidade foi mais bem avaliado nas USF do que nas UBS. O atributo coordenação - integração de cuidados e sistemas de informação apresentaram bons resultados em ambas as unidades de saúde estudadas. No atributo integralidade – serviços disponíveis e serviços prestados, os resultados encontrados foram melhores nas USF do que UBS. No atributo orientação familiar, os resultados foram muito bem avaliados em ambas as unidades estudadas. O atributo orientação comunitária obteve variações nos resultados, entretanto os melhores resultados foram encontrados nas USF. Neste sentido, análise de estrutura e processo da APS sob a ótica dos atributos aponta as influências da estrutura do serviço na concepção dos enfermeiros, na operacionalização dos atendimentos e na procura do serviço pelos usuários. De acordo com os depoimentos dos enfermeiros, é possível identificar que o atendimento de usuários em situação de urgência é parte integrante da rotina de trabalho. Destaca-se importância da equipe de enfermagem no atendimento e em especial, o enfermeiro, que utiliza o saber clínico estruturado. Ficou evidente que os encaminhamentos dos usuários da APS para os serviços de urgência e emergência estão relacionados com a complexidade dos casos que exigem serviços com capacidade tecnológica adequada e infraestrutura insuficiente das unidades de saúde que se refere a medicamentos, equipamentos e espaço físico. Foi apontada a falta de instrumentos que orientam a avaliação dos usuários em situação de urgência e dificuldades nas relações com o SAMU. Foi visualizada, também, contradição entre as responsabilidades e a finalidade no atendimento de usuários em

situação de urgência na APS. Entretanto, há um esforço dos enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades em mobilizar conhecimentos e fazer articulações com os profissionais e com os serviços tradicionais de urgência para dar conta do atendimento dos usuários em situação de urgência. A potencialidade da longitudinalidade e do acesso devem ser exploradas, pois permitem ampliar o olhar sobre o usuário em situação de urgência, fortalecer e integrar a APS na rede de atenção às urgências.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Produção do Cuidado. Processo de Trabalho em Saúde. Serviço Médicos de Emergência. Enfermagem em Atenção Primária.

ABSTRACT

PELEGRINI, Alisia Helena Weis. **Production of primary care in the work process of nurses in demand emergency situations.** 2013. 206f. Thesis (Doctorate in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

The present study aimed to analyze the production of primary care in the work process of nurses based on the presence and extension of primary health care (PHC) attributes and demand users in emergency situations. The hybrid methodological strategy that combines quantitative and qualitative approaches was used. This research project was developed with nurses of PHC services, primary care units (PCU) and family health units (FHU) of the Glória/Cruzeiro/Cristal Health Care District and the Southern/Mid-Southern Health Care District of the city of Porto Alegre, Southeastern Brazil. In the first stage of this study, qualitative data were collected through semi-structured interviews with 18 nurses. In the second stage, quantitative data were collected with the Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil, professional version, including 52 nurses. Qualitative data were treated with the thematic content analysis technique. The NVivo6 software program was used for the operationalization of the qualitative analysis. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software was used to organize the quantitative data and perform the statistical analyses. This research project was approved by the Research Ethics Committee of the City of Porto Alegre Department of Health. Based on the nurses' responses to the PCATool, professional version, the FHU were those with the greatest presence and extension of PCH attributes. However, there is need for the development and improvement of certain attributes. There are important barriers to access in both units studied. The “longitudinality” attribute was much better assessed in the FHUs than PCUs. The “coordination-integration of care and information systems” attribute showed good results in both health units studied. The results found for the “integrality-services available and services provided” attribute were better in the FHU than PCU. The “family orientation” attribute led to results that were very well assessed in both units studied. The results of the “community orientation” attribute had variations and the FHUs showed better results. In this sense, the analysis of the PHC structure and process from the perspective of the attributes point to the influences of the service structure on nurses' conception, operationalization of care and users' search for services. According to the nurses' reports, it is possible to identify that the care provided to users in emergency situations is an integral part of the work routine. The importance of the nursing team, especially nurses, in the care service should be emphasized, as they use structured clinical knowledge. It was evident that the referrals of users from the PHUs to emergency services are associated to the complexity of cases requiring services with adequate technological capacity and to the insufficient infrastructure of health units with regard to medications, equipment and physical space. The present study indicated the lack of instruments to guide the assessment of users in emergency situations and difficulties in interacting with the *Serviço de Atendimento Móvel de Emergência* (SAMU – Mobile Emergency Care Service). Additionally, there was a contradiction between the responsibilities and the purpose of care for users in emergency situations in the PHUs.

However, nurses make an effort in the development of their activities to gather knowledge and interact with other professionals and traditional emergency services, aiming to provide care for users in emergency situations. The potential of longitudinality and access must be explored, as they enable the broadening of one's perspective of users in emergency situations, and the strengthening and integration of the PHUs with the emergency service network.

Keywords: Primary Health Care. Production of Care. Work Process in Health. Emergency Medical Services. Primary Care Nursing.

RESUMEN

PELEGRINI, Alisia Helena Weis. **Producción de cuidado primario en salud en el proceso laboral de los enfermeros y para atención en condición de urgencia.** 2013. 206 h. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Se objetivó analizar la producción de cuidado primario en salud en el proceso laboral de los enfermeros en base a la presencia y la extensión de los atributos de la atención primaria de salud (APS) y para atención de pacientes en condición de urgencia. Se utilizó la estrategia metodológica híbrida de combinación de abordajes cualitativos y cuantitativos. Investigación desarrollada con enfermeros de los servicios de APS, unidades básicas de salud (UBS) y unidades de salud de la familia (USF) del Distrito Asistencial Glória/Cruzeiro/Cristal y del Distrito Asistencial Sur/Centro Sur del municipio de Porto Alegre. En la primera etapa de la investigación, fueron recolectados datos cualitativos mediante entrevista semiestructurada con 18 enfermeros. En la segunda etapa se recogieron datos cuantitativos utilizando el instrumento *Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil*, versión profesionales, con 52 enfermeros. Los datos cualitativos fueron tratados según análisis de contenido temático. Se utilizó el software NVivo6 para la gestión del análisis cualitativo. Para organizar los datos cuantitativos y realizar el análisis estadístico se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre. Conforme las respuestas de los enfermeros al instrumento PCATool-versión profesionales, las USF son las que presentan mayor presencia y extensión de los atributos de la APS, aunque hay necesidad de desarrollo y mejora de algunos de los atributos. Existen importantes barreras de acceso en las dos unidades estudiadas. El atributo longitudinalidad fue mejor evaluado en las USF que en las UBS. El atributo coordinación – integración de cuidados y sistemas de información expresan buenos resultados en las dos unidades de salud estudiadas. El atributo orientación comunitaria tuvo variaciones en sus resultados, aunque los mejores resultados fueron obtenidos en las USF. En este sentido, el análisis de estructura y proceso de la APS bajo la óptica de los atributos expresa las influencias de la estructura del servicio en la concepción de los enfermeros, en la operatividad de las atenciones y en la procura del servicio por los pacientes. De acuerdo con los testimonios de los enfermeros, es posible identificar que la atención de pacientes en condición de urgencia es parte integral de la rutina de trabajo. Se destaca la importancia del equipo de enfermería en la atención y, especialmente, el enfermero, que hace uso del conocimiento clínico estructurado. Resultó evidente que las derivaciones de pacientes de la APS hacia los servicios de urgencia y emergencia están relacionadas con la complejidad de los casos que exigen de servicios con capacidad tecnológica adecuada e infraestructura insuficiente de la unidad en lo atinente a medicamentos, equipamiento y espacio físico. Resultó señalada la falta de instrumentos que orientan la evaluación de los pacientes en situación de urgencia y dificultades en las relaciones con el SAMU. Se observó también contradicción entre las responsabilidades y la finalidad en la atención de pacientes en condición de emergencia en la APS. Sin embargo, existe un esfuerzo de

los enfermeros en el desarrollo de sus actividades enfocado a disponibilizar conocimientos y efectuar articulaciones con los profesionales y con los servicios tradicionales de urgencias para encargarse de la atención de pacientes en condición de urgencia. La potencialidad de la longitudinalidad y del acceso deben ser estudiadas, pues permiten ampliar la visión sobre el paciente en condición de urgencia, fortalecer e integrar a la APS a la red de atención de urgencias.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud. Producción de Cuidado. Proceso de Trabajo en Salud. Servicios Médicos de Urgencia. Enfermería de Atención Primaria.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Escore geral da APS calculado a partir das respostas dos enfermeiros ao questionário PCATOOL – versão para profissionais - quanto ao Distrito e ao tipo de Serviço de saúde. Porto Alegre, 2012	68
Tabela 2	Médias dos escores para cada atributo da APS atribuídos pelos enfermeiros na relação entre Distrito e Serviço de Saúde. Porto Alegre, 2012	69
Tabela 3	Escore dos atributos essenciais da APS identificados a partir da análise das respostas dos enfermeiros quanto ao Distrito e ao tipo de Serviços de Saúde. Porto Alegre, 2012	70
Tabela 4	Médias e desvio padrão dos escores para o atributo acesso de primeiro contato atribuídos pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012	71
Tabela 5	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece alguém do seu serviço o atende no mesmo dia”. Porto Alegre, 2012.	73
Tabela 6	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “é fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde no seu serviço de saúde”. Porto Alegre, 2012.	74
Tabela 7	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem e o acolhimento)”. Porto Alegre, 2012.	75
Tabela 8	Médias e desvio padrão dos escores para o atributo longitudinalidade atribuídos pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012.	76
Tabela 9	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas”. Porto Alegre, 2012	78
Tabela 10	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você	78

	atende”. Porto Alegre, 2012	
Tabela 11	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas”. Porto Alegre, 2012	79
Tabela 12	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você sabe quem mora com cada um de seus pacientes”. Porto Alegre, 2012	80
Tabela 13	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro”. Porto Alegre, 2012	81
Tabela 14	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles”. Porto Alegre, 2012	82
Tabela 15	Atributo coordenação – integração de cuidados - atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012	84
Tabela 16	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado”. Porto Alegre, 2012	85
Tabela 17	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta”. Porto Alegre, 2012	86
Tabela 18	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você tem conhecimento todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados”. Porto Alegre, 2012	87
Tabela 19	Atributo coordenação – sistema de informação - atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012	88
Tabela 20	Atributo integralidade – serviços disponíveis - atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012	89
Tabela 21	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”. Porto Alegre, 2012	90

Tabela 22	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama”. Porto Alegre, 2012	91
Tabela 23	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)”. Porto Alegre, 2012	93
Tabela 24	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “avaliação da saúde bucal”. Porto Alegre, 2012	94
Tabela 25	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “tratamento dentário”. Porto Alegre, 2012	95
Tabela 26	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”. Porto Alegre, 2012	96
Tabela 27	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)”. Porto Alegre, 2012	97
Tabela 28	Atributo integralidade - serviço prestado - atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012	98
Tabela 29	Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando”. Porto Alegre, 2012	99
Tabela 30	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa”. Porto Alegre, 2012	101
Tabela 31	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária”. Porto Alegre, 2012	102
Tabela 32	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “possíveis exposições a substâncias perigosas, no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente”. Porto Alegre, 2012	103
Tabela 33	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “como prevenir quedas”. Porto Alegre, 2012	104

Tabela 34	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças”. Porto Alegre, 2012	105
Tabela 35	Atributo orientação familiar, atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012	106
Tabela 36	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes”. Porto Alegre, 2012	107
Tabela 37	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar”. Porto Alegre, 2012	108
Tabela 38	Atributo orientação comunitário atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012	109
Tabela 39	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares”. Porto Alegre, 2012	110
Tabela 40	Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende”. Porto Alegre, 2012	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ANOVA	Análise de variância
APS	Atenção Primária à Saúde
CSEM	Centro de Saúde-Escola Murialdo
CSVC	Centro de Saúde Vila dos Comerciários
ESF	Estratégia Saúde da Família
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
<i>PCATool</i>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCPC	<i>Johns Hopkins Primary Care Policy Center</i>
PPGENF/UFRGS	Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
PSF	Programa de Saúde da Família
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Unidades Federais
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBF	Unidades de Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
2	ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS ENFERMEIROS: CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	35
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	44
4	METODOLOGIA	56
4.1	TIPO DE ESTUDO	56
4.2	LOCAL DA PESQUISA	57
4.3	COLETA DE DADOS	59
4.3.1	Primeira etapa: coleta de dados qualitativos	59
4.3.2	Segunda etapa: coleta de dados quantitativos	60
4.3.3	Participantes da etapa quantitativa	62
4.4	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	63
4.4.1	Primeira etapa: análise qualitativa	63
4.4.2	Segunda etapa: análise dos dados quantitativos	64
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	65
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	67
5.1	RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA	67
5.1.1	Escore geral	67
5.1.2	Escore essencial	69
5.1.3	Estratificação das análises por atributo da atenção primária à saúde	70
5.1.3.1	Atributo acesso de primeiro contato	71
5.1.3.2	Atributo longitudinalidade	76
5.1.3.3	Atributo coordenação – integração de cuidados	83
5.1.3.4	Atributo coordenação – sistemas de informação	88
5.1.3.5	Atributo integralidade – serviços disponíveis	89
5.1.3.6	Atributo integralidade – serviços prestados	97
5.1.3.7	Orientação familiar	105

5.1.3.8	Orientação comunitária	108
5.2	RESULTADOS DA ETAPA QUALITATIVA	112
5.2.1	Usuários em situação de urgência na APS	112
5.2.2	Atendimento de usuários em situação de urgência na APS	114
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	123
6.1	ATRIBUTOS DA APS E ATENDIMENTO DE USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	123
6.2	USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA NA APS	139
6.3	ATENDIMENTO DE USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	143
7	CONCLUSÕES	159
	REFERÊNCIAS	165
	APÊNDICE A – Roteiro para entrevista	183
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	184
	APÊNDICE C – Manual de Instruções para a coleta de dados com enfermeiros utilizando o PCATool– Brasil, versão profissionais	185
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão profissionais	193
	ANEXO A – <i>Primary Care Assessment Tool</i> – PCATool-Brasil, versão profissionais	195
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	204
	ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – projeto da tese	205
	ANEXO D – Adendo ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para inclusão do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul	206

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada imprescindível para melhorias nas condições de saúde da população e constitui uma das estratégias prioritárias para a reorganização do sistema de saúde brasileiro (CUNHA; GIOVANELLA, 2009). Pesquisas de Starfield (2002), Macinko, Starfield e Shi (2003) apontam que sistemas de saúde orientados pela APS apresentam resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários.

A APS corresponde ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde, no qual são desenvolvidas ações individuais e coletivas voltadas para a prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da vida (BRASIL, 2006a). Ela também deve assistir usuários que apresentam quadro agudo ou crônico agudizado, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que podem gerar sofrimento, seqüela ou morte (BRASIL, 2006b; OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Os enfermeiros que atuam nesses serviços desenvolvem atividades de produção do cuidado e gestão de projetos terapêuticos voltados para o indivíduo, monitoramento da situação de saúde da população, gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para a produção do cuidado em âmbito individual e coletivo (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2011). Nessa área de atuação, os enfermeiros prestam assistência a indivíduos e famílias em unidades de saúde, nos diferentes ciclos vitais, em domicílio e nos espaços comunitários, exercendo, predominantemente, consultas de enfermagem, visitas domiciliares e grupos educativos (COLOMÉ, 2013).

Nesse cenário de atenção, há demanda crescente de usuários com problemas, necessidades, e reivindicações para serem atendidas e resolvidas, com destaque para os usuários com problemas de saúde agudos e crônicos agudizados. O quadro agudo é caracterizado por complicações à saúde de duração limitada, manifestações abruptas, autolimitadas, com diagnóstico e prognóstico comumente efetivos e passíveis de cura (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010).

Estudo realizado por Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) apontou que casos agudos e urgentes correspondem a 54% do total de atendimentos da demanda

espontânea em uma unidade básica de saúde (UBS). No entanto, Trad et al. (2002), Lapa et al. (2006), Santos e Assis (2006), Shimizu et al. (2004), Viana e Assis (2010) e Carvalho et al. (2010) evidenciaram as dificuldades que os serviços de Atenção Básica à Saúde¹ têm para atender usuários da demanda espontânea que necessitam de atendimento imediato. O caso agudo, apesar de necessitar atendimento no dia, pode não ser priorizado e as atividades desenvolvidas podem apresentar caráter imediato e pouco resolutivo.

Contudo, o acolhimento da demanda espontânea (BRASIL, 2011a) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011b) estabelecem que o atendimento a usuários em situação de urgência é uma das finalidades do trabalho nos serviços de APS.

A Política Nacional de Atenção às Urgências no artigo 6º da Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011b), estabelece que a finalidade do componente ABS seja a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e a responsabilização pelo primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência e encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Dessa forma, nos serviços de APS os profissionais de saúde devem acolher e atender os usuários em situação de urgência de baixa complexidade, como por exemplo, crise hipertensiva, crise convulsiva, hipoglicemia, bem como oferecer suporte às urgências graves, no que se refere ao primeiro atendimento e ao transporte ágil (BRASIL, 2011a; BRASIL 2011b).

Esta composição da atenção às urgências evidencia a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de atenção para formar uma rede assistencial, de forma que cada serviço complemente a ação de outro por meio de mecanismos organizados e pactuados (BRASIL, 2011b).

Diversos pesquisadores têm se posicionado favoravelmente ao atendimento dos usuários em situação de urgência de baixa complexidade na APS, visto que esses serviços têm o potencial de propiciar continuidade da assistência, necessária para uma

¹ Atenção Básica à Saúde (ABS) é a expressão oficial utilizada pelo governo brasileiro referente ao primeiro nível de atenção à saúde, já a Atenção Primária à Saúde é uma terminologia utilizada mundialmente, mas ambas com significados semelhantes.

melhor abordagem dos problemas de saúde (GENTILE et al., 2010; KALEMOGLU et al., 2004; PASSARÍN et al., 2006). As situações de urgência exigem uma intervenção imediata, sendo que avaliar, priorizar e realizar os cuidados e/ou encaminhamentos pertinentes a cada caso são atribuições dos profissionais que atuam na unidade de saúde.

Com base nessas considerações, definiu-se como foco deste estudo o processo de trabalho dos enfermeiros na APS no atendimento a usuários em situação de urgência. O interesse nesse tema decorre da minha atuação profissional como docente e que foi se solidificando com a minha participação no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) e nas atividades de assistência ao ensino de graduação, desenvolvidas enquanto bolsista REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Unidades Federais) no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF UFRGS).

A inserção no projeto de pesquisa “Estruturação da Rede de Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre para o Atendimento às Situações de Urgência”, foi decisiva para reforçar a necessidade de explorar o atendimento de situações de urgência em APS. Resultados de pesquisas vinculados a este projeto evidenciam a necessidade de investigar referida temática (CICONET, 2009; MARQUES, 2010; ACOSTA, 2012; GEHLEN, 2012) .

No estudo de Ciconet (2009), parcela de usuários atendidos pelo atendimento pré-hospitalar móvel era encaminhada para avaliação e consulta em hospitais, sendo que estas eram de caráter praticamente eletivo, o que de certa forma, prejudicava o usuário na continuidade do seu tratamento. Aliado a isso, pesquisa de Marques (2010) com profissionais de saúde e usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) mostrou que existem dificuldades da APS em assumir a responsabilidade pelos pacientes em situações agudas, por isso o SAMU passava a ser um recurso potente para o acesso e a resolutividade do problema, mas que não garantia a continuidade do atendimento.

Acosta (2012) mostrou dificuldades de usuários de serviço de emergência hospitalar, tanto em situações agudas quanto em ações continuadas, pois eles se queixavam do sistema de agendamento das consultas e da demora por atendimento nos serviços de APS, ao passo que nos serviços de emergência o atendimento era ágil. Pesquisa de Gehlen (2012) com enfermeiras de um serviço de pronto atendimento demonstrou que elas desenvolviam atendimento de APS, como ações preventivas, pois a

maioria dos usuários que utilizavam esse serviço possuíam agravos que poderiam ser atendidos em APS.

Por outro lado, tem-se observado dificuldades de organização e insuficiência de estratégias das equipes de saúde da APS para lidar com os usuários que não têm atendimento agendado. Nesses serviços, a triagem e o acolhimento têm priorizado o atendimento da queixa dos usuários. Os técnicos e auxiliares de enfermagem são os profissionais de saúde que ficam na linha de frente para atendimento à demanda espontânea, os enfermeiros são acionados quando a situação apresentada pelo usuário é mais urgente. O processo de trabalho dos enfermeiros tem como foco a realização de ações assistenciais, gerenciais, preventivas e de promoção da saúde (KAWATTA et al., 2009; WEIRICH et al., 2009), sendo que o atendimento às situações de urgência não é reconhecido como finalidade do trabalho nas unidades de saúde e por isso não é valorizado como prática importante em âmbito primário.

Estudo realizado com enfermeiras da rede municipal de saúde de Porto Alegre identificou a priorização dos casos urgentes como uma das competências gerais da enfermeira na atenção básica, mas que necessita de critérios para proceder à priorização, pois estes não são definidos na APS (WITT, 2005).

Contudo, investigações internacionais têm mostrado que a APS oferece atendimento adequado e resolutivo a usuários que estão em situação de urgência (DIAS NOVAS; GUINART ZAYA, 2008; LEGA; MENGONI, 2008; VOS et al., 2008). Valdivieso et al. (2008) destacam que os enfermeiros de triagem da atenção primária são imprescindíveis para o atendimento de urgência, pois eles recebem, acolhem, classificam o quadro de urgência, agilizam a atuação diante das situações de urgência graves, solucionam parte das visitas urgentes que chegam ao serviço e melhoram a educação sanitária dos usuários otimizando a qualidade da assistência.

Diante disso, pretende-se com este estudo contribuir para a visibilidade do trabalho dos enfermeiros em APS no atendimento de usuários em situação de urgência e colaborar com a produção e divulgação do conhecimento sobre a temática para a área da enfermagem.

2 ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELOS ENFERMEIROS: CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

O atendimento nos serviços de APS geralmente está organizado por meio de consultas agendadas aos profissionais (demanda programada) e aos atendimentos de usuários com necessidade de atendimento no dia, mas que não estavam agendados (demanda espontânea).

Conforme Santana (2008), a demanda programada está voltada para o acompanhamento de usuários com problemas de saúde crônicos com o desenvolvimento de ações preconizadas. Dessa forma, a demanda programada configura um atendimento agendado, seja pelo intuito do próprio usuário ou pela concretização da busca ativa do funcionário em relação ao usuário. A busca ativa pressupõe um prévio diagnóstico individual (ou coletivo) referente a um problema de saúde que precisa ser evitado ou tratado. Os usuários frequentemente são crianças, gestantes e portadores de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tuberculose e hanseníase, consideradas prioridade na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os usuários procuram as unidades de saúde para solicitar e marcar o atendimento; em alguns desses espaços o agendamento de consulta ocorre no acolhimento, em outros são distribuídas fichas de acordo com a ordem de chegada do usuário.

A demanda espontânea é objeto de intervenção em saúde na APS e está relacionada com situações imediatas de atendimento ou eventuais, sem que haja agendamento prévio no serviço de saúde, tais como, agravos agudos, queixas de usuários, solicitações de procedimentos técnicos, prescrição médica, exames, consultas, entre outros.

Para Moyses (1997), a demanda espontânea é caracterizada por usuários que buscam atendimento por sua autopercepção sobre problema de saúde ou por alguma intercorrência clínica. Santana (2008) destaca que a demanda espontânea é aquela considerada imprevisível e que as práticas para o seu atendimento são frágeis, dentre elas se destacam o vínculo, a responsabilidade e o compromisso entre profissional da saúde e usuário. Assim, a demanda espontânea, também conhecida como circunstancial,

representa a necessidade auto-percebida pelo usuário, para resolução imediata do seu problema ou necessidade de saúde, o que resulta na procura do serviço de saúde.

A demanda espontânea correspondia a 79% dos atendimentos realizados na Atenção Básica à Saúde (ABS) em um município de médio porte do interior de Minas Gerais, enquanto os 21% restantes destinavam-se à demanda programada (ESPERANÇA; CAVALCANTE; MARCOLINO, 2006).

Na demanda espontânea, os usuários podem procurar o serviço de saúde por situações de urgência, por complicações de um processo doentio, como níveis pressóricos elevados ou hiperglicemia. Inclui-se também a exigência de um atendimento médico, seja para a avaliação de um exame, por uma queixa específica aguda, para um encaminhamento a outro serviço ou especialidade médica ou para requerer medicamentos com ou sem prescrição em receita (SANTANA, 2008). Os atendimentos realizados em consultas médicas que não foram agendados são denominados “fora do dia” apresentando características de pronto atendimento voltado para a queixa principal (RAMOS, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) propõe a integração entre a demanda programada e a demanda espontânea através da articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. A Política ressalta a necessidade de programação e implementação de práticas de saúde, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.

Entretanto, Santana (2008) destaca que a ocorrência de demanda que não estava programada para determinada ocasião e as providências adotadas, denotam a insuficiência de planejamento prévio no serviço de saúde resultando no descontentamento do usuário e na baixa qualidade da assistência ofertada.

O estudo de Rosa (2006) mostrou que os profissionais de saúde em uma unidade de ESF têm dificuldades para atender os imprevistos na demanda espontânea. Oliveira e Trindade (2010) destacam a insuficiente formação dos profissionais de saúde em relação aos conhecimentos sobre condutas para o atendimento às situações de urgência de qualquer natureza, dessa forma, ao se depararem com essas situações, encaminham o usuário para um serviço de maior complexidade (como pronto-socorro, emergência hospitalar, etc.). Muitas vezes, esses usuários são encaminhados sem que sejam

avaliados pela enfermeira e pelo médico e estabilizados adequadamente, por insegurança de como proceder ao atendimento. Oliveira e Trindade (2010) destacam também a necessidade de readequação da área física, disponibilidade de medicamentos e materiais que possibilitem as condições necessárias para a realização do atendimento até a viabilização de transporte adequado para transferência de usuários.

Com isso, concordando com Rosa (2006), mesmo que na ABS se privilegiem atividades de prevenção e promoção da saúde, não se pode negar ou tomar como menos importantes as ações de caráter curativo de situações de doenças ou agravos que usualmente caracterizam a demanda espontânea. São os profissionais que decidem como irão operar o trabalho, por isso torna-se importante refletir sobre a impossibilidade de prever o adoecimento, uma vez que a doença “não marca hora, não marca dia para chegar” (ROSA, 2006, p.103).

O tempo destinado para o atendimento à demanda espontânea gera desconforto entre os trabalhadores, pois dificulta sua dedicação às outras atividades da Estratégia Saúde da Família, como visitas domiciliares, grupos prioritários, consultas de pré-natal, puerpério, puericultura, entre outras (RONZANI; SILVA, 2008). Em contrapartida, a priorização de ações programáticas voltadas para grupos específicos subsume o atendimento à demanda espontânea, que passa a não ser finalidade do trabalho.

Pesquisa realizada por Shimizu e Rosales (2009) em uma Unidade do Programa Família Saudável de São Sebastião, Distrito Federal, mostrou, no que se refere às práticas de atenção individual, que grande parte da agenda de trabalho na equipe de saúde é destinada para a resolução de problemas da demanda espontânea, atendimento clínico individual e de baixa complexidade. Os usuários passavam pela triagem, que era realizada pelo auxiliar de enfermagem; os casos mais urgentes eram atendidos no mesmo dia e os demais tinham a consulta agendada para outra data. Essa triagem tinha como finalidade principal diminuir o tempo das consultas, as quais eram direcionadas apenas para a queixa do paciente e solucionadas com a prescrição de medicamentos.

A oferta restrita de serviços, aliada às dificuldades de acolhimento nas situações agudas e urgentes, faz com que usuários procurem atendimentos em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo que os serviços de urgências correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada, além de representarem, no imaginário da população, o local que detém maior concentração tecnológica (MARQUES et al., 2011).

Oliveira, Mattos e Souza (2009), Marques e Lima (2007) e Garlet et al. (2009) identificaram que os usuários preferem utilizar os serviços de urgência ao invés das unidades e profissionais de saúde com o qual possuem vínculo, nas situações em que percebem comprometimento de sua saúde.

Entre os profissionais de saúde existe divergência sobre o perfil da urgência. A organização dos processos de trabalho nos diferentes serviços de saúde, seja no hospital ou na APS, faz com que os profissionais priorizem os problemas a serem atendidos segundo um conjunto de conhecimentos que determinam uma dada organização dos saberes e dos serviços. Assim, para as unidades hospitalares, as queixas que deixam de ser urgentes, ditas eletivas são características do perfil das unidades básicas ou especializadas ambulatoriais, sendo então, os pacientes para lá encaminhados. Nas unidades básicas ou especializadas, a queixa aguda pode não ser reconhecida como uma prioridade, porque seu perfil é entendido como sendo de serviços de urgência (MARQUES; LIMA, 2007).

Para Marques (2010), a atuação dos serviços de ABS estabelece pouca ou nenhuma flexibilidade para o atendimento de demandas que fogem do seu cardápio de oferta. Dessa forma, há dificuldades em assumir a responsabilidade pelos usuários, pois ficam sem apoio nas situações agudas de baixa densidade tecnológica.

As dificuldades apontadas para atender a demanda espontânea na APS podem estar associadas com dificuldades técnicas do profissional em intervir sobre o problema de saúde, com infra-estrutura inadequada e concepção dos profissionais sobre a finalidade do trabalho. Os usuários, por outro lado, manifestam descontentamento nas filas de espera, para conseguir atendimento no dia que julgam precisar e quando não há fichas suficientes para consultas médicas.

O atendimento de usuários na demanda espontânea segue a lógica fragmentada voltada para ações curativas, superficiais e limitadas, respondendo a demandas pontuais. Entretanto, nos momentos de interação entre profissionais de saúde e usuários, é importante considerar o contexto da situação ou do problema trazido ou identificado, pois essa compreensão aliada ao conhecimento técnico permite que os profissionais possam identificar demandas de saúde, selecionar as intervenções adequadas e ampliar as possibilidades de respostas aos usuários, para além da lógica fragmentada.

Considerando essa concepção, as atividades dos enfermeiros no processo de trabalho orientado pelos atributos da atenção primária à saúde (atenção ao primeiro

contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, acessibilidade, variedade de serviços, orientação familiar, orientação comunitária e continuidade), colaboram com a reorganização de práticas de saúde com centralidade no usuário e com a produção do cuidado primário em saúde.

Os estudos do processo de trabalho permitem compreender o modo como os profissionais desenvolvem suas atividades. Isso é possível por meio de análises do objeto de trabalho, ou seja, o foco do cuidado das práticas de saúde individuais e coletivas; os instrumentos utilizados para a operacionalização do trabalho; o resultado do trabalho desenvolvido; as relações que se estabelecem no desenvolvimento do processo de trabalho e sua articulação com os processos políticos e estruturais (SOUZA et al., 2010; ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 1999).

O enfermeiro opera seu trabalho se articulando com o trabalho dos demais profissionais da saúde e utilizando diversas tecnologias materiais e não materiais para intervir sobre o processo saúde-doença de indivíduos, famílias e comunidade. O enfermeiro também tem assumido diversos papéis na realização do cuidado, dentre eles o de educador, prestador de cuidados permanentes no território, planejador e articulador de ações, o que tem lhe proporcionado maior autonomia no trabalho em nível primário de atenção (XIMENES NETO et al., 2007).

Segundo Nascimento e Nascimento (2005) e Costa e Miranda (2008), os enfermeiros têm se configurado como sujeitos transformadores do modelo de atenção, por meio da adoção de novas práticas e dinâmicas de trabalho favoráveis às propostas da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS), para obtenção melhorias nos perfis de saúde de muitos municípios no Brasil. Eles estão atuando como agentes de mudança, em busca de novas práticas que melhor acolham e resolvam os problemas dos usuários em âmbito clínico, preventivo e de promoção da saúde, conforme destacam estudos de Franco, Bueno e Merhy (1999), Takemoto e Silva (2007), Ramos e Lima (2003) e Mishima et al. (2010). Dessa forma, têm assumido, um papel social e político relevante para a construção social da saúde, para a legitimidade da sua prática e de avanços da profissão.

Considera-se que o processo de trabalho em saúde orientado pelos atributos da APS produz cuidado primário em saúde. A APS pode ser compreendida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade,

intersectorialidade, participação social, entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010), os quais foram consagrados na Conferência da Organização Mundial da Saúde de 1978 em Alma Ata.

Conforme Matumoto et al. (2005), ao produzir um ato de saúde, o trabalhador da enfermagem intervém sobre problemas de saúde; com isso a forma de caracterização e abordagem do distúrbio/disfunção/transtorno identificado interfere diretamente no resultado que pode alcançar e na satisfação da necessidade do usuário. Dessa forma, o cuidado primário de saúde é, também, produto do trabalho da enfermagem. A representação do problema faz o trabalhador desenhar em seu pensamento a ação e a escolha de instrumentos e recursos.

Um dos grandes desafios dos serviços de saúde é reconhecer a demanda dos usuários e articulá-la com a oferta de ações de saúde (PINHEIRO, 2001). Para Camargo Júnior (2005), a demanda é o resultado de um processo de negociação entre atores representantes de diversos saberes e experiências. Ou seja, no instante em que nos serviços de saúde há um pedido de intervenção, já está instituída a demanda. A partir do momento em que o atendimento é desencadeado, o evento ou o agravo se mostrará como redutível ou não diante do conjunto de intervenções, isso reforça a necessidade do acolhimento das demandas nos serviços de saúde. Ao longo dessa negociação é possível distinguir quais os problemas que estão envolvidos e quais demandam intervenção de outra natureza, como as sociais, econômicas, ambientais entre outras. O problema de saúde, de acordo com Starfield (2002), pode ser um sintoma, um sinal, um exame laboratorial anormal ou a necessidade de realização de algum procedimento.

As demandas expressam intenções e desejos dos usuários ou a atitude do indivíduo em procurar o serviço de saúde, obter acesso e se beneficiar com a atenção recebida (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para Cecílio (2001), a demanda pode ser entendida como um pedido que expressa as necessidades dos usuários, pode-se efetivar por meio de uma consulta, de realização de exames e de consumo de medicamentos e procedimentos, que representam a forma como os serviços estão organizados. Por outro lado, as necessidades dos usuários podem ser outras, como a busca de respostas às situações socioeconômicas, às condições desfavoráveis de vida, à violência, à solidão, à

necessidade de vínculo com algum serviço ou profissional, ou ao acesso a alguma tecnologia que possa contribuir com melhorias na qualidade de vida.

Segundo Pinheiro (2005), a demanda é construída no cotidiano e é resultado da interação entre normas e práticas que orientam o indivíduo, os profissionais e a instituição. Essa interação ocorre na relação com a oferta nos serviços de saúde.

Franco e Merhy (2005) referem que a demanda nos serviços de saúde está relacionada com o modo de produção do cuidado e a construção de significados para o serviço de saúde, realizada pelos usuários na busca cotidiana por assistência. O usuário, quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta através de fluxos comunicantes por onde circulam ofertas, demandas, desejos, realizações, expectativas, satisfação de necessidades e é nesse encontro que se produz o cuidado ou o descuidado. A percepção do usuário sobre o que o serviço de saúde oferta para resolver seu problema constitui um dos motivos pela procura do serviço. As tensões existentes nos serviços de saúde entre profissionais e usuários ocorrem, muitas vezes, devido à desarticulação entre a demanda do usuário e a oferta de ações e serviços de saúde, representada por práticas assistenciais, no momento do encontro.

A demanda se constrói a partir da oferta, da não contemplação de determinadas necessidades por outros serviços e do fato de que os usuários associam a solução dos seus problemas a produtos realizados pelos serviços (como os procedimentos). Nesse último aspecto, observa-se que o usuário forma uma imagem (que é resultado de suas experiências e/ou de influência de outros usuários do serviço de saúde, como familiares e amigos) que coloca no procedimento toda a expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade é um recurso limitado (FRANCO; MERHY, 2005).

O usuário atribui um significado ao exame e ao procedimento como se fossem responsáveis por todo o processo de cuidado, como se essas tecnologias pudessem proteger sua saúde, proporcionar-lhe satisfação e atender suas necessidades, quando de fato é apenas uma parte do conjunto de ações de saúde. A construção do procedimento como indispensável à saúde leva à produção imaginária da demanda, capaz de induzir o usuário a solicitar o uso de tecnologias e não o cuidado (FRANCO; MERHY, 2005).

Para Marques (2010), a procura pelo serviço de saúde envolve fatores que definem a escolha do usuário, dentre eles a gravidade ou a urgência do problema e a tecnologia disponível. Marques e Lima (2007); Ramos e Lima (2003); Shimith e Lima (2004); Lima et al. (2007) e Dall'AgnoI, Lima e Ramos (2009) incluem, nessa procura,

a resolutividade da atenção, o acolhimento, as condições de acesso, a agilidade no atendimento, as experiências dos usuários, familiares e amigos, agilidade na marcação de exames e encaminhamentos para outros serviços da rede assistencial e o vínculo estabelecido entre usuários, profissionais, serviços e Sistema de Saúde.

Marques (2010) destaca que aspectos relacionados à insegurança no manejo das situações imprevistas e o vínculo com os profissionais de saúde podem interferir na procura por determinado serviço de saúde. A procura por determinado tipo de serviço de saúde pelo usuário está diretamente relacionada com uma auto-avaliação que ele faz de seu estado de saúde e de sua percepção sobre o serviço de saúde. A procura ocorrerá de acordo com sua percepção do que é simples ou grave, e dessa forma, ele selecionará o melhor serviço conforme sua percepção, por isso, quase sempre é uma procura espontânea.

Para Travassos et al. (2004), a oferta de serviços de saúde está relacionada com a disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados para a atenção à saúde. Ela é influenciada pela localização geográfica, pela cultura biomédica dos profissionais e pela ideologia do prestador.

Nessa perspectiva, tanto a demanda quanto a oferta apresentam como elementos a saúde, a doença e a cura. Esses elementos tendem a reduzir o sujeito pela objetivação da doença, desconsiderando o contexto de vida em que ele está inserido, limitando-se dessa forma, as opções de respostas aos problemas de saúde apresentados (PINHEIRO, 2005). A centralidade da atenção no procedimento para a produção do cuidado contribui para a formação de opinião, entre os usuários, de que esse é o caminho para se construir o cuidado (FRANCO; MERHY, 2005). Tudo isso impacta a forma como os profissionais de saúde e usuários concebem o serviço de saúde. Desse modo, as demandas em saúde não podem ser traduzidas como necessidades de saúde, pois as respostas técnicas, objetivas e quantificáveis não dão conta da complexidade do processo saúde e doença que envolve os indivíduos e as coletividades (CAMARGO JÚNIOR, 2005).

Para a produção do cuidado, não se pode incluir apenas a dimensão técnica do processo de intervenção sobre a saúde e a doença, é preciso investir nas relações entre os sujeitos envolvidos, nos processos de trabalho e nas ações de saúde, e tornar o usuário objeto do trabalho em saúde, considerando a dimensão objetiva e subjetiva que

o caracterizam como sujeito social, com aspirações, desejos e história de vida (PINHEIRO et al., 2005).

Por isso, o processo de trabalho dos profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, é importante unidade de análise para a compreensão e transformação das atividades desenvolvidas, com destaque, a apreensão e compreensão do objeto de trabalho que pode contribuir com mudanças na forma como os serviços de saúde são prestados.

Considerando o contexto apresentado, a questão que norteou o estudo foi: **Qual a configuração da produção de cuidado primário em saúde nos atendimentos prestados pelos enfermeiros a usuários em situações de urgência?**

Nesse sentido, foi sintetizado como objeto deste estudo a análise do processo de trabalho dos enfermeiros na APS no atendimento a usuários em situação de urgência.

Com base no exposto e respondendo à questão norteadora, explicita-se a tese que sustenta este estudo:

As atividades dos enfermeiros no processo do trabalho, orientado pelos atributos da atenção primária à saúde, produzem cuidado primário em saúde no atendimento aos usuários em situações de urgência.

O estudo teve como **objetivo geral**:

- analisar a produção de cuidado primário em saúde no processo de trabalho dos enfermeiros, com base na presença e na extensão dos atributos da atenção primária à saúde e no atendimento de usuários em situação de urgência.

Os **objetivos específicos** foram:

- analisar os atributos da atenção primária à saúde no processo de trabalho dos enfermeiros no atendimento de usuários em situação de urgência;

- identificar as situações de urgência atendidas na Atenção Primária à Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o referencial teórico que sustentou o desenvolvimento da pesquisa. Constitui-se pelos seguintes tópicos: Processo de Trabalho em Saúde e Atenção Primária à Saúde.

3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Nesta pesquisa utiliza-se o referencial teórico dos estudos do trabalho em saúde e enfermagem, portanto adota-se a categoria de análise trabalho na perspectiva histórico social. Foram os estudos de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) sobre o processo de trabalho em saúde, baseados na concepção marxista sobre o trabalho, que deram origem à análise das práticas de produção de assistência à saúde e de cuidado.

Para Marx (1975) o trabalho é

um fenômeno que une o homem e a natureza. Um fenômeno no qual o homem adapta, dirige e controla a troca de matéria que faz com a natureza. Age perante a matéria natural, com uma força natural, que pertence ao seu corpo, os seus braços, suas pernas, sua cabeça e as suas mãos; movimentando-as para se apropriar da matéria natural sob uma forma que possa servir a sua própria vida. Agindo sobre a natureza, que lhe é exterior a partir deste movimento e transformando-a, transforma também a sua própria natureza (MARX, 1975, p.78-79).

O trabalho é considerado uma forma especificamente humana, pois antes de realizar a atividade, ele a constrói mentalmente. Na concepção de Marx (1975) o trabalho é compreendido como um processo em que *a atividade do homem* opera transformação, subordinada a um *determinado fim* sobre o *objeto* que atua por meio de *instrumentos* de trabalho e o processo extingue-se ao atingir o *produto final*. Portanto, os elementos componentes do processo de trabalho são: objeto, instrumentos, finalidade e o produto.

O processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência no mundo, mundo que ele modifica e (re) constrói e, ao fazê-lo estabelece relações sociais e objetiva sua subjetividade (ALMEIDA; ROCHA, 1997). O trabalho

não é algo que ocorre isoladamente da realidade, ao contrário, é algo que se desenvolve em uma grande rede relacional, seja através das relações que os homens estabelecem com a natureza, seja com outros homens, que no momento da ação ele transforma (LEOPARDI et al., 1999). Nesse sentido, o trabalho não significa apenas uma forma de sustento material, ele relaciona-se com a constituição das pessoas e com suas relações nos diferentes espaços em que se manifestam, sejam em equipes, grupos, instituições, entre outros (CAMPOS, 2000 a).

Marx (1975) considera que o trabalho é o motor de todos os processos sociais, a categoria chave na compreensão das relações sociais de produção e também para a compreensão do homem. O trabalho humano é caracterizado por um momento antecipatório, idealizado mentalmente, sobre o projeto de trabalho que pretende desenvolver. Essa capacidade humana possibilita entender o processo de desenvolvimento do trabalho e prover os meios necessários para que se alcance o produto almejado. Dessa forma, o trabalhador detém certa sabedoria para saber fazer o trabalho (MERHY, 2007). Mendes-Gonçalves (1992) ao abordar as práticas de saúde tendo como eixo operante o processo de trabalho e as necessidades, desenvolve esta compreensão marxista e reafirma o fato de o homem (diferente dos outros animais) elaborar na sua mente a execução de algum trabalho antes de transformá-lo em realidade.

A compreensão sobre as práticas de saúde está orientada sobre a conceituação de práticas sociais, que segundo Mendes-Gonçalves (1979, p.91) refere-se aos “modos de ação social de um grupo de agentes sociais, tendendo de forma variável a sua integração no conjunto de práticas estruturadas, o que quer dizer também sua participação na constituição de uma determinada forma de organização da sociedade”. Dessa forma, não existe uma relação de externalidade entre as práticas sociais e a sociedade (PEDUZZI, 2008).

Mendes-Gonçalves (1992) descreve o trabalho como um processo em que o trabalhador põe em ação suas energias físicas, musculares e mentais, operando uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos e da finalidade que o orienta na criação de um produto ou resultado, que pode se caracterizar como sendo um bem material ou um serviço.

O processo de trabalho é, então, compreendido como uma transformação de necessidades sociais, que estão na sua origem e desencadeiam outros processos de

trabalho para atender uma necessidade ou um conjunto particular de necessidades (PEDUZZI, 2008). De acordo com Mendes-Gonçalves (1992), as necessidades são constituídas de historicidade e de socialibilidade humana e por isso se modificam conforme variações sócio-históricas.

Para Peduzzi (2008), as necessidades de saúde, carregadas de historicidade e sociabilidade, desencadeiam serviços que são prestados e embasam a configuração geral de um modo de organização e oferta. Desse modo, o produto das ações também é reconhecido como necessidade, que integra um consenso social, compartilhado por trabalhadores da saúde, usuários e gestores como modos legítimos e eficazes de satisfazê-las.

Há relação cíclica de influência mútua entre processo de trabalho e necessidade de saúde, que se desdobra em finalidade, orienta todo o processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 2008) e conforma a organização do trabalho em saúde. A dinâmica nuclear do trabalho expressa a relação recíproca entre os elementos do processo de trabalho que configura um processo de trabalho específico, por isso a necessidade de serem examinados de forma articulada (PEDUZZI, 2008).

Seguindo a concepção marxista, no trabalho em saúde o **objeto** se refere *a quem* os profissionais aplicam o trabalho, ou seja, é o que será transformado por meio da ação do trabalhador, aquilo sobre o que incide o ato. O objeto deve ser reconhecido pelo trabalhador através do saber. Com isso ele pode identificar no objeto a necessidade que precisa ser atendida e dirigir uma ação ou uma intervenção que resultará em um produto que tenha como referência a necessidade identificada (PEDUZZI, 2008). Na área da saúde e enfermagem, esse objeto pode ser o ser humano, família e comunidade em que é dirigida a força de trabalho e os instrumentos de trabalho para produzir o cuidado. Desse modo, o objeto se define através do processo saúde-doença, em nível individual e coletivo. Dependendo do que é identificado como objeto de trabalho desenvolve-se determinada prática de saúde (REIS et al., 2007).

Os **instrumentos** de trabalho apresentam relação recíproca com o objeto de trabalho. Conforme Peduzzi (2008) os instrumentos ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto, pois eles orientam a ação sobre o objeto e refletem-se no produto que resultará de sua aplicação. Os instrumentos de trabalho são os saberes e os materiais necessários para a realização da atividade e podem ser entendidos como tecnologias operantes.

Mendes-Gonçalves (1994), ao estudar a categoria trabalho nas práticas de saúde, traz uma importante contribuição para o estudo do processo de trabalho em saúde, destacando o uso da tecnologia nesse processo. Tecnologia refere-se “aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho através daqueles instrumentos” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.18). Desse modo, adota a concepção de tecnologia como um “conjunto de saberes e instrumentos que expressam os processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática numa totalidade social” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.32). A tecnologia referida pelo autor é o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais na produção de serviços de saúde que, ao darem sentido técnico ao processo, também, lhes dão sentido social articulado. Para apreender o objeto de trabalho, o profissional de saúde utiliza um saber que lhe possibilita “compreender que aquela apreensão não se identifica com um processo meramente intelectual, especulativo ou científico, mas que se desdobra em técnicas materiais e não materiais que encontram no saber seu fio condutor” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.65). Nesse sentido, o trabalhador da saúde é, em diferentes graus de complexidade, detentor de um saber que fundamenta sua ação e o recorte do objeto de intervenção.

A **finalidade** do trabalho, por sua vez, configura a intencionalidade e a racionalidade que orienta a ação gerada para atender as necessidades e os problemas de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, ela está presente no projeto que a preside e acompanha intrinsecamente o exercício cotidiano do trabalho, em que o trabalhador desenvolve o processo de trabalho (PEDUZZI, 2008). A finalidade é uma ação dirigida a um *fim*. Desse modo, pode ser terapêutica, curativa ou de prevenção e promoção da saúde e é desenvolvido, majoritariamente como trabalho coletivo (PIRES, 2008).

O **produto** do trabalho corresponde ao resultado do trabalho realizado. Para Cezar-Vaz (1999), o resultado da ação do trabalho em saúde é ilimitado, no entanto, a identificação é indefinida no que tange ao que foi atingido e transformado, mas a ação é concreta, assim como o sujeito que a realiza. Na área da saúde, o objeto é um ser humano que pensa, sente e reage, sendo ele quem pode dizer se teve sua necessidade satisfeita e em que grau (LEOPARDI et al., 1998).

Conforme Mendes-Gonçalves (1990) o trabalho em saúde não pode ser tomado como mercadoria, pois não produz bens materiais imediatos que servem como meio de

produção de mais-valia e acumulação de capital. O trabalho em saúde produz resultados que correspondem à reprodução das necessidades humanas. Tais necessidades são sócio-historicamente determinadas e exigem acúmulo de saberes capazes de fazer a sociedade mudar enquanto se reproduz.

Assim, o trabalho em saúde enquanto um modo de trabalho específico produz um produto que é consumido no mesmo momento em que é produzido (ALMEIDA; ROCHA, 2000; MERHY, 2007). Este produto é então resultado de arranjos instrumentais que interagem entre si na relação com a finalidade em que as necessidades de saúde estão postas, nos momentos de encontro entre trabalhadores da saúde e usuários em ato, que pode acontecer tanto em âmbito individual quanto em âmbito coletivo.

O produto é a própria **produção do cuidado** que é dependente da forma como o trabalho em saúde se organiza e da dinâmica operante entre a finalidade e os instrumentos de trabalho sobre o objeto.

A dinâmica relacional entre os elementos do processo de trabalho no contexto da APS configura a produção do cuidado primário em saúde. Essa produção é influenciada pelo contexto histórico e social de construção e operacionalização do SUS.

A produção do cuidado primário em saúde pode ser apreendida olhando-se para o desenvolvimento dos atributos da APS, atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária (STARFIELD, 2002). Dessa forma, os atributos da APS constituem-se como eixo orientador para a produção do cuidado primário em que o processo de trabalho opera. A dinâmica dessa produção evidencia os modos de produção do cuidado e demonstra potencial para desencadear processos de transformação das práticas e redirecionar o modelo de atenção à saúde em APS.

Para Assis et al.(2010) a produção de cuidado está vinculada a um fazer integral, corresponsável e resolutivo. Para compreensão da produção do cuidado impõe-se a análise crítica das práticas de saúde em APS, ou seja, inferir sobre a forma como elas estão estruturadas, para quais finalidades se destinam as atividades, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas, e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção. O olhar atento para as demandas dos usuários é fundamental para garantir a qualidade do atendimento

na “porta de entrada” do sistema, na tentativa de reduzir as demandas reprimidas e as necessidades individuais.

Segundo Merhy (2002), para produzir um ato de saúde, o trabalhador intervém em problemas de saúde. A forma com que este trabalhador reconhece o que é problema de saúde e como ele pensa que deve abordá-lo interfere diretamente no resultado que pode alcançar e na satisfação da necessidade do usuário. A representação do problema de saúde faz o trabalhador desenhar em seu pensamento a ação e a escolha de instrumentos e recursos. A finalidade é o elemento orientador do processo.

Matumoto (2003) considera que as ações de saúde centradas na lógica da produção do cuidado traduzem-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento e na autonomia do usuário no cuidado de si. O trabalhador é o operador do cuidado e necessita assumir e incorporar seu papel de cuidador e ampliar a composição dos seus instrumentos de trabalho para operar a produção do cuidado, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva.

Na especificidade do trabalho da enfermagem, Almeida e Rocha (1997) referem que se trata de uma prática social, que compõe uma parcela do trabalho em saúde que se estabelece por meio de relações sociais na produção dos serviços de saúde. Com isso, o trabalho da enfermagem não é neutro e não se realiza apenas com práticas e saberes técnicos, embora precise destes para constituir-se como trabalho social, mas também pela vivência no ambiente de trabalho (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Segundo Souza et al. (2010), o trabalho da enfermagem integra o trabalho coletivo na área da saúde que é realizado por diferentes trabalhadores (médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista, psicólogo entre outros) instrumentalizados para realizar uma série de atividades para a manutenção da estrutura institucional. O conjunto desses trabalhos resulta na assistência aos usuários, que são totalidades complexas.

A atividade que identifica a enfermagem como profissão da saúde é o ato de cuidado, sendo essa a própria ação transformadora sobre o objeto, que é o ser humano que precisa de cuidado em saúde (SOUZA et al., 2010). Leopardi, Gelbcke e Ramos

(2001) refletem que o cuidado é o objeto epistemológico da enfermagem, ou seja, objeto do processo de construção do conhecimento; mas também, como ação do agente transformador, ou seja, o cuidado é o trabalho em si, o objeto é o ser humano portador de carência de saúde. Almeida e Rocha (2000) consideram que a enfermagem é a arte de cuidar e, também, uma ciência, cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe, atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde.

Desse modo, a enfermagem se responsabiliza através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos usuários, seja prestando o cuidado, seja coordenando os serviços para a prestação da assistência.

O cuidado de enfermagem se desenvolve no contexto de um trabalho coletivo que na APS é representado pelo trabalho em equipe, o qual é formado pelos enfermeiros (formação de nível superior), técnicos de enfermagem (formação de nível técnico após completar o ensino médio) e auxiliares de enfermagem (depois de completo o ensino fundamental fazem um curso específico) (PIRES, 1999). As atribuições desses diferentes profissionais, que contemplam o trabalho da enfermagem, são determinadas pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem- LEP 7.498/1986.

Segundo Nogueira e Carboni (2006), a composição heterogênea da equipe de enfermagem surgiu mediante a divisão técnica e social do trabalho da enfermagem, ao mesmo tempo em que atende às necessidades do mercado, reforça a fragmentação e a subdivisão do trabalho na área.

Para Peduzzi e Ciampone (2005), a divisão técnica do trabalho da enfermagem não reflete somente o desenvolvimento científico e tecnológico, mas a dinâmica social das práticas de saúde que engendram subdivisões dos trabalhos. Nessa divisão, o enfermeiro assume o controle gerencial do trabalho e a supervisão do trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem. No processo de divisão do trabalho, tanto nas diversas áreas dos profissionais da saúde, como nas diferentes categorias da enfermagem, há conexões entre os diferentes saberes. Essas conexões são expressões de complementaridade e interdependência, em que se reconhece a relação entre elas para a prestação do cuidado em saúde. Na conformação de práticas desenvolvidas por uma equipe de saúde, mesmo havendo tensionamentos entre os trabalhadores nos seus microespaços de atuação, é preciso negociar entre si a terapêutica mais apropriada,

cooperar e contribuir para fortalecer a imagem de outros profissionais de saúde na produção do cuidado.

O trabalho da enfermagem mantém relação com os outros trabalhos da saúde e se transforma no atendimento das necessidades sociais. Essa característica está presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Nauderer e Lima (2008) apontam que os enfermeiros, para atender as necessidades dos usuários, desenvolvem uma série de atividades no cotidiano do trabalho em Unidades Básicas de Saúde. Destacam as atividades gerenciais, as quais incluem as notificações de doenças, pedidos de material, agendamento de consultas, elaboração de relatórios, coordenação, supervisão, organização, treinamento e controle da equipe de enfermagem. As atividades de atenção de caráter individual englobam o acolhimento, consulta de enfermagem, visitas domiciliares, aplicação de vacinas, coleta de citológico entre outros. As atividades de atenção de caráter coletivo incluem grupos educativos.

Segundo Weirich et al. (2009), os enfermeiros na APS desenvolvem uma série de práticas de saúde assistenciais, gerenciais e educativas. Destacam-se a assistência à saúde nos programas do Ministério da Saúde (MS); educação em serviço e capacitação das equipes de saúde, planejamento, supervisão e avaliação dos serviços de APS; assessoria técnica, atenção às urgências e emergências, educação para a comunidade e educação em saúde, assistência especializada ambulatorial, atividades administrativas, contratação e capacitação de recursos humanos e uso dos sistemas de informação em saúde.

Estudo de Kantorski et al. (2006), sinaliza que o enfermeiro desenvolve atividades simultâneas de assistência e de gerência. As atividades assistenciais de maior frequência consistem no desenvolvimento de políticas de ações programáticas, tais como: saúde do adolescente, mulher, criança, adulto, idoso, saúde mental, tuberculose, entre outros programas do MS. Porém as atividades de gerência constituem em sua maioria, atividades administrativas burocráticas mais ligadas às questões operacionais do trabalho nas unidades de saúde. Para Vanderlei (2005), as ações administrativas são compostas de um conjunto de atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, infraestrutura e planejamento de serviços.

Nauderer e Lima (2008) tomam essas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros como práticas sociais que vão além da dimensão técnica e profissional, e

consideram dinâmicas que incluem a produção do conhecimento, a reprodução socioeconômica e política e a inserção dos sujeitos nesse processo.

As práticas expressam os modos de produção do cuidado primário em saúde e eles são dependentes da forma como a finalidade do trabalho, na relação com as necessidades dos usuários, é apreendida pelos trabalhadores, assim como os saberes e os materiais necessários à produção que são mobilizados.

Contudo, no processo de trabalho em saúde há a instituição de necessidades de usuários e de trabalhadores que se relacionam com o modo de produção e consumo de práticas de saúde, as quais são influenciadas pelas relações entre as pessoas. Segundo Peduzzi (2008) na relação dinâmica entre necessidades de saúde e processo de trabalho, os trabalhadores da saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, como criar espaços de mudança que possam gerar novas necessidades, intervenções e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde. Essas mudanças baseiam-se na própria atuação profissional, que envolve a dimensão tecnológica e subjetiva do processo de trabalho.

Considerando estes aspectos, no cotidiano dos serviços de saúde os usuários buscam a resolutividade de problemas ou necessidades de saúde que alteram a sua vida diária. Os trabalhadores da saúde, por sua vez, utilizam um conjunto de tecnologias para decodificar a informação trazida e apresentada pelo usuário e para definir se o serviço tem ou não condições de atendê-lo. De um lado está presente a demanda de usuários por atendimento e, de outro a oferta de ações de saúde, ou seja, um conjunto de necessidades de saúde e um conjunto de saberes e práticas com o objetivo de intervir sobre essas necessidades.

Para Peduzzi (2008) essas práticas requerem não só outros ou novos instrumentos de trabalho, mas, especialmente a construção articulada de intervenções que expressam relações entre os instrumentos e produto, em particular, visando à finalidade do processo de trabalho.

Os trabalhadores da saúde precisam interpretar as demandas dos usuários e articulá-las com as tecnologias operantes que compõem o arsenal tecnológico do saber em saúde, construindo conjuntamente, as melhores respostas para as situações apresentadas, ou seja, que resultem em produção do cuidado.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A concepção de APS utilizada nesta pesquisa baseia-se nos estudos de Starfield (2001, 2002) sobre os atributos. Também é realizada uma breve apresentação sobre os aspectos históricos e definições de APS, assim como, contextualização da APS no cenário brasileiro.

A primeira vez que foi realizada a distinção entre os três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escolas ocorreu em 1920 na Inglaterra a partir do Relatório Dawson (STARFIELD, 2002). Conforme o relatório, a organização dos sistemas de saúde deve ser regionalizada, pois a disponibilidade de serviços só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da população. Essa organização é indispensável por razões de eficiência e custo, para o benefício da população e dos profissionais de saúde. A articulação entre medicina preventiva e curativa precisa ser preservada para que os serviços possam ser estreitamente coordenados. O plano de serviços deve ser acessível e abranger todos os serviços médicos necessários para a saúde da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/OMS, 1964).

Especificamente os **centros de saúde primários** oferecem serviços destinados para as famílias, ou seja, oferecimento de serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem e que tenha colaboração de consultores e especialistas visitantes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/OMS, 1964).

Mesmo não sendo adotadas imediatamente, as proposições do Relatório Dawson formaram a base para a reorganização de vários sistemas de saúde com níveis de atenção bem definidos. Em 1948 na Inglaterra elas foram adaptadas e implementadas, culminando com a criação de um Serviço Nacional de Saúde (MENDES, 2007). Esse serviço com garantia de acesso universal e cuidados gratuitos e integrais, com financiamento por meio de impostos, inaugurou um marco na organização dos sistemas de saúde, onde o direito de saúde passou a ser um direito de cidadania (GONÇALVES, 2007).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, URSS, realizada de 06 a 12 de setembro de 1978, ampliou a visão do cuidado de saúde em uma dimensão setorial, de envolvimento da própria população e com apoio dos governantes. Com a proposta de atingir o mais alto grau de saúde e a meta 'Saúde para Todos no Ano 2000', formulada em 1977, as propostas que resultaram dessa conferência visavam acabar com a lacuna entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos, além de atribuir aos governantes, a responsabilidade das condições de saúde de seus povos através da realização de medidas sanitárias e sociais adequadas. Os cuidados primários foram considerados essenciais para se atingir essa meta, pois representam o primeiro nível de contato do indivíduo e da coletividade com o sistema de saúde. A Conferência colaborou para que os cuidados primários de saúde fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos na prática de saúde em todos os países do mundo (BRASIL, 2001).

Desse modo, desde a Conferência de Alma-Ata, a APS é entendida como um importante arranjo assistencial para os países que buscam um sistema de saúde com atenção qualificada à saúde, enquanto direito de cidadania (CAMPOS et al., 2008).

Na Declaração de Alma Ata estão especificados os serviços de APS considerados essenciais, inclui-se a educação, a promoção da alimentação e nutrição apropriada, água potável, saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, imunizações, prevenção e controle de doenças, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns, promoção de saúde mental e distribuição de medicamentos (OMS, 1978).

O conceito de APS formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, família e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1978, p.13).

A partir de Alma Ata houve um aumento no mundo todo de serviços de atenção primária, no entanto, as decisões políticas adotadas e a forma de organização têm sido muito diferentes em vários países, mostrando o desenvolvimento de diversos modelos de APS, nos quais se questiona sua eficácia para melhorar o estado de saúde da comunidade (GOFIN; GOFIN, 2007).

Em julho de 2005 foi realizado um encontro em Montevidéu, Uruguai, com representantes de mais de 30 países do continente, onde foi lançado o documento da OMS sobre a Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas em resultado ao surgimento de novos desafios epidemiológicos, como o aumento da expectativa de vida, tuberculose, HIV/AIDS, envelhecimento da população, obesidade, hipertensão, entre outros. Nesse documento foi enfatizado que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde, é a melhor abordagem para produzir melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas. Foi definido que um sistema de saúde com base na APS possui uma abordagem abrangente da organização e da operação dos sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade (OPAS/OMS, 2005).

Em diferentes países há quatro diferentes abordagens de APS: APS seletiva, APS como porta de entrada ao sistema de saúde, APS abrangente e a APS entendida como Saúde e Direitos de Todos.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde e com a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2005) a abordagem de APS entendida como atenção primária seletiva foi desenvolvida principalmente nos países em desenvolvimento e voltava-se para um conjunto específico de atividades e serviços direcionado para a população pobre. Em países da Europa e outros países industrializados a atenção primária era entendida como porta de entrada ao sistema de saúde e estava diretamente associada à disponibilidade de médicos. A concepção de atenção primária abrangente de Alma Ata é compreendida como uma estratégia para organizar o sistema de atenção à saúde e para promover a saúde, ao incluir elementos como a participação comunitária, a coordenação intersetorial e apoio aos profissionais da saúde. A última abordagem de atenção primária à saúde refere-se à de Saúde e de Direitos de todos, enfatiza a

compreensão de saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.

Diante disso, o conceito de APS expandiu-se por todos os países, no entanto, há ainda confusão na sua interpretação e limitações para sua operacionalização.

De acordo com Gonçalves (2007) na década de 70, por meio do Relatório Mills e do Instituto de Medicina Americano iniciaram-se as primeiras tentativas de realizar uma definição da APS por suas funções. Neste sentido, destacam-se em 1990 as publicações dos livros de Bárbara Starfield: *“Primary Care: concept, evaluations and policy”* e *“Primary Care: balancing health needs, services and technology”*, nos quais a autora congrega esforços para reunir e organizar as diversas definições de APS. A partir de então, torna-se o marco teórico da moderna conceituação de APS. De acordo com Starfield (2002), a APS é definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde. Caracteriza-se pela longitudinalidade e integralidade das ações, coordenação da assistência, atenção centrada na pessoa e na família, a orientação comunitária e existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS, entendendo-se a APS como forma de organizar e integrar, a partir de uma perspectiva da população, os serviços de saúde.

Starfield (2002) destaca que na APS atendem-se usuários que, muitas vezes, apresentam múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos. Dessa forma, são analisados, o meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, ao invés de focar apenas sua doença ou agravo individual.

Conforme Starfield (2002), a APS corresponde ao nível de atenção que oferece entrada ao sistema de saúde para necessidades e problemas de saúde das pessoas, pode ser entendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema. Além disso, compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, como: a responsabilidade pelo acesso, a qualidade dos serviços e os custos; a atenção à prevenção, bem como o tratamento e a reabilitação; e o trabalho em equipe. Em serviços de APS não são realizadas somente atividades clínicas com exclusividade, como diagnóstico, prevenção, exames entre outros, pois são características de todos os níveis de atenção.

As práticas de saúde desenvolvidas nesse âmbito incluem a prevenção, a promoção, a cura, a reabilitação para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. É a

atenção que vem com a proposta de organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, voltados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

As características clínicas dos usuários e seus problemas distinguem a APS de outros tipos de atenção. Estas características incluem a variedade de diagnósticos ou problemas observados, um componente identificável dedicado à prevenção das doenças e uma alta proporção de pacientes que já sejam conhecidos na unidade de saúde (STARFIELD, 2002).

Os atributos da APS interpretados por Starfield (2002) são divididos em atributos essenciais e derivados. Para Starfield (2002) os **atributos essenciais** compreendem acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os **atributos derivados são** orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Os quatro atributos essenciais da APS estão descritos abaixo, conforme definições de Starfield (2001):

- *Acesso de primeiro contato*: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- *A longitudinalidade*: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- *A integralidade*: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- *A coordenação*: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração do

cuidado no contexto global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Os atributos derivados qualificam as ações nos serviços de APS e estão expressos abaixo:

- *Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)*: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- *Orientação comunitária*: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- *Competência cultural*: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

De acordo com Harzheim et al. (2006 a) esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática clínica. O serviço de APS pode dar respostas às necessidades da população quando apresenta os quatro atributos essenciais e pelo menos um dos elementos estruturais e um dos elementos processuais, isso porque há aumento da capacidade de interação com os profissionais de saúde e com a comunidade. Conforme os autores, essa definição da atenção primária à saúde pode conduzir à elaboração de estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na atenção primária.

A APS é uma importante ferramenta dos serviços de saúde capaz de reduzir as iniquidades em saúde através de práticas mais eficazes (MACINKO et al., 2007). Evidências sobre o impacto positivo na saúde das populações têm sido encontradas nos países que valorizaram os serviços de atenção primária à saúde (em outros países é utilizada esta expressão em lugar de atenção básica), mostrando que eles possuem maior probabilidade de conseguirem os melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 2002).

Mendes (2002) destaca que no Brasil a decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é a interpretação mais técnica, ética e política coerente com os preceitos do SUS; uma interpretação ampla que contém em sua

significação estratégica, as duas primeiras concepções restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que são despendidos em serviços de saúde.

Seguindo a proposta de APS, no Brasil essas práticas estruturam-se pelos serviços/unidades de saúde que compõem a ABS, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e Unidades de Saúde da Família (USF).

No Brasil os princípios da APS articularam-se com o que era defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, sistematizados na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e aprovados na criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal em 1988. Com a criação do SUS, o Ministério da Saúde buscou operacionalizar estes princípios e construir formas de assistência para a APS.

Giovanella, Escorrel e Mendonça (2009) destacam que no Brasil, durante os anos de 1990, o Ministério da Saúde passou a empregar o termo atenção básica para caracterizar a atenção de primeiro nível do sistema de saúde, voltada para a prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação, distanciando-se da concepção seletiva de atenção primária, difundida sob a forma de uma cesta mínima de serviços para populações de baixa renda.

A atenção básica à saúde caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que utiliza tecnologias de alta complexidade e de baixa densidade tecnológica, orientadas para a valorização de práticas, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde em nível local. Nessa definição estão presentes práticas assistenciais e de prevenção de agravos, que tem como conteúdo os problemas mais frequentes que acometem a população.

É considerada como uma das principais portas de entrada do sistema de saúde e orienta-se pelos princípios e diretrizes da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006 a).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no país desde 1994, constitui-se em estratégia que se propõe a contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em consonância com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL,

1998). Trata-se de uma estratégia de política pública de saúde, para viabilizar o que foi preconizado em 1978, em Alma Ata, “saúde para todos no ano 2000”, e para reorganizar o modelo de assistência por meio do enfoque na Atenção Primária à Saúde (FERRI, 2007).

Conforme Ermel e Fracoli (2006) o PSF tinha como objetivo reorientar a prática assistencial em direção a uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu âmbito físico e social.

Levcovitz, Lima e Machado (2011) destacam que o PSF foi efetivamente difundido no Brasil no final dos anos de 1990, quando passou a instituir questões jurídicas, suporte administrativo e financeiro para a organização das responsabilidades sanitárias entre municípios, estados e União, passando efetivamente as responsabilidades pela gestão e execução da ABS aos municípios.

Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, assim, o PSF passou a ser uma estratégia. A ESF foi implantada por decisão governamental não somente para reorganizar a APS no SUS, mas para estruturar o sistema de saúde e consolidação de seus princípios, indo além de um programa setorial em saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Em 2006 com a edição da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), ampliou-se o escopo da ABS no país, incorporando os atributos da APS propostos por Starfield (2002).

No contexto atual do SUS, o Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, reitera a consolidação e a qualificação da ESF como base para organizar a ABS e exercer a função de centro coordenador das redes de atenção (BRASIL, 2011a). Os avanços observados em relação à implantação e consolidação da ESF no Brasil referem-se à cobertura e à oferta de serviços, em 1997 eram 1.600 equipes de ESF e em 2011 eram 31.900 equipes com uma cobertura superior a 50% da população brasileira (BRASIL, 2011a), respeitando-se as diferenças regionais.

Segundo Giovanella et al. (2009), estudo realizado em unidades de saúde da família nos municípios de Aracajú, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória mostrou que os serviços de APS são considerados fonte de cuidado regular e porta de entrada preferencial e a regionalização é uma estratégia para garantir acesso do usuário à média complexidade e também para a integração da rede assistencial.

Pesquisa realizada por Facchini et al. (2006) para avaliar o desempenho da ESF em municípios dos Estados Nordeste e Sul evidenciou que o desempenho da ESF foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais em ambas regiões, sendo que o Nordeste apresentou crescimento mais acelerado na cobertura da ESF de 1999 a 2004 do que o Sul.

Pesquisa de Macinko, Guanais e Souza (2006) sobre a efetividade da ESF diante da mortalidade infantil revelou um aumento de 10% na cobertura de equipes de saúde da família, implicando em diminuição de 4,6% na taxa de mortalidade infantil; aumento de 10% no acesso a água potável sugerindo a diminuição de 3,0% da taxa de mortalidade infantil; e aumento de 10% nos leitos hospitalares com a conseqüente diminuição de 1,3% na taxa de mortalidade infantil.

Entretanto, estudo de Silva e Caldeira (2010) identificou que a ESF ainda enfrenta problemas para definir um novo modelo assistencial. Enquanto a percepção de um novo modelo assistencial não for assumida pelas equipes das USF, a prática centrada na consulta do médico e na abordagem da doença não será modificada. Além disso, as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface entre suas ações e o papel político e ideológico da participação comunitária para a consolidação do novo modelo assistencial.

Em revisão sistemática realizada por Nedel et al. (2010) é apontado que as condições de saúde da população e sobretudo seus diferenciais são fortemente dependentes do modo como se organiza a distribuição social da riqueza e que a continuidade da atenção, um dos princípios fundamentais da APS, associou-se com menor probabilidade de hospitalização por condições sensíveis a atenção primária. As condições sensíveis à atenção primária representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária.

Nedel et al. (2008) sugerem que as hospitalizações por condições sensíveis a atenção primária podem estar associadas tanto pela não utilização ou pelo uso tardio de recursos oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde, como por manejo clínico inadequado. A proporção de internações por condições sensíveis à APS entre as mulheres foi 28% maior que entre os homens. A faixa etária com maior risco de se encontrar uma internação por condições sensíveis à APS entre os pacientes hospitalizados pelo SUS foi a dos menores de cinco anos, diminuindo a partir de então e

voltando a aumentar entre os pacientes com 50 ou mais anos de idade. É apontado também, que o PSF atende a maior número e recomenda menos usuários para a internação que os demais modelos de atenção. Como indicador da efetividade do sistema de saúde, a interpretação das hospitalizações também deve ser associada com as condições de organização do sistema que as geram.

Na pesquisa de Alfradique et al. (2009) é revelado que as condições sensíveis à atenção primária representaram 28,3% das hospitalizações realizadas pelo SUS em 2006, em um total de cerca de 2,8 milhões de internações. As principais patologias associadas a essas internações foram gastroenterites e complicações, insuficiência cardíaca e asma que corresponderam a 44,1%.

Esses pesquisadores ainda ressaltam a necessidade de utilizar as informações sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária como forma de contribuir para medir o desempenho dos serviços de atenção primária. No caso de doenças e agravos agudos e infecciosos, a atenção primária à saúde pode prevenir e controlar complicações. Mesmo que essas condições não sejam preveníveis, não deveriam resultar em internações se a atenção ambulatorial fosse oportuna e apropriada, pois essas doenças geralmente podem ser manejadas em ambulatório, e apenas por falta de assistência oportuna podem levar a complicações, requerendo internação. No caso das doenças crônicas, há uma ampla utilização dos serviços de saúde, sendo freqüente o agravamento da situação, quando não há acompanhamento regular pela atenção primária à saúde. Os estágios mais avançados de doenças crônicas que resultam em internações por condições sensíveis à atenção primária podem indicar barreiras de acesso à atenção primária ou a outros serviços de saúde, ou ainda falta de manejo adequado para prevenir o agravamento da enfermidade e a hospitalização.

Assim, a APS enfrenta problemas em relação ao acesso e ao acolhimento de usuários, no que se refere às áreas físicas inadequadas, às longas filas de espera, poucos profissionais qualificados na recepção do serviço e relações frias e de desinteresse entre profissionais e usuários nos diferentes tipos de atendimento prestados no serviço (RAMOS; LIMA, 2003). Entretanto, apesar da expansão da ESF, ainda não é possível dispor de uma rede de atenção com ampla cobertura e eficácia, a capacidade resolutiva é desigual, visto as diferenças existentes entre as regiões e os municípios brasileiros (CAMPOS et al., 2008).

Para Campos et al. (2008) as situações descritas resultam em desvios que diminuem a capacidade da APS, ou seja, de um lado a atenção voltada para a prevenção de riscos e ações programáticas, deixando a resolutividade clínica para a rede hospitalar; de outro se observa a APS transformada em pronto-atendimento clínico de baixa qualidade.

Dessa forma, a APS remete para a população uma noção de baixa complexidade, de atendimento a problemas de saúde que julgam mais “simples” com uso de tecnologias menos avançadas e qualificação simplificada dos profissionais. Nenhuma dessas alternativas garante o papel resolutivo que a APS deve sustentar. A capacidade de a rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá de investimentos e adoção de um modelo organizacional adequado que permita o cumprimento da integralidade, da efetividade do cuidado e da capacidade das equipes em combinar modos de intervenção de cada um desses campos na proporção exigida pelo caso (CAMPOS et al., 2008).

Somam-se a isso as dificuldades para a realização de qualquer tipo de exame, devido à escassez de recursos, em condições adequadas em todos os serviços disponibilizados (SHIMIZU; ROSALES, 2009), a grande demanda reprimida e a dificuldade de priorização das situações a serem atendidas (MATUMOTO, 2001), bem como a secundarização de vínculos, a baixa resolutividade clínica, a sobrecarga de trabalho, articulação insuficiente entre os serviços da rede assistencial e entraves burocráticos para a operacionalização das práticas de saúde (CAMPOS et al., 2008).

Diante dos aspectos apresentados, a oferta de serviços de urgência na APS requer a existência de condições que viabilizem os atendimentos, entre eles destacam-se a hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção; utilização de protocolos clínicos; competência técnica dos profissionais; sistema de referência e contrarreferência; sistema de regulação do transporte e dos leitos de observação e sistemas de comunidade (LUMER; RODRIGUES, 2011).

O atendimento de urgência em APS se impõe tanto pela necessidade da integralidade da atenção, quanto do usuário ser acompanhado de forma contínua pelas equipes de saúde, como quando encaminhamentos para os demais níveis de complexidade da atenção são realizados após um primeiro tratamento, quando esse usuário retorna para o atendimento e acompanhamento na unidade de saúde.

Para tanto, a APS precisa ser oficialmente reconhecida como porta de urgência para os profissionais de saúde e para os usuários, precisando receber investimentos em qualificação dos recursos humanos, readequação física, reestruturação do fluxo e real integração à rede de atenção às urgências. Para Santos et al. (2003) partindo-se da APS para a organização das urgências, as UBS e as USF, nos seus horários de atendimento devem estar preparadas para resolver as urgências de menor complexidade e as agudizações dos casos crônicos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Utilizou-se a estratégia metodológica híbrida de combinação das abordagens qualitativas e quantitativas (ALMEIDA FILHO, 2003), a qual possibilita combinar análises de generalização dentro de investigações mais abertas e vice-versa. Os estudos híbridos metodológicos não se referem a um contínuo entre qualidade e quantidade, e sim constituem-se de arranjos destinados a produzir conhecimento sobre problemas concretos da natureza, da cultura, da sociedade, da história e da saúde com maior eficiência (ALMEIDA FILHO, 2003).

Minayo e Minayo-Gómez (2003) ao discutirem a combinação das abordagens qualitativas e quantitativas, destacam que são duas formas de comunicação diferenciadas que devem convergir para a mesma meta, aproximando-se, dessa forma, o máximo possível da realidade que se propõem a discutir. Para estes autores, a triangulação de métodos é a abordagem que melhor representa a integração metodológica, pois possibilita olhar a realidade por vários ângulos, o que permite confluências, discordâncias, perguntas, dúvidas, falseamentos, numa discussão interativa e intersubjetiva na construção da análise dos dados. Esse tipo de estudo exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa que permitem apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, resultando no aumento na qualidade e na quantidade de dados utilizados. Deve atender tanto os requisitos do método qualitativo, garantindo a representatividade e a diversidade de opiniões dos participantes da pesquisa, quanto às exigências do método quantitativo no que se refere à magnitude, cobertura e eficiência do programa, do projeto ou do assunto pesquisado.

Briceño-León (2003) propõe quatro modelos de integração de investigação de natureza quantitativa e qualitativa. O delineamento do estudo corresponde ao modelo de execução paralela de investigação qualitativa e quantitativa. Nesse modelo, não é necessário um tipo de estudo para assinalar o outro, ambos existem com força própria e ambos têm suas metas a alcançar com suas estratégias metodológicas próprias. Com

isso, não há uma prioridade atemporal ou conceptual entre os componentes qualitativos e quantitativos, ambos podem ser realizados separadamente ou ao mesmo tempo.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2000) permite apreender a realidade concreta e compreender a organização do trabalho, e as relações que se estabelecem entre os atores no atendimento ao usuário, que se manifestam no cotidiano do trabalho e que têm reflexos diretos e indiretos na vida das pessoas que buscam e que recebem atendimento em saúde. Essa abordagem favorece a observação de vários elementos, de forma simultânea, a fim de entender e descrever o contexto onde os fenômenos ocorrem.

A abordagem quantitativa possibilita medir, inferir e sumarizar dados que envolvem características das pessoas, de tempo, lugar e evento estudado. Conforme Lobiondo-Wood e Haber (2001), os desenhos de pesquisa quantitativos não experimentais permitem construir quadro do fenômeno estudado ou explorar os acontecimentos, população ou situações à medida que ocorrem naturalmente. A riqueza desse tipo de pesquisa advém da possibilidade de visibilizar as características da atenção prestada, permitindo intervenções pontuais e específicas nos processos de saúde e doença, bem como subsidiar a formação e qualificação dos trabalhadores, a estruturação do trabalho, baseado na interdisciplinaridade, potencializando a utilização dos recursos públicos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nos serviços de APS do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul do município de Porto Alegre.

No município de Porto Alegre a rede assistencial de APS é constituída por diferentes serviços: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM), vinculado a Secretaria Estadual de Saúde (SES); e Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Hospital Nossa Senhora da Conceição, instituição pública federal (CASTRO et al., 2012).

A população do município de Porto Alegre é de 1.409.351 habitantes (INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Conforme dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a ESF cobre 22% da população do município e as UBS cobrem, aproximadamente, 65% da população de Porto Alegre.

O território do município está dividido em 16 distritos sanitários, sendo a gestão regionalizada organizada em oito Gerências Distritais: Centro; Leste/Nordeste; Sul/Centro Sul; Glória/Cruzeiro/Cristal; Norte/Eixo Baltazar; Partenon/Lomba do Pinheiro; Nordeste/Humaitá/Ilhas; Restinga/extremo Sul. Foram incluídos no estudo os Distritos Assistenciais Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul, que foram escolhidos intencionalmente.

O Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal está localizado na zona sul da cidade de Porto Alegre, possuindo uma população de 151.750 habitantes (PORTO ALEGRE, 2010), sendo que grande parte dessa população vive em vilas irregulares.

A escolha por esse Distrito decorre de sua inserção como Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, permitindo e apoiando a inserção dos alunos no Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC), nas UBS com ou sem ESF.

O Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal possui 08 UBS, 19 USF, um Centro de Saúde que oferece consultas com especialistas, dois Centros de Atenção Psicossocial e um Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (PORTO ALEGRE, 2010).

O Distrito Assistencial Sul/Centro Sul está localizado também na zona sul da cidade de Porto Alegre. Este Distrito foi incluído na coleta de dados devido à existência de um número pequeno de participantes do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, o que comprometeria a validade interna e externa dos resultados.

O Distrito Assistencial Sul/Centro Sul possui 10 UBS, 07 USF, um Centro de Atenção Psicossocial, uma Farmácia Distrital, uma equipe de Saúde Mental e um Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (PORTO ALEGRE, 2010).

Os Distritos Assistenciais incluídos no estudo compartilham características semelhantes, como baixos índices de escolaridade, proles numerosas, baixa renda familiar, gravidez precoce, alto número de mortes por doenças infecciosas, expressões diversas de violência que geram poucas expectativas de futuro para as famílias, afetando

especialmente jovens e mulheres, tornando-os vulneráveis ao uso abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas e ao tráfico (PORTO ALEGRE, 2010).

4.3 COLETA DE DADOS

No desenvolvimento desta investigação, a coleta dos dados ocorreu em duas etapas, qualitativa e quantitativa, que foram realizadas separadamente, em momentos distintos.

4.3.1 Primeira etapa: coleta de dados qualitativos

Nesta etapa foram coletados dados qualitativos por meio de entrevista semiestruturada. Segundo Minayo (2004), a entrevista semiestruturada, pode ser realizada verbalmente ou por escrito, com presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais. O uso dessa modalidade de entrevista consiste em enumerar de forma mais abrangente as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de pressupostos advindos do objeto de investigação.

Dessa forma, foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A) que abordava aspectos do atendimento de usuários em situação de urgência na APS, no que se refere às situações de urgência atendidas, descrição do atendimento, critérios e condutas adotadas, procedimentos realizados, medicamentos disponíveis e solicitação de transporte. Estes elementos permitem a análise da configuração da produção de cuidado a partir da atenção a usuários em situação de urgência em APS.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e dezembro de 2010 e foi realizada pela própria pesquisadora e contou com a colaboração de uma bolsista de iniciação científica e duas alunas de mestrado, previamente orientadas sobre a finalidade do estudo.

Foram convidados a participar do estudo os 27 enfermeiros dos serviços de APS do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal. Desses, 18 aceitaram responder a entrevista (07 enfermeiros eram de UBS e 11 enfermeiros eram de USF) e 09 recusaram-se a participar. Os participantes foram entrevistados no próprio ambiente de trabalho após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. O material coletado na etapa qualitativa permitiu identificar os sentidos atribuídos pelos enfermeiros ao atendimento das situações de urgência na APS. As entrevistas foram codificadas, pela letra E, associadas a números atribuídos conforme a sequência de realização de cada entrevista (E1, E2,..., E18).

4.3.2 Segunda etapa: coleta de dados quantitativos

Nesta etapa utilizou-se um delineamento transversal e abordagem quantitativa. Estudos desta natureza são úteis quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição, todas as medições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento. Produzem resultados “instantâneos” da situação de uma comunidade com base na avaliação individual de cada um de seus membros, produzindo indicadores globais para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Para o levantamento de dados foi utilizado o instrumento *Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil*, versão profissionais (BRASIL, 2010) (ANEXO A). Ele foi elaborado por Starfield e colaboradores no *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. Apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (*PCATool - versão Criança*), a adultos maiores de 18 anos (*PCATool - versão Adulto*), a profissionais de saúde (*PCATool versão profissionais*) e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde (BRASIL, 2010).

Este instrumento é composto por inúmeros itens que são baseados nos atributos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.

Para adaptá-lo ao contexto brasileiro, pesquisadores (HARZHEIM et al., 2006a; HARZHEIM et al., 2006b) realizaram o processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade.

O *PCATool* pode ser utilizado em pesquisas acadêmicas como também no cotidiano dos serviços de APS. Esse instrumento permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca de

qualidade tanto para o planejamento quanto para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010). No presente estudo, o *PCATool* – Brasil, versão profissionais foi utilizado para medir a presença e a extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos enfermeiros.

É um questionário composto por 77 itens relacionados aos oito atributos da APS, que possibilita por meio de respostas tipo *Likert* em escala de 1 - 4, a construção de escores da extensão dos atributos da APS com intervalos de 0 a 10. Na escala *Likert*, os respondentes são solicitados não só a concordarem ou discordarem de uma afirmação ou questionamento, mas também a informarem qual o grau de concordância ou discordância. A cada opção de resposta é atribuído um número que reflete a direção do respondente com relação ao questionamento feito. Assim, para cada pergunta do *PCATool* – Brasil, versão profissionais foram oferecidas as seguintes opções de resposta com o respectivo número correspondente: “sempre” (4), “habitualmente” (3), “às vezes” (2), “raramente/nunca” (1) e “não tenho certeza/não sei” (9).

A coleta de dados com os participantes da pesquisa foi realizada pela própria pesquisadora e contou com a colaboração de duas bolsistas de iniciação científica e duas alunas de mestrado.

Foi realizado um treinamento com os colaboradores para que pudessem realizar a coleta de dados com o instrumento *PCATool*– Brasil, versão profissionais. O treinamento foi ministrado pela própria pesquisadora nos dias 01 e 02 de dezembro de 2011. Nesta etapa foi apresentado para os colaboradores o projeto de pesquisa e o instrumento *PCATool*– Brasil, versão profissionais, conforme orientações do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (BRASIL, 2010). Em seguida, foi entregue aos colaboradores um Manual de Instruções para a coleta de dados com enfermeiros utilizando o *PCATool*– Brasil, versão profissionais. (APÊNDICE C). O manual continha informações sobre telefone e endereço da supervisora da pesquisa, orientações e instruções gerais e específicas sobre o instrumento *PCATool*– Brasil, versão profissionais.

O treinamento visou avaliar as facilidades e dificuldades encontradas pelos colaboradores, esclarecer dúvidas encontradas por eles em relação à utilização do instrumento de coleta de dados, assim como, obter a constância na comunicação entre todos os coletadores como meio de diminuir fatores externos.

A aplicação do instrumento *PCATool*– Brasil, versão profissionais ocorreu entre os meses de dezembro de 2011 e outubro de 2012.

4.3.3 Participantes da etapa quantitativa

Foram convidados a participar da pesquisa os 57 enfermeiros dos serviços de UBS e USF dos Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul. Deste total obtiveram-se cinco recusas.

O *PCATool*– Brasil, versão profissionais foi, então, aplicado a 52 enfermeiros de UBS com ou sem ESF do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 - Número de enfermeiros de UBS e ESF do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul que responderam o questionário *PCATool*- Brasil, versão profissionais

Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal		Distrito Sul/Centro Sul	
Nºenf (UBS)	10	Nºenf (UBS)	17
Nºenf (ESF)	16	Nºenf (ESF)	9
Subtotal: 26		Subtotal: 26	
TOTAL: 52 PARTICIPANTES			

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Primeira etapa: análise qualitativa

A análise qualitativa não tem preocupação com a generalização dos dados obtidos, mas com sua compreensão abrangente e profunda. Para isso, os dados qualitativos foram tratados pela técnica de análise de conteúdo temática, que é composta pelas seguintes fases: pré-análise, fase de exploração do material e o tratamento dos dados e interpretação (MINAYO, 2010).

A fase da pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Essa fase foi organizada da seguinte forma: leitura flutuante e organização do corpus. A leitura flutuante do conjunto das comunicações permite manter contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Para organização do corpus preparou-se o material de tal forma que pudesse responder a algumas normas de validade como: a exaustividade (contempla todos os aspectos levantados no roteiro); a representatividade (contém a representação do universo pretendido); a homogeneidade (obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); e a pertinência (adequação dos documentos analisados ao objetivo do trabalho).

A fase da exploração do material consistiu essencialmente na operação de codificação do material. Primeiramente, realizou-se recorte do texto em unidades temáticas, após procedeu-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias empíricas que comandaram a especificação dos temas.

Na fase final, buscou-se articular o material empírico e o referencial teórico para identificar o conteúdo subjacente ao que foi manifestado.

As entrevistas foram transcritas e digitadas no programa *Microsoft Word* e, posteriormente, exportadas para um banco de dados no *software NVivo6* para a operacionalização da análise qualitativa. O programa auxiliou na organização da análise temática, por meio de ferramentas de codificação e armazenamento dos textos em categorias específicas.

4.4.2 Segunda etapa: análise dos dados quantitativos

Os dados quantitativos foram sistematizados em outro banco de dados no Programa *Excel*, realizando-se a codificação, a digitação e a correção. Em seguida utilizou-se Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para a organização dos dados e para a realização das análises estatísticas. Foi considerado nível de significância $p < 0,05$.

Foi aplicado o método ANOVA (Análise de Variância) fatorial que verifica se há ou não diferenças estatísticas significativas entre as médias da variável resposta levando em consideração os fatores estudados. Uma das suposições dos modelos de ANOVA é a homogeneidade de variâncias, esta suposição foi verificada através do teste *Levene*, que quando não significativo indica evidências de homogeneidade de variâncias.

Quando a homogeneidade de variâncias não foi atendida utilizamos um modelo não-paramétrico para comparação de grupos independentes, neste caso as combinações de níveis dos fatores foram transformados em grupos independentes e utilizamos o teste de *Kruskal-Wallis* para diagnosticar diferenças significativas nas medianas destes grupos.

Para complementação do modelo ANOVA (quando evidências estatísticas foram diagnosticadas) foi utilizado o teste de comparação múltipla de *Tukey* e de *Bonferroni*, visando localizar as diferenças estatísticas significativas mais detalhadamente.

Sempre que aplicado o Teste ANOVA fica implícito que o Teste *Levene* não foi significativo, ou seja, as variâncias foram consideradas homogêneas.

Os atributos da APS, essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária), foram as variáveis analisadas. Conforme as orientações do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010) foi produzido um escore para cada atributo essencial e derivado em separado, um Escore Essencial e um Escore Geral.

O Escore Essencial foi obtido através da média dos escores para os atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação- integração de cuidados, coordenação- sistemas de informação, integralidade - serviços disponíveis, integralidade

- serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária. Calculou-se o Escore Geral utilizando a média destes escores. Segundo Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Brasil (2010), a transformação da escala tipo Likert de 1 – 4 para escores em escala de 0 a 10 foi realizada utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Escore Obtido} - 1) \times 10}{4-1}$$

onde 4 representa o escore máximo e 1 o escore mínimo.

De acordo com o instrumento original (STARFIELD et al., 2001) valores maiores ou iguais a 6,6 representam alto grau de extensão do atributo no serviço avaliado.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação respeitou as prerrogativas éticas envolvendo seres humanos que constam na Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Esta tese de Doutorado em Enfermagem integra o Macro Projeto de Pesquisa “Estruturação da Rede de Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre para o Atendimento às Urgências” (Edital MCT/CNPq número 014/2008-Universal, Processo CNPQ 478895/2008-9) coordenado pela professora Maria Alice Dias da Silva Lima, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em 22/06/2010 (Parecer 001.020247.10.9/ 06-2010) (ANEXO B).

A primeira etapa da coleta de dados está vinculada ao macro projeto de pesquisa citado. Por ocasião da realização das entrevistas semi-estruturadas, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias aos participantes.

O projeto da tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em 31/10/2011 (Parecer 001.043161.11.1/10-2011) (ANEXO C). Com a inclusão do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul, a Secretaria

Municipal de Saúde emitiu o mesmo parecer, com adendo datado em 24/07/2012 (Parecer 001.043161.11.1) (ANEXO D).

Para a aplicação do instrumento *PCATool-Brasil* versão profissionais foi fornecido aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico (APÊNDICE D), em duas vias.

Os formulários dos questionários e os registros das entrevistas ficarão guardados por cinco anos, quando serão destruídos, conforme dispõe a Lei 9.610/2008 (BRASIL, 2008).

A pesquisadora compromete-se com os participantes dos serviços de saúde estudados em divulgar os resultados do estudo. Será agendado um encontro com este objetivo.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As informações quantitativas e qualitativas subsidiam os resultados apresentados neste capítulo. Primeiramente serão apresentados os resultados quantitativos vinculados aos atributos da APS que estão sendo operacionalizados nas unidades de saúde estudadas. Na sequência do capítulo serão apresentados os resultados qualitativos que versam sobre o atendimento, na perspectiva dos enfermeiros, aos usuários da demanda espontânea em situação de urgência.

5.1 RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA

Nesta etapa são apresentados os dados referentes à utilização do instrumento PCATool - versão profissionais para a identificação da operacionalização dos atributos da APS.

5.1.1 Escore geral

A Tabela 1 apresenta os escores gerais da APS constatados após análise das respostas dos enfermeiros ao questionário PCATool – versão para profissionais quanto ao Distrito e ao tipo de Serviços de Saúde.

Tabela 1 – Escore geral da APS calculado a partir das respostas dos enfermeiros ao questionário PCATOOL – versão para profissionais - quanto ao Distrito e ao tipo de Serviço de saúde. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Escore Geral	**DP	n	***p
da APS				
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	7,50	5,87	16	
UBS	6,70	5,57	10	
TOTAL	7,20	6,92	26	
Sul/Centro Sul				
USF	7,30	5,02	25	
UBS	6,92	6,00	27	
TOTAL	7,05	5,85	26	
Total				0,001
USF	7,43	5,58	9	
UBS	6,84	5,83	17	
TOTAL	7,12	6,39	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão
 ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os tipos de serviços de saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Verificou-se que as médias dos escores dos enfermeiros das USF foram superiores àqueles das UBS, sendo que esta diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,001$) de acordo com a análise de variância realizada entre os tipos de serviços de saúde.

Na Tabela 2 são apresentadas as médias dos escores para cada atributo da APS atribuídos pelos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul que trabalham em UBS e USF.

Tabela 2 – Médias dos escores para cada atributo da APS atribuídos pelos enfermeiros na relação entre Distrito e Serviço de Saúde. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Atributos da APS	*Escores para cada atributo da APS na relação entre Distrito e Serviço de Saúde			
	Glória/Cruzeiro/Cristal		Sul/Centro Sul	
	USF	UBS	USF	UBS
Acesso de primeiro contato	3,54	3,11	3,82	3,70
Longitudinalidade	7,44	6,47	6,87	6,51
Coordenação - Integração de Cuidados	7,25	6,61	6,79	6,69
Coordenação - Sistema de Informações	9,30	9,11	9,62	8,88
Integralidade - Serviços Disponíveis	7,00	6,36	7,34	6,89
Integralidade - Serviços Prestados	8,75	7,53	8,12	7,85
Orientação familiar	9,23	8,33	9,13	7,97
Orientação comunitária	7,53	6,05	6,60	6,92

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore.

Para os enfermeiros de UBS e USF tanto do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal quanto do Distrito Sul/Centro Sul as médias mais altas foram atribuídas para os atributos: coordenação-sistemas de informação e orientação familiar, já o atributo acesso de primeiro contato obteve baixa média.

5.1.2 Escore essencial

A Tabela 3 apresenta os escores dos atributos essenciais da APS identificados a partir da análise das respostas dos enfermeiros ao questionário PCATOOL – versão para profissionais - quanto ao Distrito e ao tipo de Serviços de Saúde.

Tabela 3 – Escores dos atributos essenciais da APS identificados a partir da análise das respostas dos enfermeiros quanto ao Distrito e ao tipo de Serviços de Saúde. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Escore Essencial da APS	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	7,22	0,49	16	
UBS	5,53	0,61	10	
TOTAL	6,95	0,62	26	
Sul/Centro Sul				
USF	7,10	0,41	9	
UBS	6,76	0,62	17	
TOTAL	6,87	0,57	26	
Total				0,002
USF	7,17	0,46	25	
UBS	6,67	0,61	27	
TOTAL	6,91	0,59	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão
 ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os tipos de serviços de saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Constatou-se que os escores dos atributos essenciais dos enfermeiros que atuavam nas USF foram superiores aos das UBS, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,002$) quando comparados aos tipos de serviços de saúde.

5.1.3 Estratificação das análises por atributo da atenção primária à saúde

Serão descritos a seguir, a estratificação das análises pelos atributos da Atenção Primária à Saúde: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação – Integração de Cuidados, Coordenação – Sistemas de Informação, Integralidade –

Serviços Disponíveis, Integralidade – Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

5.1.3.1 Atributo acesso de primeiro contato

Os dados da Tabela 4 mostram as médias dos escores conferidos pelos participantes. Identifica-se que as médias do atributo acesso de primeiro contato foram baixas entre os serviços dos distritos de saúde. Entretanto, há evidência estatística ($p=0,034$) de que a média dos escores dos enfermeiros do distrito Sul/Centro Sul foi maior do que a do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Tabela 4 – Médias e desvio padrão dos escores para o atributo acesso de primeiro contato atribuídos pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012 (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	3,54	0,72	16	
UBS	3,11	0,72	10	
TOTAL	3,37	0,74	26	
Sul/Centro Sul				
USF	3,82	0,45	9	
UBS	3,70	0,75	17	
TOTAL	3,74	0,65	26	
Total				0,034
USF	3,64	0,64	25	
UBS	3,48	0,78	27	
TOTAL	3,56	0,71	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Distritos de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

O atributo acesso de primeiro contato é composto por nove itens. Na análise de cada item do atributo houve variação nas médias dos escores.

De acordo com as respostas dos enfermeiros no questionário, os itens que demonstraram melhores condições de acesso de usuários aos serviços de APS foram: “quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer alguém do seu serviço o atende no mesmo dia”, “quando seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário”, “é fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde no seu serviço de saúde” e “na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem e o acolhimento)”.

Os itens com baixos escores atribuídos pelos enfermeiros das UBS e USF dos dois distritos estudados foram: “seu serviço de saúde está aberto sábado e domingo”, “seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até às 20h”, “quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem”, “quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia” e “quando seu serviço está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém do seu serviço o atende naquela noite”.

As diferenças significativas entre os serviços foram encontradas nos itens: “quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer alguém do seu serviço o atende no mesmo dia” e “é fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde no seu serviço de saúde”. As Tabelas 5 e 6 mostram estas diferenças.

Tabela 5 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece alguém do seu serviço o atende no mesmo dia”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,54	1,71	16	
UBS	8,00	1,72	10	
TOTAL	8,33	1,69	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,63	1,11	9	
UBS	6,86	2,75	17	
TOTAL	7,82	2,65	26	
Total				0,007
USF	8,93	1,58	25	
UBS	7,28	2,45	27	
TOTAL	8,07	2,22	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Distritos de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Os dados mostram que a média dos escores dos enfermeiros das USF é maior que a média dos escores dos enfermeiros das UBS no que tange ao item: “quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece alguém do seu serviço o atende no mesmo dia”. Há evidências estatísticas ($p=0,007$), de que essa diferença identificada nas respostas dos enfermeiros difere significativamente entre os Serviços de Saúde.

Tabela 6 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “é fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde no seu serviço de saúde”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,33	1,72	16	
UBS	6,33	2,92	10	
TOTAL	7,56	2,41	26	
Sul/Centro Sul				
USF	8,15	3,38	9	
UBS	6,08	2,12	17	
TOTAL	6,79	2,74	26	
Total				0,006
USF	8,26	2,38	25	
UBS	6,17	2,39	27	
TOTAL	7,18	2,59	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Distritos de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Os dados mostram que a média dos escores dos enfermeiros das USF é maior que a média dos escores dos enfermeiros das UBS no que se refere ao item “é fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde no seu serviço de saúde”. Há evidências estatísticas ($p=0,006$), de que essa diferença identificada nas respostas dos enfermeiros de USF e UBS é estatisticamente significativa.

Já o item “na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem e o acolhimento)” apresentou diferença significativa na análise entre distritos. A Tabela 7 apresenta estas diferenças.

Tabela 7 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem e o acolhimento)”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	5,83	2,58	16	
UBS	5,00	3,23	10	
TOTAL	5,51	2,82	26	
Sul/Centro Sul				
USF	7,41	1,47	9	
UBS	7,25	2,12	17	
TOTAL	7,31	1,89	26	
Total				0,009
USF	6,40	2,34	25	
UBS	6,42	2,76	27	
TOTAL	6,41	2,54	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Distritos de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Identificou-se que média dos escores dos enfermeiros do distrito Sul/Centro Sul é maior do que a média dos escores dos enfermeiros do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal quando analisado o item “na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem e o acolhimento)”. Há evidências estatísticas ($p=0,009$) de que os escores atribuídos pelos enfermeiros nesse item, diferem significativamente entre os enfermeiros dos distritos em questão.

5.1.3.2 Atributo longitudinalidade

O atributo longitudinalidade é composto por 14 itens. A Tabela 8 mostra as médias e desvio padrão dos escores atribuídos pelos enfermeiros das UBS e USF dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul.

Tabela 8 – Médias e desvio padrão dos escores para o atributo longitudinalidade atribuídos pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012 (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	7,44	1,06	16	
UBS	6,47	0,62	10	
TOTAL	7,07	1,02	26	
Sul/Centro Sul				
USF	6,88	0,93	09	
UBS	6,51	1,16	17	
TOTAL	6,64	1,08	26	
Total				0,027
USF	7,24	1,04	25	
UBS	6,45	0,98	27	
TOTAL	6,85	1,07	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

O total das médias dos escores dos enfermeiros que atuam nas USF foi superior ao das UBS, essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,027$) de acordo com a ANOVA realizada entre os tipos de serviços de saúde.

Os itens que tiveram altos escores atribuídos pelos enfermeiros, no que se refere à continuidade da atenção na relação entre usuários e serviços de APS, foram: “no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro”, “você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem”, “seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles”, “se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o enfermeiro que os conhece melhor”, “você dá aos

pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas”, “você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas”, “você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde”, “você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende” e “você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas”.

Os itens que tiveram baixos escores atribuídos pelos enfermeiros das UBS e USF dos dois distritos estudados foram: “se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico que os conhece melhor”, “você sabe quem mora com cada um de seus pacientes”, “você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente”, “você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente” e “você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando”.

As diferenças significativas entre os serviços foram encontradas nos itens: “você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas”, “você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende”, “você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas” e “você sabe quem mora com cada um de seus pacientes”. As Tabelas 9, 10, 11 e 12 mostram estas diferenças.

Tabela 9 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,75	1,66	16	
UBS	7,66	1,61	10	
TOTAL	8,33	1,70	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,26	1,48	09	
UBS	8,04	1,69	17	
TOTAL	8,46	1,69	26	
Total				0,018
USF	8,93	1,58	25	
UBS	7,90	1,64	27	
TOTAL	8,39	1,68	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Tabela 10 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,12	1,71	16	
UBS	7,33	1,40	10	
TOTAL	7,82	1,62		

Tabela 10 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)
(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Sul/Centro Sul				
USF	8,52	1,75	09	
UBS	6,66	1,66	17	
TOTAL	7,31	1,89	26	
Total				0,008
USF	8,26	1,70	25	
UBS	6,91	1,58	27	
TOTAL	7,56	1,76	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se p-valor $\leq 0,05$.

Tabela 11 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,33	2,11	16	
UBS	7,00	1,89	10	
TOTAL	7,82	2,09	26	
Sul/Centro Sul				
USF	8,15	1,75	09	
UBS	6,66	2,35	17	
TOTAL	7,18	2,25	26	

Tabela 11 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Total				0,025
USF	8,26	1,95	25	
UBS	6,79	2,16	27	
TOTAL	7,50	2,17	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS \geq 6,6, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore.

Desvio Padrão *Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se p-valor \leq 0,05.

Tabela 12 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você sabe quem mora com cada um de seus pacientes”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	5,83	2,85	16	
UBS	3,33	2,72	10	
TOTAL	4,87	3,01	26	
Sul/Centro Sul				
USF	4,81	2,42	09	
UBS	3,53	2,99	17	
TOTAL	3,97	2,83	26	

Tabela 12 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você sabe quem mora com cada um de seus pacientes”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Total				
USF	5,46	2,70	25	0,024
UBS	3,45	2,84	27	
TOTAL	4,42	2,93	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

O item que apresentou diferença significativa na análise entre distritos foi “no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro”. A Tabela 13 apresenta estas diferenças.

Tabela 13 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,54	2,71	16	
UBS	7,66	1,61	10	
TOTAL	8,20	2,35		
Sul/Centro Sul				
USF	6,66	2,36	09	
UBS	6,66	2,63	17	
TOTAL	6,66	2,49		

Tabela 13 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Total				0,048
USF	7,86	2,70	25	
UBS	7,04	2,32	27	
TOTAL	7,43	2,52	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. *Desvio Padrão **Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Distritos de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

A média dos escores dos enfermeiros do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal é maior que a média dos escores dos enfermeiros do distrito Sul/Centro Sul quanto ao item “no seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro”. A partir da análise da resposta dos enfermeiros sobre esse item, identificou-se diferença estatisticamente ($p=0,048$) entre os enfermeiros dos distritos em questão.

A Tabela 14 evidencia as diferenças entre distrito e serviço verificado no item: “seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles”.

Tabela 14 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	7,91	1,66	16	
UBS	8,33	1,75	10	
TOTAL	8,07	1,68	26	

Tabela 14 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Sul/Centro Sul				
USF	****9,26	1,47	09	
UBS	****7,2	1,31	17	
TOTAL	7,95	1,65	26	
Total				0,009
USF	8,40	1,70	25	
UBS	7,65	1,55	27	
TOTAL	8,01	1,65	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) para verificar interação entre os Distritos e os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Realizado teste de comparações múltiplas de *Tukei* para verificar associação entre as categorias das variáveis.

Há evidência de que existe diferença estatisticamente significativa ($p\text{-valor}=0,014$) entre as respostas dos enfermeiros das UBS e USF do Distrito Sul/Centro Sul. A média dos escores dos enfermeiros das USF são maiores que a média dos escores dos enfermeiros das UBS.

5.1.3.3 Atributo coordenação – integração de cuidados

O atributo coordenação – integração de cuidados é composto por seis itens. A tabela 15 mostra as médias dos escores atribuídas pelos enfermeiros das UBS e USF dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul.

Tabela 15 – Atributo coordenação – integração de cuidados - atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n
Glória/Cruzeiro/Cristal			
USF	7,26	1,21	16
UBS	6,61	1,15	10
TOTAL	7,01	1,21	26
Sul/Centro Sul			
USF	6,79	1,03	09
UBS	6,70	1,59	17
TOTAL	6,73	1,40	26
Total			
USF	7,09	1,15	25
UBS	6,66	1,42	27
TOTAL	6,87	1,30	52

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore.

** Desvio Padrão.

As diferenças constatadas nas médias do atributo coordenação – integração de cuidados atribuído pelos enfermeiros não foram estatisticamente significantes entre os distritos ($p < 0,619$) e serviços de saúde ($p < 0,336$). Também não há diferenças significativas na interação dos dois fatores.

Os itens do atributo coordenação – integrações de cuidados que obtiveram os maiores escores foram: “alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada”, “quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado” e “após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta”.

Destes itens, os dois últimos apresentaram diferença estatística, conforme Tabelas 16 e 17.

Tabela 16 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	9,80	0,83	16	
UBS	****8,33	2,36	10	
TOTAL	9,23	1,71	26	
Sul/Centro Sul				
USF	****10,0	0,00	09	
UBS	****9,80	0,81	17	
TOTAL	9,87	0,65	26	
Total				0,018
USF	9,86	0,66	25	
UBS	9,26	1,68	27	
TOTAL	9,55	1,32	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Diferença estatisticamente significativa verificada por meio do teste de Bonferroni.

Constatam-se diferenças significativas ($p=0,043$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS e enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul que trabalham em UBS. Os dados nos mostram que os escores dos enfermeiros que trabalham no Distrito Sul/Centro Sul são em média maiores que os escores dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Também há diferenças significativas ($p=0,039$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS com os enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul que trabalham em USF. Os dados nos mostram que os escores dos enfermeiros que trabalham no Distrito Sul/Centro Sul são em média maiores que os escores dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Tabela 17 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,54	1,71	16	
UBS	7,00	1,9	10	
TOTAL	7,95	1,90	26	
Sul/Centro Sul				
USF	8,52	2,42	09	
UBS	6,66	3,33	17	
TOTAL	7,31	3,13	26	
Total				0,023
USF	8,53	1,94	25	
UBS	6,79	2,84	27	
TOTAL	7,62	2,58	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Há evidências estatísticas ($p=0,023$), de que a análise da resposta dos enfermeiros ao item: “após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta” feita nos questionários difere significativamente entre os enfermeiros das UBS e das USF. Os dados mostram que a média dos escores dos enfermeiros das USF é maior que a média dos escores dos enfermeiros das UBS.

Os itens do atributo coordenação – integração de cuidados - que obtiveram baixos escores atribuídos pelos enfermeiros foram: “você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados”, “quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos” e “você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado”.

Foi identificada diferença estatística na análise da resposta dos (p=0,021) enfermeiros dos distritos no item “você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados”. Ou seja, os dados mostram que a média dos escores dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal é maior que a média dos escores dos enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul. A Tabela 18 mostra essas evidências.

Tabela 18 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	6,04	2,78	16	
UBS	5,66	2,74	10	
TOTAL	5,80	2,72	26	
Sul/Centro Sul				
USF	3,70	2,00	09	
UBS	4,11	3,23	17	
TOTAL	3,97	2,83	26	
Total				0,021
USF	5,20	2,73	25	
UBS	4,69	3,10	27	
TOTAL	4,93	2,91	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Distritos de Saúde, com significância estatística se p-valor $\leq 0,05$.

5.1.3.4 Atributo coordenação – sistemas de informação

O atributo coordenação – sistema de informação é composto por três itens. A Tabela 19 mostra as médias dos escores atribuídas pelos enfermeiros das UBS e USF dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul.

Tabela 19 – Atributo coordenação – sistema de informação - atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n
Glória/Cruzeiro/Cristal			
USF	9,30	0,80	16
UBS	9,11	0,87	10
TOTAL	9,23	0,82	26
Sul/Centro Sul			
USF	9,63	0,55	09
UBS	8,89	1,30	17
TOTAL	9,14	1,14	26
Total			
USF	9,42	0,72	25
UBS	8,97	1,15	27
TOTAL	9,20	0,10	52

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão

Após realização da ANOVA, não foram evidenciadas diferenças significativas entre os Distritos e Serviços de Saúde.

Os três itens do atributo: “você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado”, “você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem” e “os prontuários dos pacientes estão disponíveis quando você os atende”, receberam altos escores pelos enfermeiros de APS, demonstrando boa orientação dos serviços para este atributo.

5.1.3.5 Atributo integralidade – serviços disponíveis

O atributo integralidade - serviços disponíveis - é constituído por 22 itens. A Tabela 20 mostra as médias dos escores atribuídas pelos enfermeiros das UBS e USF dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul.

Tabela 20 – Atributo integralidade – serviços disponíveis - atribuído pelos enfermeiros.

Porto Alegre, 2012.

(n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	7,01	0,87	16	
UBS	6,36	1,02	10	
TOTAL	6,76	0,97	26	
Sul/Centro Sul				
USF	7,34	0,59	09	
UBS	6,90	0,90	17	
TOTAL	7,05	0,82	26	
Total				0,036
USF	7,13	0,78	25	
UBS	6,70	0,96	27	
TOTAL	6,90	0,90	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Os dados mostram que a média dos escores dos enfermeiros sobre o atributo integralidade - serviços disponíveis - das USF é maior que a média dos enfermeiros das UBS, sendo que esta diferença é estatisticamente relevante ($p=0,036$).

Conforme as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul no questionário, os itens que obtiveram escores mais altos quanto à disponibilidade de serviços foram: “aconselhamento nutricional”, “imunizações”, “verificação se as famílias podem participar de algum programa ou

benefício de assistência social”, “planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais”, “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”, “aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV”, “exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau)”, “aconselhamento sobre como parar de fumar, cuidados pré-natais”, “orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma)”, “aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)”, “orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama” e “inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)”.

O item “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)” demonstrou diferença estatística entre os serviços. A Tabela 21 mostra esta diferença.

Tabela 21 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)
(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,33	2,43	16	
UBS	8,00	2,33	10	
TOTAL	8,20	2,35	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,63	1,11	09	
UBS	6,86	3,22	17	
TOTAL	7,82	2,97	26	

Tabela 21 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)
(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Total				0,041
USF	8,80	2,12	25	
UBS	7,28	2,92	27	
TOTAL	8,01	2,66	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Outro item, “orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama”, apresentou diferença estatística, de acordo com a Tabela 22.

Tabela 22 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	****10,0	0,0	16	
UBS	****8,0	2,33	10	
TOTAL	9,23	1,71	26	
Sul/Centro Sul				
USF	10,0	0,0	09	
UBS	****9,80	0,80	17	
TOTAL	9,87	0,65	26	

Tabela 22 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama”. Porto Alegre, 2012. (n=52)
(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Total				<0,001
USF	****10,0	0,0	25	
UBS	9,13	1,75	27	
TOTAL	9,55	1,32	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Diferença estatisticamente significativa verificada por meio do teste de Bonferroni.

Por meio do teste de Bonferroni, pode-se ver que há diferenças significativas ($p=0,003$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS e enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul que trabalham em UBS. Os dados nos mostram que os escores dos enfermeiros que trabalham no Distrito Sul/Centro Sul são em média maiores que os escores dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Diferenças significativas ($p=0,001$) foram encontradas entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS e em USF. Os dados nos mostram que os escores dos enfermeiros que trabalham em USF são em média maiores que os escores dos enfermeiros de UBS.

Também aparece diferença estatística ($p=0,004$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS e enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul que trabalham em USF. Os dados revelam que os escores dos enfermeiros que trabalham em USF no Distrito Sul/Centro Sul são em média maiores que os escores dos enfermeiros que trabalham em UBS No Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal.

Outra diferença foi observada no item “inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)”, como mostra a Tabela 23.

Tabela 23 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)”. Porto Alegre, 2012.
(n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	****9,79	0,83	16	
UBS	****7,00	3,99	10	
TOTAL	8,72	2,84	26	
Sul/Centro Sul				
USF	8,14	3,38	09	
UBS	****9,41	2,42	17	
TOTAL	8,97	2,79	26	
Total				0,015
USF	9,20	2,21	25	
UBS	8,52	3,24	27	
TOTAL	8,84	2,79	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Diferença estatisticamente significativa verificada por meio do teste de Bonferroni.

Para verificar a associação entre as categorias das variáveis, aplicou-se o teste de Bonferroni, o qual permitiu identificar diferenças significativas ($p=0,039$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS e enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul que trabalham em UBS. Os dados nos mostram que os escores dos enfermeiros que trabalham no Distrito Sul/Centro Sul são em média maiores que os escores dos enfermeiros do Distrito Glória/ Cruzeiro/Cristal.

Também houve diferença estatística ($p=0,037$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS e em USF. Os dados revelam que os escores dos enfermeiros que trabalham em USF são em média maiores que os escores dos enfermeiros que trabalham em UBS.

Os itens do atributo integralidade – serviços disponíveis que receberam baixos escores pelos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul foram: “avaliação de saúde bucal”, “tratamento dentário”, “aconselhamento para

problemas de saúde mental”, “identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)”, “sutura de um corte que necessite de pontos”, “identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)”, “colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)”, “remoção de verrugas” e “remoção de unha encravada”.

Avaliação da saúde bucal foi um dos itens que apresentou diferença estatística entre as respostas dos enfermeiros. Na Tabela 24 são apresentadas estas diferenças.

Tabela 24 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “avaliação da saúde bucal”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	****4,79	4,03	16	
UBS	6,33	4,56	10	
TOTAL	5,38	4,22	26	
Sul/Centro Sul				
USF	6,66	5,00	09	
UBS	****9,61	1,10	17	
TOTAL	8,59	3,29	26	
Total				0,004
USF	5,46	4,39	25	
UBS	8,39	3,25	27	
TOTAL	6,99	4,08	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Diferença estatisticamente significativa verificada por meio do teste de Bonferroni.

Podem-se identificar diferenças significativas ($p=0,002$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em USF e enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul que trabalham em UBS no que se refere ao item: “avaliação da saúde bucal”. Os dados mostram que os escores dos enfermeiros que trabalham em UBS no Distrito Sul/Centro Sul são em média maiores que os escores dos enfermeiros que trabalham em USF no Distrito Glória/ Cruzeiro/Cristal.

O item “tratamento dentário” apresentou diferença estatística entre os Distritos, conforme mostra a Tabela 25.

Tabela 25 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “tratamento dentário”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	2,91	4,36	16	
UBS	4,33	4,72	10	
TOTAL	3,46	4,47	26	
Sul/Centro Sul				
USF	6,29	4,84	09	<0,001
UBS	9,21	2,51	17	
TOTAL	8,20	3,68	26	
Total				
USF	4,13	4,74	25	
UBS	7,40	4,17	27	
TOTAL	5,83	4,71	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Distritos de Saúde, com significância estatística se p-valor $\leq 0,05$.

As médias dos escores dos enfermeiros do distrito Sul/Centro Sul sobre “avaliação da saúde bucal” são maiores do que as dos participantes do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, sendo essa diferença estatisticamente significativa (p=0,001).

O item “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)” apresentou diferença estatística entre os serviços. A Tabela 26 mostra estas diferenças.

Tabela 26 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,33	2,43	16	
UBS	8,00	2,33	10	
TOTAL	8,20	2,35	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,63	1,11	09	
UBS	6,86	3,22	17	
TOTAL	7,82	2,97	26	
Total				0,041
USF	8,80	2,12	25	
UBS	7,28	2,93	27	
TOTAL	8,01	2,66	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS \geq 6,6, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se p-valor \leq 0,05.

A 5% de significância há evidências estatísticas (p-valor=0,041) de que as respostas dos questionários diferem significativamente entre os enfermeiros das UBS e das USF. Os dados mostram que a média dos escores dos enfermeiros das USF é maior que a média dos escores dos enfermeiros das UBS.

O item “identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)” também apresentou diferença estatística entre os serviços, como evidencia a Tabela 27.

Tabela 27 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	6,66	4,03	16	
UBS	5,33	2,81	10	
TOTAL	6,15	3,61	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,26	1,47	09	
UBS	6,08	4,12	17	
TOTAL	7,18	3,73	26	
Total				0,032
USF	7,60	3,54	25	
UBS	5,80	3,65	27	
TOTAL	6,66	3,67	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

5.1.3.6 Atributo integralidade – serviços prestados

O atributo integralidade - serviço prestado é formado por 15 itens. A Tabela 28 mostra as médias dos escores atribuídas pelos enfermeiros das UBS e USF dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul.

Tabela 28 – Atributo integralidade - serviço prestado - atribuído pelos enfermeiros.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,75	0,87	16	
UBS	7,53	1,23	10	
TOTAL	8,28	1,17	26	
Sul/Centro Sul				
USF	8,12	0,77	09	
UBS	7,85	1,07	17	
TOTAL	7,95	0,97	26	
Total				0,013
USF	8,52	0,87	25	
UBS	7,73	1,12	27	
TOTAL	8,11	1,07	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Os dados mostram que a média dos escores dos enfermeiros das USF é maior que a média dos escores dos enfermeiros das UBS. Há evidências estatísticas ($p=0,013$), de que as respostas dos questionários diferem significativamente entre os enfermeiros das UBS e das USF no atributo integralidade - serviço prestado.

Os itens que receberam baixos escores no que se refere às consultas dos profissionais de saúde com os usuários, tanto para os enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal quanto para os enfermeiros do Distrito Sul/Centro Sul, foram: “pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança” e “aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura”.

Os itens que foram mensurados com altos escores pelos enfermeiros de ambos os Distritos no atributo integralidade – serviços prestados – na abordagem com os usuários foram: “conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente”, “segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança”,

“maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando”, “conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados, testes de sangue para verificar os níveis de colesterol”, “verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando”, “possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente”, “como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente”, “como prevenir quedas”, “prevenção de osteoporose em mulheres”, “cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa”, “maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças” e “mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária”.

Diferenças estatísticas foram encontradas nos itens: “maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando”, “possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente”, “como prevenir quedas”, “cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa”, “maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças” e “mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária”.

Na Tabela 29 é apresentada a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando”.

Tabela 29 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando”.

Porto Alegre, 2012.

(n=52)

(continua)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,96	1,59	16	
UBS	****7,66	1,61	10	
TOTAL	8,46	1,69	26	

Tabela 29 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item: “maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)
(conclusão)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Sul/Centro Sul				
USF	****10,00	0,00	09	
UBS	8,43	2,08	17	
TOTAL	8,97	1,83	26	
Total				0,020
USF	9,33	1,36	25	
UBS	8,15	1,92	27	
TOTAL	8,71	1,76	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Diferença estatisticamente significativa verificada por meio do teste de Bonferroni.

Os dados mostram que os escores sobre o item “maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando” dos enfermeiros que trabalham em USF no Distrito Sul/Centro Sul são em média maiores que os escores dos enfermeiros que trabalham em UBS no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, sendo que esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,013$).

A Tabela 30 mostra a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa”.

Tabela 30 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item “cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	10,0	0,00	16	
UBS	8,33	2,35	10	
TOTAL	9,36	1,64	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,63	1,11	09	
UBS	8,82	1,64	17	
TOTAL	9,10	1,51	26	
Total				0,030
USF	9,86	0,66	25	
UBS	8,64	1,91	27	
TOTAL	9,23	1,56	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Há evidências estatísticas ($p=0,030$) de que pelo menos um grupo difere-se dos demais. Entretanto, pelo teste de Bonferroni essas diferenças não foram significativas entre as categorias das variáveis. Isso pode ter ocorrido por falta de poder estatístico para detectar diferenças. Em outras palavras, apesar da existência da associação entre resposta dos enfermeiros sobre o item “cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa” com algum dos fatores (Distrito ou Serviço de Saúde), as diferenças entre as categorias das variáveis não foram evidenciadas, porém, podem existir.

A Tabela 31 exhibe a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária”.

Tabela 31 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item “mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	****10,00	0,00	16	
UBS	****8,33	2,35	10	
TOTAL	9,36	1,64	26	
Sul/Centro Sul				
USF	10,00	0,00	09	
UBS	9,02	1,56	17	
TOTAL	9,36	1,34	26	
Total				0,015
USF	10,00	0,00	25	
UBS	8,76	1,88	27	
TOTAL	9,36	1,48	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Diferença estatisticamente significativa verificada por meio do teste de Bonferroni.

Podem-se identificar diferenças significativas ($p=0,015$) entre as respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal que trabalham em UBS e em USF. Os dados mostram que os escores dos enfermeiros que trabalham em USF são em média maiores que os escores dos enfermeiros que trabalham em UBS.

Os itens que apresentaram diferença estatística entre os serviços foram: “possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente”, “como prevenir quedas” e “maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças”.

A Tabela 32 mostra a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente”.

Tabela 32 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item “possíveis exposições a substâncias perigosas, no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	8,75	1,66	16	
UBS	7,66	2,25	10	
TOTAL	8,33	1,94	26	
Sul/Centro Sul				
USF	8,89	1,66	09	
UBS	7,45	2,51	17	
TOTAL	7,95	2,32	26	
Total				0,042
USF	8,80	1,63	25	
UBS	7,53	2,37	27	
TOTAL	8,14	2,13	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Os achados apontam que os enfermeiros das USF apresentaram altos escores no item “possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente”, sendo que essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,042$).

Na Tabela 33 é exibida a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “como prevenir quedas”.

Tabela 33 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item “como prevenir quedas”.
Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	9,79	0,83	16	
UBS	8,33	2,35	10	
TOTAL	9,23	1,71	26	
Sul/Centro Sul				
USF	8,89	1,66	09	
UBS	8,23	2,08	17	
TOTAL	8,46	1,94	26	
Total				0,045
USF	9,46	1,24	25	
UBS	8,27	2,14	27	
TOTAL	8,84	1,85	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se p-valor $\leq 0,05$.

Os enfermeiros que atuavam nas USF apresentaram maior média dos escores do item “como prevenir quedas” do que aqueles que trabalhavam em UBS. Há evidência estatística (p=0,045) de que esse achado foi significativo.

Na Tabela 34 é exibida a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças”.

Tabela 34 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item “maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	9,79	0,83	16	
UBS	8,00	2,33	10	
TOTAL	9,10	1,78	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,63	1,11	09	
UBS	8,63	1,69	17	
TOTAL	8,97	1,57	26	
Total				0,003
USF	9,73	0,92	25	
UBS	8,39	1,93	27	
TOTAL	9,04	1,66	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se p-valor $\leq 0,05$.

A média dos escores do item “maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças” foi maior entre os enfermeiros das USF, sendo que essa diferença apresentou significância estatística (p=0,003).

5.1.3.7 Orientação familiar

O atributo orientação familiar é composto por três itens. A Tabela 35 mostra as médias dos escores atribuídas pelos enfermeiros das UBS e USF dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul.

Tabela 35 - Atributo orientação familiar, atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	9,23	1,05	16	
UBS	8,33	0,78	10	
TOTAL	8,88	1,04	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,13	1,21	09	
UBS	7,97	1,85	17	
TOTAL	8,37	1,73	26	
Total				0,011
USF	9,20	1,08	25	
UBS	8,11	1,53	27	
TOTAL	8,63	1,43	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Após análise bivariada, verificou-se que ocorreu diferença estatisticamente significativa ($p=0,011$) entre as respostas dos enfermeiros das UBS e das USF no que se refere ao atributo orientação familiar.

Os itens do atributo orientação familiar, “você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família”, “você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes” e “você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar” receberam altos escores pelos enfermeiros dos Distritos estudados. Diferenças estatísticas entre os serviços foram encontradas nos dois últimos itens.

A Tabela 36 apresenta a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes”.

Tabela 36 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes”.
Porto Alegre, 2012. (n=32)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	9,37	1,34	16	
UBS	8,00	1,72	10	
TOTAL	8,84	1,62	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,26	1,47	09	
UBS	8,04	2,37	17	
TOTAL	8,46	2,15	26	
Total				0,018
USF	9,33	1,36	25	
UBS	8,02	2,12	27	
TOTAL	8,65	1,90	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

A média dos escores do item “você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes”, dos enfermeiros das USF foi maior do que a dos enfermeiros das UBS. Após realização de análise bivariada, identificou-se que essa diferença apresentou significância estatística ($p=0,018$).

Já a Tabela 37 apresenta a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar”.

Tabela 37 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar”. Porto Alegre, 2012. (n=32)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	9,79	0,83	16	
UBS	8,66	1,72	10	
TOTAL	9,36	1,34	26	
Sul/Centro Sul				
USF	9,63	1,11	09	
UBS	8,63	2,06	17	
TOTAL	8,97	1,83	26	
Total				0,021
USF	9,73	0,92	25	
UBS	8,64	1,91	27	
TOTAL	9,16	1,60	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizada análise de variância (ANOVA) entre os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$.

A média dos escores dos enfermeiros das USF do item em análise foi maior do que a dos enfermeiros das UBS. Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,021$).

5.1.3.8 Orientação comunitária

Na Tabela 38 estão descritas as médias dos escores atribuídas pelos enfermeiros das UBS e USF dos distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul.

Tabela 38 - Atributo orientação comunitária atribuído pelos enfermeiros. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n
Glória/Cruzeiro/Cristal			
USF	7,53	1,92	16
UBS	6,05	1,58	10
TOTAL	6,96	1,91	26
Sul/Centro Sul			
USF	6,60	1,81	09
UBS	6,93	1,11	17
TOTAL	6,82	1,36	26
Total			
USF	7,20	1,90	25
UBS	6,60	1,34	27
TOTAL	6,90	1,65	52

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão

Após análise bivariada, não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas.

Os itens que receberam altos escores no que se refere à orientação comunitária, conforme a resposta dos enfermeiros de ambos os Distritos estudados, foram: “você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares”, “você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende” e “eu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde”.

Diferenças estatísticas foram observadas nos itens “você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares”, “você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende”.

Na Tabela 39 é apresentada a análise do item “você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares”.

Tabela 39 – Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares”. Porto Alegre, 2012.
(n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	****10,00	0,00	16	
UBS	****9,00	1,61	10	
TOTAL	9,61	1,08	26	
Sul/Centro Sul				
USF	****10,00	0,00	09	
UBS	****10,00	0,00	17	
TOTAL	10,00	0,00	26	
Total				0,004
USF	10,00	0,00	25	
UBS	9,63	1,06	27	
TOTAL	9,81	0,78	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore. **Desvio Padrão ***Realizado teste de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas, significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ***Diferença estatisticamente significativa verificada por meio do teste de Bonferroni.

Identificou-se que o item recebeu altos escores conforme as respostas dos enfermeiros.

Os dados apresentados evidenciam médias maiores dos escores dos enfermeiros que trabalham em USF sobre o item “você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares”. Pode-se verificar, por meio do teste de Bonferroni, que essa diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,009$).

Entre as respostas dos participantes, constatou-se que os enfermeiros que trabalham em USF do Distrito Sul/Centro Sul apresentaram maior média, sobre o item analisado, do que os respondentes que atuavam em UBS do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. É importante destacar que essa diferença foi estatisticamente significante ($p=0,033$).

Os enfermeiros que trabalham nas UBS do Distrito Sul/Centro Sul obtiveram maior média de escores do que os enfermeiros que atuavam em UBS do Distrito

Glória/Cruzeiro/Cristal, resultado este com diferença estatisticamente significativa ($p=0,008$).

Já a Tabela 40 apresenta a análise das respostas dos enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal e do Distrito Sul/Centro Sul para o item “você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende”.

Tabela 40 - Análise da resposta dos enfermeiros ao item “você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende”. Porto Alegre, 2012. (n=52)

Distritos e tipo de serviço de saúde	*Média	**DP	n	***p
Glória/Cruzeiro/Cristal				
USF	****9,16	1,49	16	
UBS	****6,66	1,57	10	
TOTAL	8,20	1,94	26	
Sul/Centro Sul				
USF	****7,04	2,00	09	
UBS	7,65	1,96	17	
TOTAL	7,44	1,96	26	
Total				0,004
USF	8,40	1,95	25	
UBS	7,28	1,86	27	
TOTAL	7,82	1,97	52	

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

*O escore (média) de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore.

Desvio Padrão *Realizada análise de variância (ANOVA) para verificar interação entre os Distritos e os Serviços de Saúde, com significância estatística se $p\text{-valor} \leq 0,05$. ****Realizado teste de comparações múltiplas de *Tukei* para verificar associação entre as categorias das variáveis.

Ocorreu diferença significativa ($p=0,005$) entre as respostas dos enfermeiros das USF e UBS do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal sobre o item “você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende”. A média dos escores dos enfermeiros das USF foi superior a dos enfermeiros das UBS.

Entre as respostas dos enfermeiros das USF dos Distritos de Saúde analisados, houve diferença significativa ($p=0,028$), sendo que a média dos escores dos enfermeiros das USF do Distrito Sul/Centro Sul foi superior.

Os itens do atributo orientação comunitária que obtiveram escores baixos pelos enfermeiros dos Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul foram: “faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas”, “faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer” e “presença de usuários no conselho local de saúde”.

5.2 RESULTADOS DA ETAPA QUALITATIVA

A partir da análise dos dados qualitativos sobre as situações de urgência que são atendidas em APS, na perspectiva de enfermeiros, foram construídas as seguintes categorias temáticas: Usuários em situação de urgência na APS e Atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência na APS: visão de enfermeiros.

5.2.1 Usuários em situação de urgência na APS

Esta categoria abrange como as situações de urgência aparecem na APS e os tipos de situações de urgência que são atendidas.

Para os enfermeiros entrevistados, usuários em situação de urgência procuram os serviços de APS principalmente através da demanda espontânea.

“Eles vêm na unidade sem ter marcado consulta, porque estão se sentido mal e querem ser atendidos bem rápido.” (E2)

“Os pacientes que estão com uma urgência [...] hipertensão, tontura, febre são trazidos aqui pra nós, todos passam aqui na frente [acolhimento].” (E9)

“Sempre chegam na demanda espontânea.” (E15)

As falas dos enfermeiros demonstram que os usuários em situação de urgência procuram a unidade de saúde, através da demanda espontânea diante, de uma situação de urgência. Isto ocorre sem que haja marcação de consulta ou outra atividade agendada na unidade, pois são situações imediatas para o usuário e por isso querem atendimento rápido.

Situações de urgência em domicílio, também, surgem na área de atuação das unidades de saúde e mobilizam a equipe para o atendimento.

“Quando solicitado vamos ao domicílio, o paciente está mal, não responde aos familiares, ta convulsionando, mas geralmente o chamamento é porque o paciente está inconsciente, ou é acamado.” (E8)

“Às vezes o paciente passa mal no domicílio e os familiares nos chamam.” (E18)

No contexto do domicílio, são os familiares que acionam os profissionais da unidade de saúde em busca de atendimento diante de uma situação de urgência. As situações que levam a equipe da unidade de saúde a prestar atendimento no domicílio são estado de inconsciência, acamados e problemas respiratórios.

No que se refere aos tipos situações de urgência atendidas na APS os enfermeiros destacam: crise asmática, crise hipertensiva, hiperglicemia, doença respiratória em geral, crise convulsiva, dor no peito, febre, cefaléia, depressão, diarreia, queimaduras e ferimentos que necessitem de sutura.

“Dor do peito, a crise convulsiva, crise hipertensiva, sutura [...] a gente poderia atender, mas encaminha pela falta de material.” (E3)

“Crise hipertensiva no adulto, uma hipoglicemia e uma hiperglicemia, essas coisas assim. Um sangramento em gestante, queimaduras.” (E5)

“Crises hipertensivas, as alterações respiratórias, as doenças respiratória, como asma, cefaleia, febre, depressão também”. (E7)

“Crise hipertensiva, uma hipoglicemia, traumatismos por quedas, paciente em trabalho de parto já avançado, ferimentos por queda; mordida de cão; diarreia.” (E18)

Usuários em situação de urgência constituem uma realidade nos serviços de APS, isto é identificado nas respostas dos enfermeiros. As situações de urgência atendidas nas unidades de saúde podem ser classificadas como de média gravidade e

pequena gravidade e, geralmente, são decorrentes de descompensação de doença crônica.

As situações de urgência menos referidas pelos participantes foram: agitação psicomotora, queda em idosos, parada cardiorrespiratória, parto normal e usuário inconsciente.

5.2.2 Atendimento de usuários em situação de urgência na APS

Nesta categoria, são evidenciados elementos do trabalho dos enfermeiros que permitem analisar como ocorre o atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência na APS.

Os componentes para a análise do processo de trabalho foram às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, os critérios utilizados para definir conduta de atendimento, a realização de encaminhamentos, a infraestrutura das unidades de saúde e as responsabilidades da APS para o atendimento das urgências.

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e pela equipe de enfermagem no atendimento de usuários em situação de urgência em APS são fundamentais para o manejo adequado dos casos.

O acolhimento e/ou a triagem da demanda espontânea é a porta de entrada para usuários em situação de urgência na APS. Nesse sentido, a avaliação inicial, a usuários em situação de urgência que procuram atendimento na unidade de saúde, é realizada pelos técnicos de enfermagem. Eles verificam sinais vitais e solicitam avaliação do enfermeiro. O atendimento necessário é providenciado pela equipe de enfermagem e, posteriormente, pelo médico.

“O paciente chega à recepção e a enfermagem acolhe [técnico ou auxiliar de enfermagem] e recebe o paciente na sala de curativo onde são verificados os sinais vitais, glicose. Nesse momento eu [enfermeira] já estou junto acompanhando e avaliando o caso.” (E3)

“O paciente chega à unidade e o auxiliar de enfermagem me chama e eu avalio: escuto a queixa, são verificados os sinais vitais, a gente vai fazendo o que dá pra fazer. Se eu puder resolver eu vou resolver, o que eu não puder fazer sozinha, eu vou chamar a médica... nós trabalhamos em equipe [...].” (E5)

“A gente prioriza o atendimento, aí esse paciente é atendido primeiramente, onde o indivíduo é avaliado, onde tem a avaliação da enfermeira e da médica.” (E7)

“Se a médica não estiver na unidade eu faço a mesma coisa, avalio a necessidade do paciente e o que eu posso tentar resolver aqui, nas urgências maiores, como intoxicação, paciente inconsciente, eu chamo o SAMU ou pelo menos converso com o médico regulador do SAMU para saber o que ele sugere.” (E16)

Identifica-se através dos relatos dos enfermeiros que, ao mesmo tempo em que é realizada a avaliação do usuário, já são determinadas condutas de atendimento. Em geral, a equipe de enfermagem tem-se responsabilizado integralmente pela avaliação inicial do usuário. Destaca-se o comprometimento dos enfermeiros em acolher, avaliar e atender o usuário em situação de urgência. Esse comprometimento se expressa na relação com a equipe de enfermagem, com o médico e com o SAMU.

Os critérios utilizados para realizar a avaliação do usuário e para determinar condutas são fundamentados em conhecimentos científicos, oriundos do saber clínico.

Para realizar a avaliação do usuário em situação de urgência são utilizados critérios técnico-científicos, critérios objetivos e subjetivos e história do paciente a fim de tomar uma decisão sobre a situação.

“É... em primeiro lugar anamnese... a “história do paciente” que é muito importante. Daqui a pouco ele chega dizendo que, sei lá: “ah, to me sentindo mal, to com a pressão alta” e aí a gente tem que ver o que aconteceu antes, a gente tem muito aqui a situação de pessoas que chegam aqui em crise hipertensiva por stress mesmo, por briga familiar, e a pessoa chega aqui muito nervosa e depois vai se acalmando. Então tudo é questão de avaliar a história do paciente.” (E5)

“Se ele entrar simplesmente pra fazer uma avaliação e ele estiver com os sinais vitais alterados a gente vai priorizar. Então, os critérios são avaliação dos sinais vitais, estado geral e queixa. São os três critérios, a queixa, o estado geral e sinais vitais.” (E1)

“É de acordo com a queixa, a intensidade da queixa, da dor por exemplo, se é uma dor leve... Há quanto tempo a queixa vem acontecendo... a gente classifica e aí a gente vê se realmente é risco, se é um atendimento que tem que ser de urgência, se pode esperar, se pode ser agendado, ou se a gente tem que encaminha [...]” (E13)

“Nível de consciência, pressão arterial, glicose capilar, e mais o subjetivo né, que é a fala do paciente, por exemplo, dor, a intensidade da dor, local né, sei lá, “fui atropelado ali fora e bati a cabeça”... Então, aquilo que o paciente tá falando [...]. É a pressão arterial, o HGT, e a avaliação geral e mais o paciente... Ele fala e a gente

pergunta “o que que houve, o que aconteceu?”, que parte do corpo está doendo, há quanto tempo tá acontecendo aquilo [...] se é a primeira vez [...].” (E17)

Os relatos dos enfermeiros apontam a realização de uma avaliação clínica do usuário orientada pela queixa, pela anamnese, pelos sinais e sintomas identificados pelo enfermeiro ou pela equipe de enfermagem e histórico do usuário.

Em outra situação, o enfermeiro realiza a avaliação para definir se a situação trazida pelo usuário é realmente uma urgência do ponto de vista do profissional de saúde.

“Para os usuários tudo é urgente né... Tá com o exame em mãos, um exame de rotina, mas tem que mostrar, é urgente, e aí a gente explica que... na verdade, tendo os sinais vitais todos normais, tendo uma rotina de agendamento, como é o PSF, como tem uma rotina de outras atividades, aí se não tem alteração nenhuma, ou mesmo com alguma alteração leve e nenhum agravo, né, a saúde do usuário, não tem porque passar imediatamente pro médico.” (E10)

Na descrição das situações, os enfermeiros referem que para o usuário qualquer situação pode ser considerada uma urgência. Com isso, há necessidade de esclarecer ao usuário sobre a concepção de urgência em que os profissionais de saúde baseiam-se para caracterizar a situação e organizar o atendimento na unidade de saúde.

Após a avaliação dos usuários são tomadas decisões pertinentes a cada caso. O encaminhamento de usuários em situação de urgência para outros serviços da rede assistencial é uma das decisões mais realizadas pelos profissionais da APS.

As falas abaixo expressam os encaminhamentos de usuários para serviços especializados com capacidade tecnológica apropriada.

“Se a situação pode ser manejada na unidade ela vai ser, senão o usuário é encaminhado para o pronto atendimento ou para a emergência hospitalar. Também tem casos, em que na consulta o paciente passa mal, dor no peito, ele vai ser avaliado pelo médico e por mim e se chama o SAMU. Até o SAMU chegar à gente vai prestando o atendimento porque tem maca, tem oxigênio e tem carrinho [urgência] com algumas medicações.” (E13)

“Gestante que tá com sangramento, perda de líquido, pacientes com sintomas de parada cardiorrespiratória, a gente encaminha sem dúvida.” (E2)

“Trauma, acidente, entorse, fratura, a gente encaminha, orienta o paciente ou o familiar ir na PA [Pronto Atendimento].” (E6)

“Dor no peito, crise hipertensiva, situação psiquiátrica de risco de suicídio, agressão, na dependência química: abstinência. Na crise renal, uma cólica renal, uma dor aguda, depressão grave.” (E7)

“[...] dor no peito, crise hipertensiva que não cede com os medicamentos usados na unidade, ferimentos que precisam de sutura, crise convulsiva, algumas hiperglicemias também que não cedem com medicamento, sofrimento respiratório principalmente em crianças, fratura também nós encaminhamos, se tiver uma queda com fratura é encaminhado, queimaduras de terceiro grau, isso, a gente preenche a o formulário da referência e encaminha.” (E13)

Os trechos demonstram que usuários em situação de urgência são encaminhados para outros serviços da rede assistencial quando a situação é de maior complexidade, compatível com os tradicionais serviços de urgência e emergência (SAMU, pronto-atendimento e emergência hospitalar). Os enfermeiros orientam os usuários ou familiar para a realização do encaminhamento e utilizam o documento de referência para encaminhar o usuário ao outro serviço.

Destacam-se, também, os encaminhamentos de usuários em situação de urgência decorrentes da infraestrutura insuficiente dos serviços de APS, mesmo em situações que poderiam ser manejados em APS.

“Crise de hipoglicemia tive que chamar o SAMU, somente por não termos a glicose hipertônica no posto. Hiperglicemia, convulsão.” (E3)

“[...] dor no peito, queimaduras, quedas, crises asmáticas, DPOC [Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica]. A gente encaminha tudo que não dá para manejar aqui, por falta de equipamentos, não dá para fazer um RX ou um ECG.” (E16)

“A população é orientada para procurar os serviços de emergência, o PA, por exemplo, e ela vai ter os encaminhamentos, porque a unidade não vai comportar [...] Vai ter a parte técnica, com conhecimento científico, mas até o nosso nível de competência não é suficiente, por isso mesmo eles serão encaminhados para outros, serviços, serão referenciados para outros serviços.” (E7)

“A gente não faz sutura aqui de ferimento cortante, então a gente encaminha, gente, eu ou o médico, encaminha para um serviço de referência que pra nos é o HPS [Hospital de Pronto Socorro].” (E1)

Os profissionais de saúde da APS orientam os usuários a procurarem os serviços de urgência e emergência quando julgam que a situação é urgente devido à falta de capacidade tecnológica desses serviços.

Os enfermeiros destacam que os usuários em situação de urgência, também, procuram diretamente os serviços de urgência e emergência ao invés dos serviços de APS.

“A população tem o conhecimento de que em caso de uma situação de urgência, tem que ir direto para o serviço de urgência quando precisa, porque aqui é uma estratégia de saúde da família, mas, a gente atende crise asmática, pressão arterial elevada e crise de diabetes descontrolada”.(E2)

“Em termos de trauma, crises de enxaqueca não aparece muito [na unidade de saúde], normalmente as pessoas já vão direto para o PA [Pronto Atendimento] de referência ou para o HPS [Hospital de Pronto Socorro]. Trabalho de parto elas são orientadas no pré-natal sobre o trabalho de parto e que devem se dirigir imediatamente para a maternidade ou hospital de referência escrito na carteirinha.” (E1)

Conforme, os relatos dos entrevistados, o conhecimento da população sobre a situação autopercebida e orientações recebidas pelos profissionais diante de determinada situação são fatores que motivam a procura por determinado serviço de saúde.

Para os enfermeiros, a infraestrutura das unidades de saúde é um fator que dificulta o atendimento de usuários em situação de urgência na APS. As dificuldades estão relacionadas a medicamentos e materiais, estrutura física, protocolos e treinamentos para os trabalhadores de saúde sobre urgência, relação com o SAMU e organização da unidade.

As falas abaixo ilustram a falta de medicações e de materiais para atendimento às urgências:

“Então a condição que a gente tem aqui é de atendimento básico, por exemplo, numa crise convulsiva a gente só tem o oxigênio, a gente não tem medicação para atender uma crise convulsiva nem material. A gente pode fazer uma sutura no posto, mas não tem material. A gente também encaminha quando precisa avaliação do especialista para depois dar continuidade ao tratamento aqui. Acho que o que dificulta é o material, as condições para atender uma urgência.” (E3)

“A gente tem essa dificuldade e a falta de equipamentos mais adequados. Nós temos alguns, mas não temos tubo de oxigênio, por exemplo. Se tiver uma parada cardiorrespiratória não tem tubo. E medicação mesmo [...] Uma crise convulsiva, por exemplo, a gente não tem como medicar. Não é nada raro a gente ter uma crise convulsiva e ter que esperar o SAMU trazer um anticonvulsivante.” (E14)

“[...] não tem uma listagem [medicações] igual ao PA.”(E16)

“Um paciente que tá hipertenso, por exemplo, a gente dá medicação aqui, se a pressão não ceder a gente encaminha; um paciente com hiperglicemia é a mesma coisa porque aqui no posto não tem insulina,

é uma coisa que nós tínhamos, mas as vezes a gente até encaminhava mas já fazia uma dose da insulina simples e depois o paciente ia para o hospital. Por que não tem mais insulina? Não sei, a gente só tem na farmácia a insulina NPH, talvez até por causa das situações de urgência.” (E4)

A falta ou a insuficiência de instrumentos para atender os usuários em situação de urgência são definidores do atendimento em APS e dos encaminhamentos para serviços especializados.

A estrutura física inadequada constitui-se em uma limitação para a realização do atendimento de usuários em situações de urgência.

“A gente aqui não tem uma sala que fosse para esse tipo de atendimento, então a gente acaba adaptando usamos nossa sala de curativo, ali a gente tem uma maca e pode deitar o paciente e acabamos atendendo ali também usamos a sala por ser a mais perto da sala dos sinais vitais, todo o nosso material a gente leva pra sala onde o paciente será atendido, fica mais difícil o atendimento por questão de tempo e movimento.” (E4)

“[o atendimento às urgências] É no corredor, que é o espaço maior que a gente tem, onde fica o oxigênio [...]” (E8)

“A área física não é adequada, é bem claro isso, mas dentro do possível a gente ajeita. Como a gente já teve um caso de parto, que a gente teve que improvisar tudo. Na época nem mesmo pacote de parto... Hoje a gente já tem isso. Mas a gente improvisou com material de curativo, com lençóis descartáveis, com baldes de lixo. A gente juntou uma sala de parto aqui e deu certo.” (E14)

“Temos oxigênio na sala de nebulização, mas ali é muito pequeno, não tem como colocar uma maca nem nada. E aí a gente tem a maca ali na salinha de triagem, é lá que a gente vê os sinais vitais, a sala não é muito grande, mas dá para colocar crianças ali, mas não tem oxigênio. [...] Mas a gente atende no chão mesmo! Precisa do oxigênio, do ambu, tudo, tu puxa para perto da sala ali e atende, esvazia a unidade e fecha e eles [usuários da unidade] ainda ficam brabos! Tudo para eles é urgência! Não tem infra-estrutura, mas não interessa, no momento da emergência a gente põe no chão, puxa lá para dentro, faz o q dá, o importante é fazer alguma coisa!” (E15)

“Então falta recursos pra unidade atender muitos casos que a gente não precisaria encaminhar [...]” (E13)

A inexistência de um espaço específico e adequado para o manejo de usuários em situação de urgência resulta na improvisação do ambiente para o atendimento e consequentemente na readequação do espaço em termos de organização do material necessário e tempo despendido.

Também foram relatadas dificuldades em relação à organização da unidade de saúde para o atendimento de usuários em situação de urgência:

“A gente atende algumas urgências nesse posto só que não tem assim uma organização, foi tudo assim na correria né, é tudo improvisado então não seria o adequado mesmo porque o torpedo fica no lado na nebulização e o atendimento é feito no curativo, então é um corre-corre, pra ter uma idéia de que não é bem o adequado [...].” (E6)

Essa enfermeira expressa a perturbação que as situações de urgência ocasionam aos trabalhadores da saúde dos serviços de APS, que não possuem organização e infraestrutura apropriada.

Outras dificuldades dizem respeito à falta de protocolos de atendimento/classificação de risco e de treinamentos para atendimento às urgências na APS.

“Aquelas medidas gerais de urgência e emergência, né? Nível de consciência, dor, sinais vitais alterados... Geral, não existe um protocolo [de classificação de risco e ou de atendimento] específico para a unidade básica.” (E9)

“A gente sempre reza para que não aconteça, até tem a caixa [de medicações] improvisada, mas a gente fica tão destreinada. Todo mundo fez uma capacitação, mas todos os médicos são de atendimento básico, em hospital, inclusive, ficam no atendimento básico, todos os auxiliares aqui não têm mais experiência em hospital, são todos de unidade básica, assim, há anos. O que a gente faz é, pegar uma veia, bota um sorinho, fica vendo os sinais vitais e chama o SAMU e vai fazendo.” (E15)

“Faz 11 anos que trabalho nesse posto e nem eu e nem o pessoal da equipe recebeu treinamento de urgência. Na verdade a gente capacita quando dá com a minha experiência em emergência.” (E13)

Ficou evidente a necessidade de realização de processo educativo contínuo que capacite os trabalhadores da APS para o atendimento de usuários em situação de urgência, com o intuito de qualificar o atendimento e se tornar uma referência para o atendimento das urgências para a comunidade.

Identificou-se, no discurso dos enfermeiros, que existem dificuldades de trabalhar em rede para atendimento às urgências na APS, principalmente no que tange à comunicação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

“O primeiro contato é sempre com o SAMU, mas temos muitas dificuldades com ele. É que eles sempre pedem pra falar com o médico se o médico não tá eu [enfermeira] ligo e já digo que o médico

não tá aí eles atendem, falo que to sozinha na unidade e preciso de orientação, mas eles sempre pedem pelo médico. Se o médico tá na unidade é ele quem já liga, eles sempre pedem avaliação dos sinais vitais, em alguns casos pedem pra gente fazer a Escala de Glasgow. O SAMU é o único transporte que a gente dispõe e eles avaliam se é necessário transporte ou não, se eles não vem tem que pedir pro familiar levar.” (E1)

“O SAMU tem um suporte técnico ótimo, mas tem sérios problemas de comunicação. O SAMU tem um sério problema que é não acreditar na gente.” (E17)

As indefinições sobre as responsabilidades de cada serviço para o atendimento de urgência contribuem para o surgimento de conflitos entre eles e para a insegurança em relação à capacidade da APS no manejo de usuários em situação de urgência.

Para os enfermeiros, o atendimento de usuários em situação de urgência é de responsabilidade dos serviços de APS.

“Eu considero toda e qualquer situação minha responsabilidade a partir do momento que a pessoa chega ao serviço. A partir daí a agente vai dar o devido encaminhamento. A princípio a responsabilidade é nossa.” (E14)

“Na unidade de saúde da família, a gente trabalha muito mais com a promoção e prevenção, então a gente procura trabalhar mais com consultas agendadas, com ações em saúde que não necessitem de atendimento imediato assim, mas, a gente não pode esquecer-se da assistência curativa que é o que aparece e é o que a gente considera até então como urgência, que são pacientes, com sinais de infecção, com febre, com dispneia, com crise hipertensiva.” (E10)

Os trechos das falas expressam o reconhecimento do atendimento de usuários em situações de urgência como inerente ao trabalho na APS, como uma das faces da assistência curativa.

Entretanto, mesmo oferecendo resposta aos usuários em situação de urgência, a maioria dos enfermeiros não identifica que o atendimento a esses usuários seja uma das finalidades do serviço de APS.

“No momento que a urgência cai aqui ela passa a ser nossa responsabilidade, não tem uma que seja mais ou menos. Apesar de não ser uma unidade que tenha esse fim de atender urgência. Mas no momento que ela chega aqui ela é de nossa responsabilidade.” (E1)

“Sendo uma ESF a gente não trabalha com as urgências, o que a gente recebe dentro da área das urgências, são as crises asmáticas, pressão arterial elevada, uma crise de diabetes descontrolada, outras situações a gente não recebe porque é uma ESF.” (E2)

“Não é pra vir ninguém pra cá. Mas tá na demanda espontânea, pode acontecer.” (E7)

“Nas urgências a gente sempre deixa claro que Estratégia de Saúde da Família não é um pronto atendimento. a nossa função é prevenção de doenças. É claro que sempre acaba, porque tem uma referência um posto de saúde aonde tem um médico, enfermeiro, técnicos, profissionais capacitados para isso. Mas o que o programa preconiza não é atender urgência. Até que às vezes acontece as coisas nas casas, a gente até vai, senão a primeira coisa a gente encaminha para um atendimento de urgência. A gente evita prestar esse atendimento.” (E12)

Estas falas expressam a contradição do trabalho nos serviços de APS, pautadas em uma visão reducionista e na dificuldade em reconhecer o atendimento de usuários em situação de urgência como uma das finalidades dos serviços de APS. Evitar o atendimento de usuários em situação de urgência compromete o processo de cuidado, pois o quando o usuário realmente necessita, ele nem sempre é atendido.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados qualitativos e quantitativos é apresentada de forma integrada. Inicialmente, são discutidos os atributos da APS e o atendimento de usuários em situação de urgência. Após, é realizada a discussão do processo de trabalho dos enfermeiros em APS no atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência.

A partir da análise da estrutura e do processo da APS busca-se identificar a produção do cuidado primário em saúde nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no atendimento de usuários em situação de urgência, bem como as implicações desses atendimentos para a APS e rede assistencial.

6.1 ATRIBUTOS DA APS E ATENDIMENTO DE USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que nos serviços de APS dos Distritos Assistenciais Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro Sul do município de Porto Alegre, as USF são as que apresentam maior presença e extensão dos atributos da APS, conforme as respostas dos enfermeiros.

Estudo de Chomatas (2008) com enfermeiros e médicos de serviços de APS em Curitiba obteve os mesmos resultados em relação às USF apresentarem maior presença e extensão dos atributos da APS. Para Oliveira (2007) as experiências dos profissionais médicos e enfermeiros nos serviços de APS, demonstram que as UBS apresentam o menor grau de orientação à APS, não sendo considerada modelo para o fortalecimento da APS.

No que se refere ao **atributo acesso de primeiro contato**, Pereira et al. (2011) consideram que ele compreende os recursos institucionais da rede de saúde disponíveis para a população, sem considerar as dimensões de natureza cultural, social e organizacional para a utilização dos serviços. Para Starfield (2004), o acesso se relaciona com as diversas possibilidades de adentrar os serviços de saúde, os quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, bem como, a possibilidade de atendimento a

consultas não agendadas e a percepção da população sobre estes aspectos (se são adequados ou não).

Acesso de primeiro contato foi o atributo que obteve menor média nos escores (<6,6) tanto em UBS quanto em ESF. Em consonância com este resultado, outros estudos nacionais que utilizaram o PCATool obtiveram menores escores para o referido atributo (CHOMATAS, 2009; MACINKO; ALMEIDA; SÁ, 2007; IBÁÑEZ et al., 2006; ELIAS et al., 2006; KOLLING et al., 2008; OLIVEIRA, 2007, STRALEN et al., 2008; VIANA et al., 2008).

Entretanto, na pesquisa de Ibanez et al. (2006) realizada em 62 municípios do Estado de São Paulo, com enfermeiros, médico e usuários, o atributo acesso apresentou escores maiores. No estudo realizado em Porto Alegre por Cunha (2007) foram obtidos maiores escores para o atributo acesso de primeiro contato nas USF com diferença significativa em relação às UBS.

No conjunto dos nove itens que compõem esse atributo nos serviços da APS do presente estudo, há importantes barreiras de acesso nos serviços: horário restrito de funcionamento, o fato dos serviços não estarem abertos nos sábados e domingos, a não disponibilidade de um número de telefone de alguém do serviço para o qual os pacientes podem ligar quando a unidade de saúde está fechada. Dificuldades de agendar as consultas de revisão também foram encontradas, sendo mais difícil nas UBS do que nas USF. O tempo de espera superior a 30 minutos nas unidades de saúde é outra limitação do acesso e diferenças foram encontradas entre os distritos estudados. No Distrito Assistencial Sul/Centro Sul o tempo de espera é menor do que no Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal. Resultados semelhantes sobre o acesso de primeiro contato foram encontrados nos estudos de Pimenta et al. (2008), Pereira et al. (2011) e Oliveira, Vieira, Collet e Lima (2012).

Resultados de Puccini e Cornetta (2008) evidenciaram dificuldades de acesso dos usuários à UBS, tais como dificuldade ou incerteza de obtenção de vaga para consulta no dia e dificuldades para agendar consultas. Além disso, também há desconfiança em relação ao atendimento recebido em UBS, anseio por exames ou medicações, temor exacerbado sobre a gravidade dos sintomas e orientações restritivas aos serviços oferecidos na APS. Dessa forma, os usuários que não se encaixam nos dias e horários de funcionamento rotineiros procuram o pronto-socorro para obterem atendimento.

Os baixos escores do atributo acesso de primeiro contato fornecem indícios sobre as dificuldades que os usuários têm que enfrentar quando precisam de atendimento na APS. Pode-se, então, inferir que as limitações do atributo acesso de primeiro contato não favorecem o atendimento de usuários em situações de urgência.

Depoimentos dos enfermeiros corroboram com essa inferência, pois segundo eles existem usuários que procuram diretamente os serviços de urgência e emergência ao invés da APS. As limitações de acesso de primeiro contato podem estar contribuindo para que os usuários procurem os serviços de urgência e emergência para conseguirem atendimento.

Dessa forma o acesso e o cuidado de usuários em situação de urgência representam um desafio para a APS. Para Almeida e Macinko (2006) o acesso é uma das principais barreiras para a utilização da APS e para atendimento das situações de urgência.

Estudos de Abreu (2009) e Lago (2010) com usuários de serviços de urgência ressaltam que eles procuram diretamente tais serviços por não receberem atendimento anterior nos serviços de APS. Na investigação de Acosta (2012) o usuário que não tem acesso nos serviços de APS utiliza os serviços de urgência de forma cíclica.

Estudo realizado por Haggerty et al. (2008) em Quebec no Canadá sobre o acesso aos serviços de cuidados de saúde apontou que os usuários têm dificuldades para acessar esses serviços quando apresentam problemas de saúde agudos.

Estudo de Souza et al. (2008) sobre acesso e acolhimento com usuários e profissionais dos serviços de ABS mostrou que mesmo com a ampliação do acesso aos serviços de APS a partir das USF, há dificuldades para atender a demanda e para referenciar os usuários, o que gera descontinuidade na atenção. Para os usuários é difícil realizar exames, marcar consultas especializadas e conseguir medicamentos na farmácia. Além disso, nas situações agudas precisam procurar o pronto atendimento. Para os profissionais, as dificuldades estão relacionadas à demanda excessiva, a falta de medicamentos na farmácia e ao sistema informatizado utilizado nas unidades de saúde.

De acordo com Starfield (2004), a acessibilidade é um elemento estrutural da APS, portanto, quando o serviço não está acessível e disponível, o manejo do problema pode ser afetado adversamente, comprometendo, assim, seu desempenho. Assim, a garantia de acesso e do primeiro atendimento para usuários em situação aguda na APS poderia trazer melhorias para os atendimentos em outros níveis de atenção, ou seja,

colaborar com a diminuição da procura por serviços de emergência hospitalares e pronto-atendimentos, conforme Cunha (2007).

O **atributo longitudinalidade**, por sua vez, é considerado característica central da APS, está relacionado a resultados positivos na qualidade dos serviços de saúde (WHO, 1992), como diminuição de internações por condições crônicas passíveis de tratamento ambulatorial, melhor aceitação de cuidados preventivos (GILL; MAINOUS, 1998), menores custos e maior satisfação do usuário (FAN; BURMAN; MCDONELL; FIHN, 2005).

O atributo longitudinalidade obteve valores diferentes nas médias dos escores entre as USF e entre as UBS. As USF apresentaram escores maiores ($>6,6$), enquanto que nas UBS os escores foram menores ($<6,6$). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos de Pereira (2008), Chomatas (2008), Stralen (2007) e Ibanez et al. (2006) para o atributo longitudinalidade.

As dificuldades relacionadas ao atributo longitudinalidade foram encontradas nos itens paciente pode telefonar e falar com o médico que conhece melhor quando tem uma pergunta, sabe quem mora com cada um de seus pacientes, sabe o histórico completo de cada paciente e sabe o emprego de cada um de seus pacientes.

Os itens do atributo longitudinalidade que obtiveram os maiores escores foram: entende as perguntas que seus pacientes fazem, o paciente consegue falar por telefone com o enfermeiro quando precisa, oferece tempo suficiente para os pacientes falarem sobre os seus problemas ou preocupações e conhece o paciente mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde. O item seus pacientes são atendidos sempre pelo mesmo médico e enfermeira, mostrou diferença entre os Distritos, ou seja, no Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal a média do escore foi maior do que no Distrito Sul/Centro Sul. O item sobre o paciente entende o que você diz ou pergunta para ele, apresentou diferença no Distrito Assistencial Sul/Centro Sul, sendo melhor esse entendimento nas USF do que nas UBS. Os itens referentes aos pacientes se sentem confortáveis em contar seus problemas ou preocupações, entendem quais são os problemas mais importantes para os pacientes que atende, teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas e sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando ou tivessem dificuldades de pagar por elas, apresentaram diferença entre os serviços, nas USF esses itens obtiveram médias maiores do que nas UBS.

Com base nesses resultados, infere-se que os enfermeiros das USF identificam a vinculação dos usuários aos serviços como elemento fundamental, sendo capazes de reconhecer sua população efetiva.

Para Brunello et al.(2010) o vínculo entre profissionais de saúde e usuários cria a oportunidade de construção de novas práticas voltadas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Isso porque, segundo Starfield (2002) o vínculo é uma relação pessoal estreita e duradoura, permitindo com o passar do tempo que essa relação se fortaleça, facilitando a continuidade do tratamento e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias. O vínculo favorece o reconhecimento de determinados tipos de problemas dos usuários, inclusive para as urgências, e pressupõe aumento da eficácia das ações de saúde. Pimenta et al. (2008) e Francheschini (2005) consideram o estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuário importante para a continuidade do cuidado. Mesmo que o usuário utilize outro serviço da rede assistencial e consulte com outro profissional, o vínculo não é perdido.

No estudo de Cunha (2009) a existência de uma agenda para o atendimento à demanda espontânea permitia a utilização das UBS pelos usuários como fonte regular de cuidados, inclusive para sintomas inespecíficos. Essa disponibilidade funcionava como facilitador da manutenção do vínculo e também com a diminuição das barreiras de acesso.

Nos resultados das entrevistas com os enfermeiros é possível identificar as situações de urgência mais comuns entre os usuários que utilizam a APS. Dentre elas, se destacam crise asmática, pressão arterial elevada e diabetes descompensado, as quais estão relacionadas à agudização de doenças crônicas, assim como, dor em geral, quedas, diarreia e queimaduras, que expressam quadro agudo. Em ambas as situações é imperativo a necessidade de atendimento do usuário no serviço quando ele apresenta uma situação de urgência. A possibilidade de atendimento nessa situação contribui com o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário e continuidade do tratamento ao longo do tempo.

Evidências encontradas no estudo de Gill (1998) mostram que quando o usuário recebe atendimento longitudinal em um mesmo serviço e com um mesmo profissional, ele aceita melhor as orientações médicas, utiliza menos os serviços de emergência e interna menos nos hospitais.

Nesse sentido, os atendimentos de usuários em situação de urgência na APS têm potencial para melhorar as relações entre usuários e trabalhadores, favorecendo a longitudinalidade. Por meio do atendimento às situações de urgência e do acompanhamento dos usuários e famílias, individualmente ou em grupo, constroem-se relações terapêuticas que permitem que haja continuidade da atenção e manutenção do vínculo, mesmo quando o usuário procura ou é encaminhado para outro serviço da rede assistencial.

Para Baratierie, Mandu, Marcon (2012a) fortes relações entre usuários, profissionais de saúde e família surgem em decorrência de uma situação específica de saúde e permitem a continuidade do acompanhamento, por meio de laços duradouros, que transcendem os episódios de doença e a resolutividade do problema.

Ademais, para Acosta (2012) o bom manejo e o acompanhamento do usuário portador de doença crônica, nos serviços de APS contribuem para evitar as reincidências de agudizações. Baratierie, Mandu, Marcon (2012a) consideram que o cuidado longitudinal promove a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, sendo que por meio de intervenções adequadas é possível amenizar os problemas de saúde, reduzindo agravos e, conseqüentemente, a necessidade do uso de serviços de alta complexidade, diminuindo custos, ressaltando-se a importância da coparticipação dos usuários nas ações em saúde.

Destaca-se o trabalho dos enfermeiros, pois são eles que realizam o monitoramento das condições de saúde individuais e coletivas, o levantamento de problemas de saúde e desenvolvem uma prática comunicativa que visa atender o usuário nas suas demandas (PEDUZZI, 2000). Eles desenvolvem, junto à equipe e aos usuários, o cuidado voltado para as situações de doença crônica, as quais, geralmente, necessitam de atenção constante por parte dos profissionais, configurando-se como um grupo vulnerável que requer prioridade nos atendimentos em saúde (BARATIERIE, MANDU, MARCON, 2012a).

Nos depoimentos dos enfermeiros é possível identificar que são os técnicos de enfermagem que recebem o usuário nos serviços de APS, verificam sinais vitais e escutam a queixa. O enfermeiro é o profissional que realiza a avaliação clínica de usuários em situação de urgência na APS e decide a seqüência do atendimento, com ou sem avaliação médica. Desse modo, os resultados permitem identificar que o enfermeiro

é o profissional de saúde que está mais acessível ao usuário, ou seja, é o profissional de referência na unidade de saúde para as situações de urgência.

Ademais, segundo, Brunello et al. (2010), é na equipe de enfermagem que os usuários percebem maior comprometimento e proximidade, sendo esse um fator que favorece o estabelecimento de relações que se estendem para além do aspecto biológico.

Quanto ao **atributo coordenação**, Hartz e Contandriopoulos (2004) destacam que a integração de cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a pessoas que apresentam problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas em tempo e espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Segundo Starfield (2004), a coordenação relacionada à integração de cuidados se refere à avaliação da estrutura do serviço, enquanto que a coordenação relacionada aos sistemas de informação se refere à avaliação do processo. A essência da coordenação consiste na disponibilidade das informações sobre os usuários, referentes a situações problemas e aos atendimentos anteriores. Pressupõe ainda o reconhecimento, por parte do serviço que está atendendo o usuário, das informações oriundas do serviço que o encaminhou e relacionadas ao atendimento presente. Portanto, requer-se o estabelecimento de alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio dos prontuários, ou de ambas as formas de comunicação, incluindo os registros e, posteriormente, as suas leituras em atendimentos subsequentes. O mesmo é válido quando ocorrem encaminhamentos entre os profissionais dos diferentes serviços.

O atributo coordenação - integração de cuidados apresentou escores maiores para a orientação em APS entre as USF e as UBS. Estudo de Ibanez et al. (2006) mostrou resultados semelhantes nas respostas dos profissionais médicos e enfermeiros de UBS e ESF. Entretanto, para Cunha (2007) e Oliveira (2007) este atributo não atingiu valores que pudessem classificá-lo com forte orientação para a APS.

O atributo coordenação - integração de cuidados apresentou maiores escores para os itens: alguém (profissional de saúde) serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada, fornecimento de informação escrita para o especialista quando o paciente é encaminhado e conversa com o paciente sobre os resultados da consulta encaminhada.

Para Giovanella, Mendonça, Almeida et al. (2009) a disponibilidade e a transferência de informações para usuários e profissionais de saúde de serviços

especializados são fundamentais para a regulação e para a continuidade da atenção em APS. Resultados descritos por Almeida, Giovanella, Mendonça e Escorel (2010) apontam que o fornecimento de informações escritas para o usuário levar ao serviço especializado é uma prática confirmada pelos profissionais da APS, enquanto que a insuficiência de informações sobre contra-referência foi apontada pelos gestores da APS.

Entretanto, fragilidades de integração de cuidados foram encontradas nos itens: conhecimento do profissional de saúde de todas as consultas que os usuários fazem a especialistas; discute com os pacientes diferentes formas de como ele poderia ser atendido na APS e recebimento dos resultados das avaliações dos usuários através da contra-referência do especialista ou do serviço especializado.

Almeida, Giovanella, Mendonça e Escorel (2010) em investigação sobre os desafios da coordenação dos cuidados nos diferentes níveis de atenção, indicaram que a prática sistemática de avaliação dos encaminhamentos em centros de saúde poderia melhorar a qualificação das referências e promover utilização mais racional dos recursos especializados. Esforços deveriam ser empreendidos também junto aos demais profissionais da rede assistencial quanto à necessidade de garantir a continuidade informacional, requisito para a coordenação do cuidado pela APS. A ausência ou as dificuldades de contra-referência sugerem necessidade de maior integração entre profissionais da APS e atenção especializada.

Estudo avaliativo da APS realizado por Tavares, Mendonça e Rocha (2009), tendo usuários como fonte da investigação, expõe dificuldades dos serviços de APS relacionadas à precariedade da referência, à inexistência de contra referência, às dificuldades de obtenção de resultados de exames e de agendamento de consulta com especialista.

Nas declarações dos enfermeiros foram mencionadas as articulações entre os serviços de APS com pronto-atendimento e com SAMU para o encaminhamento de usuários em situação de urgência. Porém, também foram identificadas dificuldades de comunicação com o SAMU, no que se refere às solicitações de atendimento da APS.

Segundo Rocha, Velloso e Alves (2009) as dificuldades existentes para a articulação das UBS com o SAMU podem estar relacionadas a indefinições de responsabilidades entre os níveis assistenciais para o atendimento de urgência, ou seja, o que compete a cada nível de atenção.

Além disso, nos depoimentos dos enfermeiros fica evidente que encaminhamentos de usuários em situação de urgência a serviços especializados, como pronto-atendimento e emergências hospitalares, estão relacionados à complexidade da situação e infraestrutura insuficiente dos serviços de APS, mesmo em situações que poderiam ser manejados nesse nível. Também, em certas situações algumas enfermeiras citaram que os usuários são orientados a utilizarem os serviços de urgência. Pressupõe-se que essa orientação também esteja relacionada à insuficiente infraestrutura das unidades, em relação a materiais, medicamentos, área física e dificuldades relacionadas à escassez de capacitações para o atendimento de urgência em APS.

O estudo de Puccini e Cornetta (2008) identifica que um dos motivos de utilização do pronto-socorro pelos usuários são as orientações restritivas e contraditórias que os próprios profissionais das APS repassam para os usuários. Tais orientações estão relacionadas à restrição do uso da APS, pois em situação aguda são orientados a procurar os serviços de emergência.

De acordo com Rocha, Velloso e Alves (2009) as UBS têm resistência em atender usuários em situação de urgência, por considerarem que esses usuários devam ser encaminhados a outros serviços com maior capacidade tecnológica. Oliveira e Trindade (2010) argumentam que a frequência de encaminhamentos é resultante da insegurança e do desconhecimento dos profissionais sobre as condutas e o manejo de usuários em situação de urgência na APS.

Segundo Pereira (2011), a prática dos encaminhamentos, como uma dimensão da integralidade, está relacionada com o aspecto da responsabilização pelo atendimento nos demais níveis do sistema, ou seja, não basta enviar o usuário com os requisitos exigidos, por exemplo, com a guia de referência, mas além da exigência administrativa o profissional deve se comprometer em estabelecer comunicação que assegure a atenção e ainda monitorar se ocorreu o atendimento eleito como necessário no outro serviço e desta forma, a complementaridade e continuidade da atenção se processam. Esta atitude de buscar estabelecer contatos de diferentes formas com o serviço para o qual se encaminha o usuário, também contribui com a possibilidade de maior aproximação entre os serviços da APS e dos demais serviços do sistema.

Para Almeida, Fausto e Giovanella (2011) a efetividade da APS como fonte regular de cuidado depende ainda do frágil equilíbrio entre a demanda espontânea e a demanda programada. A coordenação dos cuidados aos grupos prioritários parece estar

mais consolidada, entretanto nas USF o equilíbrio entre o cuidado dos doentes e as ações preventivas e de promoção da saúde precisa ser almejado para que a APS se torne o serviço de procura regular.

Por outro lado, para Almeida, Fausto e Giovanella (2011) maior parte dos médicos e enfermeiros avaliou problemas referentes à coordenação de cuidados decorrentes das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar como o principal entrave à integração da rede de serviços de saúde.

Hofmarcher et al. (2007), em estudo realizado em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), destacam que a capacidade de coordenação é fortemente afetada pela falta de integração entre os níveis assistenciais e pela relação entre os prestadores, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde.

Solicitar que o paciente traga os registros de saúde obtidos no passado, permitir que os usuários examinem seu prontuário e ter os prontuários à disposição sempre que for atender o usuário são os itens do atributo coordenação - sistemas de informação que obtiveram maiores escores, demonstrando a forte orientação dos serviços para a APS. Chomatas (2008) e Stralen (2008) evidenciaram resultados semelhantes ao encontrado neste estudo. Porém, nas pesquisas de Oliveira (2007), Cunha (2007) e Ibanez et al. (2006) os resultados foram divergentes, pois o atributo apresentou baixos escores.

Os estudos de Pereira (2008), Almeida e Macinko (2006) demonstraram que os itens orientar o usuário a trazer os registros de saúde ao serviço de APS e disponibilizar o prontuário quando ele solicitar, foram bem avaliados pelos profissionais de saúde e usuários. A importância da realização dos registros nos prontuários após o atendimento prestado ao usuário é uma prática reconhecida na APS (ALMEIDA; GIOVANELLA; MENDONÇA; ESCOREL, 2010).

Contudo, segundo Núñez, Lorenzo e Naverret (2006) independentemente do local onde sejam prestados os cuidados de saúde, é fundamental que eles estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, que é o cuidado de saúde aos usuários.

No que se refere ao **atributo integralidade**, Starfield (2002), atribui a ele a definição de elenco de serviços disponíveis nas unidades para atender os usuários. Dessa forma, as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o

paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde, incluindo, também, o encaminhamento para consultas especializadas, serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários. O componente integralidade referente aos serviços disponíveis é o componente que avalia a estrutura do serviço, ou seja, a variedade de atividades com as quais as unidades de APS são capazes de lidar, considerando que deveriam ter a capacidade para reconhecer e manejar todos os problemas comuns da população. O componente integralidade referente a cuidados prestados avalia o processo, isto é, o desempenho das atividades pelo profissional.

O atributo integralidade - serviços disponíveis obteve maiores médias nos escores tanto em USF quanto em UBS. Dos 22 itens deste atributo, 13 foram os que obtiveram melhores escores: aconselhamento nutricional, imunizações, programa ou benefício de assistência social para as famílias, planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais, aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas, aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, exame preventivo para câncer de colo de útero, aconselhamento sobre como parar de fumar, cuidados pré-natais, orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões, aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento, orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente e inclusão em programa de suplementação alimentar. Conforme estes resultados, tanto nas USF quanto nas UBS são realizadas atividades preventivas visando à redução de agravos à saúde da população.

Cinco destes itens apresentaram diferença estatística em favor das USF: aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas com melhores escores nas USF; orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente apresentou melhores escores nas unidades de APS do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul, nas USF do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal e nas USF do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul do que nas UBS do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal e inclusão em programa de suplementação alimentar com escores maiores nas UBS do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul do que nas UBS do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal e nas USF do que nas UBS do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal.

As piores médias dos escores do atributo integralidade relacionadas aos serviços disponíveis foram observadas nos itens: avaliação de saúde bucal, tratamento dentário,

identificação de problemas visuais, sutura de um corte, identificação de problemas auditivos, colocação de tala, remoção de verrugas e remoção de unha encravada.

Destes itens três apresentaram diferenças em favor das USF: avaliação de saúde bucal apresentou melhor escore nas UBS do Distrito Sul/Centro/Sul do que nas USF do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal; tratamento dentário apresentou melhores escores nas unidades de APS do Distrito Assistencial Sul/Centro e identificação de problemas visuais obteve piores escores nas UBS.

Tais resultados fornecem indícios sobre as dificuldades que os usuários podem encontrar nos serviços de APS para serem atendidos quando apresentarem algum corte que necessite de sutura, fraturas, quedas, problemas auditivos, problemas visuais, problemas dentários e situações que causam dor e desconforto.

Ademais, nos depoimentos dos enfermeiros em relação ao atendimento de usuários em situação de urgência, mesmo que realize a avaliação dos usuários e encaminhamentos dos casos que não podem ser manejados nas unidades, as ações são improvisadas. Os resultados fornecem indicativos de que não há organização e planejamento de atividades voltadas para o atendimento de urgência na APS.

Desse modo, essas dificuldades podem influenciar o usuário a procurar atendimento de saúde em outros serviços da rede assistencial, como por exemplo, os serviços de emergência. Cunha (2007) destaca que a realização de atividades simples diminuiria a procura pelos serviços de emergência, como por exemplo, sutura de pequenas escoriações realizada em unidades de saúde. Aponta, ainda, a necessidade de planejamento de ações que podem ter impacto na redução de demanda em outros serviços implicando na satisfação dos usuários.

Pereira (2011) destaca que a oferta de recursos a ser disponibilizado guarda estreita relação com o modelo assistencial que se pretende implantar e, desta forma, assume uma dimensão política. A integralidade da atenção precisa ser considerada de forma que a implantação e implementação de recursos para prover a atenção ocorram dinamicamente, ajustando-as às necessidades de saúde identificadas na população, considerando que a oferta desnecessária pode ser geradora de necessidades de consumo; por outro lado, os limites de recursos podem comprometer situações passíveis de serem prevenidas, diagnosticadas e mesmo tratadas neste nível de atenção, gerando custos sociais e financeiros para a família e para o Estado. Starfield (2004 p. 63) destaca que os profissionais precisam desenvolver práticas de atenção procurando ofertar e reconhecer

“adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais”.

Para Starfield (2004) nem sempre se pode afirmar que a variedade e maior oferta de serviços significam melhor cuidado, pois alguns recursos disponíveis podem não ser efetivos e, mesmo que o sejam, não justificam o custo financeiro.

O atributo integralidade - serviços prestados, também obteve médias altas nos escores tanto USF quanto para UBS, o que demonstra a forte orientação dos serviços para a APS. Entretanto, houve diferença estatística entre as unidades, sendo a favor das USF.

Os itens que demonstram melhores médias nos escores foram: conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente, segurança no lar, formas de lidar com conflitos de família, conselhos sobre exercícios físicos, testes de sangue para verificar os níveis de colesterol, verifica e discute sobre medicamentos que o paciente está usando, possíveis exposições a substâncias perigosas, como prevenir queimaduras, prevenção de quedas, prevenção de osteoporose, cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou à menopausa, maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças e mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária. Diferenças estatísticas foram encontradas em favor as USF nos itens: formas de lidar com conflitos de família, exposições a substâncias perigosas, prevenção de quedas, cuidados de problemas comuns relativos à menstruação ou à menopausa, maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças e mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

Almeida e Macinko (2006) em estudo desta natureza realizado em Petrópolis – RJ mostram diferença estatisticamente entre os dois tipos de unidades ESF e UBS, sendo o escore maior atribuído às unidades do ESF. No conjunto dos 22 itens deste atributo, nove não apresentaram diferenças estatisticamente significativas e treze a apresentaram; uma explicação apontada pelos autores para esse resultado é a utilização mais frequente dos usuários das USF para controle de doenças preventivas e para necessidades agudas de saúde. Eles destacam que somente o atendimento odontológico obteve valores maiores nos escores para as UBS.

Na abordagem que os profissionais de saúde realizam com os usuários, conforme respostas dos enfermeiros ao questionário, torna-se possível inferir que os

temas abordados visam à promoção da saúde e a prevenção de agravos, inclusive a prevenção de situações de urgência.

Entretanto, os itens sobre o uso do cinto de segurança e arma de fogo foram os itens que apresentaram as piores médias nos escores. Esses resultados podem estar relacionados à dificuldade de abordar tais temas com as famílias devido a condições socioculturais e de vulnerabilidade em que tanto profissionais de saúde quanto usuários estão expostos. Além disso, por não se tratar de algo que está incluído na fala cotidiana dos enfermeiros, mesmo que para a comunidade seja fácil.

Para Starfield (2004) reconhecer e lidar com problemas sociais são considerados de relevância, uma vez que esta proposta adere à concepção de que o processo saúde-doença tem relação direta com o ambiente social e este tem forte influência nas causas dos sofrimentos e enfermidades.

Assim, a integralidade da atenção implica no entendimento de que as necessidades dos usuários precisam ser desvendadas em suas múltiplas dimensões considerando a diversidade e complexidade das mesmas frente às relações materiais de existência dos usuários. Portanto, os profissionais precisam articular e incorporar diferentes saberes e recursos para contribuir com a resolução dos problemas de saúde dos usuários ou pelo menos minimizar o sofrimento daquelas pessoas que estão sob cuidados nos serviços de saúde (STARFIELD, 2004).

O **atributo orientação familiar**, refere-se ao conhecimento dos fatores familiares que está relacionado à origem e ao cuidado das doenças (STARFIELD, 2000). Para Macinko et al.(2003) este atributo apresenta inter-relação com a integralidade da atenção, uma vez que as relações estabelecidas no contexto familiar e os fatores que possam expor o usuário a condições adversas ou favoráveis ao processo saúde doença, são considerados na prática de saúde.

Na especificidade da ESF, o objeto de trabalho da equipe é o usuário inserido em seu ambiente intra e extra familiar. Assim, a atenção ao usuário deve estar articulada com o enfoque na família (BRASIL, 1998).

No atributo orientação familiar, às médias dos escores foram altas em todos os itens, demonstrando que os serviços possuem forte orientação para a APS. Os itens relacionados a doenças e problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes e se estão dispostos e são capazes de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar apresentaram altas

médias tanto em UBS quanto em USF, entretanto houve diferença entre os serviços, demonstrando melhores resultados nas USF. Estes resultados confirmam a afirmação de Canesqui e Oliveira (2002) de que o foco de ação do PSF está centrado na família.

Para Oliveira e Marcon (2007), a família no contexto da ESF, deve ser compreendida integralmente no contexto social. O foco do cuidado deve ser em ajudar e em capacitar a família de forma a atender as necessidades de seus integrantes, especialmente na relação ao processo saúde doença.

É importante mencionar que nas UBS a atuação dos profissionais de saúde também está orientada para a família, demonstrando que ela também é objeto de cuidado nestas unidades.

Estudo de Chomatas (2008) mostrou alto desempenho para APS no atributo orientação familiar. No estudo de Almeida e Macinko (2006) foram observadas diferenças importantes entre as USF e as UBS no que se refere ao enfoque familiar, sendo apontado melhor desempenho nas USF do que nas UBS nos itens: prontuários médicos organizados por família, profissionais do PSF reportam que mais frequentemente perguntam ao usuário sobre fatores de risco na família e profissionais incluem perguntas sobre fatores de risco socioeconômico durante a consulta.

Entretanto, estudos de Ibáñez (2006), Elias et al. (2006) e Stralen (2008) apesar de mostrarem resultados favoráveis para as USF no atributo enfoque familiar, as médias dos escores foram baixas.

O atributo orientação comunitária refere-se ao conhecimento do profissional de saúde dos serviços de APS sobre as necessidades da comunidade. Esse conhecimento pode ser adquirido através de dados epidemiológicos e de contato direto com a comunidade (STARFIELD, 2001).

O atributo orientação comunitária obteve médias variáveis nos escores com diferenças entre USF e UBS nos Distritos Assistenciais estudados. Os itens do atributo orientação comunitária que indicam melhor orientação para a APS foram: realização de visitas domiciliares, conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende e ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde.

O item realização de visitas domiciliares foi mais bem avaliado pelas USF. Diferenças foram encontradas entre as USF do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul e as UBS Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal, sendo que a diferença foi a favor das

USF; e entre UBS do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul e UBS do Distrito Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal, a diferença foi a favor das UBS do primeiro Distrito. O estudo de Almeida e Macinko (2006) mostrou diferença entre as USF e as UBS em relação à orientação comunitária. Em geral, as USF estão mais voltadas para a comunidade do que as UBS. O estudo também evidenciou que nas USF as visitas domiciliares são realizadas frequentemente em comparação com as UBS.

No item sobre conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende, as diferenças foram encontradas entre as USF e UBS do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, sendo melhor nas USF. Também, houve diferença entre as USF dos Distritos estudados, ou seja, nas USF do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul esse item é mais bem desempenhado.

No estudo realizado por Cunha (2007), com enfermeiros e médicos de dois Distritos Assistenciais do município de Porto Alegre, foram identificadas diferenças entre USF e UBS para os atributos orientação familiar e orientação comunitária. A percepção de conhecer bem as famílias que consultam na unidade de saúde e a realização de visitas domiciliares foi maior nas UFS do que nas UBS.

Entretanto, os itens que não corroboram para um desempenho deste atributo foram: realização de pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas, realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer e presença de usuários no conselho local de saúde.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados na pesquisa de Cunha (2007) em que os componentes do atributo, utilização de pesquisas comunitárias e participação dos Conselhos de Saúde, apresentaram baixos escores. Segundo ele, isso significa construir, nas equipes de saúde, espaços em que o serviço receba o retorno da comunidade como forma de fortalecer a APS, já que através desses atributos é possível monitorar e avaliar a efetividade dos serviços ou programas e estimular maior participação social.

Para Almeida e Macinko (2006) a participação da comunidade nos conselhos de saúde tem sido restrita, por parte dos usuários dos serviços de APS. Talvez não participem por desconhecerem as instâncias de participação popular e dos Conselhos de Saúde dos municípios (WENDHAUSEN, 2002).

No estudo de Pereira (2011) os atributos orientação familiar e orientação comunitária, não se constituíram em dificuldades para a APS da cidade de Petrópolis (RJ).

Por outro lado, no estudo de Pimenta et al. (2008) os atributos orientação familiar e orientação comunitária ficaram abaixo da média esperada (>6,6). Resultados das pesquisas de Ibanez et al.(2006), Elias et al (2006), Stralen (2008) e Oliveira (2007) corroboram com o estudo de Pimenta et al. (2008), e mostram que nas USF estes atributos apresentam melhor desenvolvimento.

Segundo Pereira (2011), partindo-se do pressuposto que as necessidades das pessoas têm estreita relação com o contexto social, esta perspectiva precisa ser incorporada na prática assistencial dos profissionais.

Contudo, as USF apresentaram desempenho mais direcionado à comunidade que as UBS, atendendo à proposta de APS, não apenas do Brasil, mas desde a Conferência Internacional de ALMA ATA, em 1978.

6.2 USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA NA APS

No trabalho dos enfermeiros dos serviços de APS estudados, usuários em situação de urgência fazem parte da rotina de trabalho. É através da demanda espontânea, que a maioria das situações de urgência surge nas unidades de saúde, seguida pelas situações que ocorrem no domicílio.

Estudo de Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) apontou que a maioria dos atendimentos realizados por uma USF do interior de Minas Gerais, estava voltado para atender a demanda espontânea e cerca de 54% dela, era composta por usuários que apresentavam alguma situação urgente e aguda, que necessitava atendimento prioritário e que no dia procuravam a unidade.

Segundo Barros e Sá (2010) a recepção é definidora do acesso do usuário que procura o serviço nas condições agudas e crônicas não agendadas, no entanto é um local em que é difícil assumir a responsabilidade pelo cuidado do usuário.

Shimuzi, Dytz e Lima (2004) apontaram que nas unidades de SF os profissionais de saúde têm se empenhado para realizar atividades que têm como finalidade o atendimento da demanda espontânea, como a consulta médica e de enfermagem, a

dependem do nível de complexidade e gravidade do quadro clínico do cliente, priorizando situações urgentes e ações que visam ao controle da doença. Por outro lado, o atendimento dessa demanda limitava o atendimento para as atividades de prevenção e promoção da saúde.

No entanto, para Friedrich e Pierantoni (2006) as ações preestabelecidas na ESF (atenção ao diabético, hipertenso, pré-natal, entre outras) podem inibir outras ações da estratégia, como o levantamento de problemas de saúde próprios da localidade, pelos usuários e pelos trabalhadores. As atividades assistenciais realizadas pelas enfermeiras são atividades de demanda programada - isto é, agendadas previamente, como pré-natal de baixo risco, preventivo, visita domiciliar, acolhimento, grupos educativos – além das atividades burocráticas e administrativas, como o preenchimento de formulários e a supervisão de auxiliares e agentes comunitários.

Dessa forma, nos serviços de APS há valorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e de usuários com doenças crônicas, como hipertensos e diabéticos através dos programas HIPERDIA (Programa Nacional de Hipertensos e Diabéticos), Puericultura, Programa de Vigilância de Baixo Peso, Programa de Imunização, entre outros. Esses programas visam garantir melhor qualidade de vida aos grupos vulneráveis, através do monitoramento e acompanhamento do estado de saúde dos usuários cadastrados. Todavia, as ações de acompanhamento que priorizem os grupos de risco, têm a finalidade prevenir danos evitáveis ou o agravamento de doenças crônicas. Um dos resultados dessas ações é a diminuição das internações hospitalares por problemas preveníveis e/ou tratáveis na APS, sendo que as altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população podem indicar problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho (ALFRADIQUE et al., 2009).

Uma revisão sistemática mostrou a diminuição do risco de hospitalizações por doenças cardíacas em pacientes atendidos em Programas de Manejo de Doenças, indicando melhor manejo ambulatorial das doenças de base (NEDEL; et al., 2010). Estudo sobre a efetividade da ESF diante da mortalidade infantil revelou um aumento de 10% na cobertura de equipes de SF implicando em diminuição de 4,6% na taxa de mortalidade infantil, mesmo após controle de variáveis sócio-econômicas e de assistência à saúde (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

A situação encontrada nos serviços de APS é favorável, visto que, se a existência do acolhimento for produtora de cuidado e inclusão para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais esse dispositivo, aumentando suas chances de sustentabilidade e, conseqüentemente, a legitimidade da APS. Se o sentido do acolhimento da demanda espontânea é fortemente marcado pela perspectiva de incorporação de novas formas de escutar e receber os usuários, não basta conduzir esse processo entre os trabalhadores e gestores (BRASIL, 2011a).

Cunha e Sá (2013) observaram que existem dificuldades das equipes de SF em lidar com a demanda espontânea e a programada e isso se reflete na organização e decisão entre prioridades das visitas domiciliares voltadas para usuários crônicos ou com demandas urgentes e agudas, demonstrando muitas vezes o caráter de imprevisibilidade das situações e a necessidade de priorização dos atendimentos. Segundo Borba (2006) e Brasil (2011a) é fundamental que os serviços de APS, também, acolham o que não pode ser programado, as eventualidades e os imprevistos.

Estudo realizado em Portugal, por Duarte (2010), sobre o papel do enfermeiro nos cuidados domiciliares constatou que as intervenções realizadas por eles são baseadas no agravamento verbalizado pelos cuidadores e englobam a prevenção das patologias relacionadas com o confinamento ao leito. Os enfermeiros destacam as dificuldades na mobilidade, na urgência de procedimentos técnicos, na identificação de sintomas (dificuldade respiratória, secreções abundantes, disfagia) e no receio de exacerbação de sintomas.

Com isso, compreende-se que o surgimento de situações urgentes que afetam os usuários pode ser previsto e os serviços de APS precisam reconhecer essa condição, para estarem preparados a receber e atender os usuários nas eventualidades que surgirem.

As demandas urgentes citadas pelas enfermeiras dos serviços de APS foram hipertensão arterial, crise hipertensiva, dor no peito, crise convulsiva, hipoglicemia, hiperglicemia, asma, bronquite, febre, corte que necessite de sutura, queimaduras, quedas, mordida de cão, cefaléia e sangramento em gestantes.

Estas situações são frequentes nos serviços de APS e as exacerbações, muitas vezes, acontecem com usuários que são acompanhados regularmente no serviço de saúde, por possuírem alguma doença ou agravo crônico e que agudizaram (BRASIL, 2011a).

No estudo de Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) as demandas mais comuns presentes no acolhimento foram relacionadas a problemas respiratórios, dermatológicos, gastrintestinais, osteo-musculares, ginecológicos, cardiovasculares e genitourinário. Entre os tipos de queixas, destacaram-se amigdalite, resfriados, sinusites, renites, asma, pneumonia, impedigo, parasitoses, dor abdominal, gastrite, diarreia, lombalgia e artralgia. Para Agostin et al. (2012) a dor foi a principal queixa identificada nos casos de urgência e emergência pela equipe de enfermagem de uma ESF de um município do Extremo Sul de Santa Catarina.

Para Lumer e Rodrigues (2011), alguns agravos clínicos e cirúrgicos podem ser tratados de forma definitiva na APS, tais como: controle da asma leve e moderada, hidratação nas diarreias e nos vômitos, analgesia na dor crônica e aguda, imobilização na luxação e entorses, suturas pequenas, entre outras. Contudo, as possíveis complicações precisam ser encaminhadas a outro nível de complexidade, como nos casos de Paradas Cardiorrespiratórias (PCR), Edema Agudo de Pulmão (EAP), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), que são súbitas e imprevisíveis e não podem esperar por um suporte para manutenção da vida. Já as urgências psiquiátricas foram consideradas de difícil manejo, devido à subjetividade da queixa, da mimetização de sinais e sintomas de gravidade e da presença de comorbidades.

Diante disso, usuários em situação de urgência são objeto de trabalho dos profissionais de saúde na APS. Para Lumer e Rodrigues (2011) atender urgências básicas e encaminhar adequadamente as urgências, emergências e de casos de maior complexidade é finalidade, também, da APS, estando em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Entretanto, é possível identificar através dos depoimentos dos enfermeiros que há resistência dos profissionais em realizar os atendimentos a usuários que se apresentam em tais situações.

Mesmo que essas situações estejam associadas à alterações fisiopatológicas e façam parte da compreensão do corpo biológico, as situações de urgências são reconhecidas por poucos enfermeiros como objeto de trabalho na APS. Tal objeto aparece frequentemente através da demanda espontânea e compõe uma variedade de situações imprevistas que precisam ser avaliadas e atendidas (BRASIL, 2011a). Por outro lado, estudos de Cezar-Vaz et al. (2010), Sena et al. (2005), Ribeiro, Pires e Blank

(2004) e Colomé (2013) identificaram a ampliação do objeto do trabalho dos enfermeiros, para além do corpo biológico, incluindo a determinação do processo saúde e doença contido nele.

A dificuldade em reconhecer esse objeto pode estar associada à possibilidade do profissional não entender a necessidade do usuário na lógica da APS e também por não compreender a finalidade do trabalho no serviço.

Estudo de Shimizu e Rosales (2009) destaca como imprescindível nas práticas na saúde da família, tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando a atenção de forma a incluir as doenças e suas complicações e suas causas no que se refere a condições de vida, trabalho e lazer.

Neste sentido, as situações de urgência, apesar de entrarem na lógica das situações que são imprevistas e que não são programadas, fazem parte do cotidiano do trabalho na APS, como apontam os depoimentos dos enfermeiros. Entretanto, eles não reconhecem como objeto da APS, porque a finalidade não está orientada para esse objeto.

6.3 ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA NA APS

O atendimento a usuários em situação de urgência é realizado nos serviços de APS. A equipe de enfermagem tem se destacado no atendimento aos usuários da demanda espontânea em situação de urgência na APS. São os técnicos e auxiliares de enfermagem que realizam escuta dos problemas e das queixas apresentadas pelos usuários. Os enfermeiros avaliam as situações, estabelecem prioridades e identificam riscos e vulnerabilidades, através da tomada de decisão, baseada em saber clínico, sobre a conduta mais adequada para cada caso, e em acordo com a capacidade tecnológica disponível na unidade de saúde.

Em um estudo sobre as percepções da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho na Saúde da Família realizado por Cardoso et al. (2011) foi apontado que os enfermeiros se reconhecem e são reconhecidos pela equipe de enfermagem como a principal força de trabalho promotora do acolhimento. Evidenciaram também, a importância das atividades desenvolvidas pelos auxiliares de

enfermagem para o desenvolvimento do acolhimento. Com isso, Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) consideram que o acolhimento tem contribuído para o aumento da responsabilidade da equipe de enfermagem no atendimento de usuários na demanda espontânea. Para Takemoto e Silva (2007) o acolhimento é uma das etapas do processo de trabalho para a reorganização do trabalho.

Para Shimizu e Rosales (2009), mesmo que a equipe de enfermagem esteja preparada para a resolução da maioria dos problemas, as atividades centrais continuam sendo a consulta médica, realizada no modelo de pronto-atendimento, em prejuízo ao cuidado integral de atenção e ao controle sobre os determinantes principais das condições de saúde.

No estudo realizado com a equipe de enfermagem e com os agentes comunitários de uma ESF do Extremo Sul de Santa Catarina, nos casos de urgência e emergência é a equipe de enfermagem que realiza a triagem e o encaminhamento para o médico, o qual define a conduta (AGOSTIN et al., 2012).

Nos depoimentos dos enfermeiros é possível identificar, o compromisso do enfermeiro em fornecer uma resposta adequada ao usuário em situação de urgência, através do contato com o SAMU para solicitar informações de como proceder em determinado caso e na articulação da própria equipe de saúde, que se une para ofertar a melhor resposta. Para Colomé (2013) o enfermeiro utiliza conhecimento clínico para verificar se pode atender o usuário e decidir a necessidade de encaminhamento para outro profissional.

Para identificar as situações de urgência e realizar a avaliação inicial dos usuários os enfermeiros utilizam critérios. Esses são apontados nos depoimentos e baseiam-se no saber clínico, que é entendido como um instrumento do processo de trabalho dos enfermeiros. O saber clínico fundamenta a prática voltada para o indivíduo, para as doenças e para a cura (CAMPOS, 2006).

O enfermeiro, ao realizar a avaliação inicial dos usuários em situação de urgência, utiliza o saber clínico, que valoriza os sinais e sintomas biológicos para a tomada de decisão. A avaliação clínica é guiada por critérios objetivos e subjetivos. Os critérios objetivos se referem ao exame físico, com verificação dos sinais vitais, nível de glicose capilar e nível de consciência. Os critérios subjetivos envolvem a escuta das queixas (determinação do tipo, local, intensidade e duração) e da história relatada pelo

usuário ou pelo familiar. No estudo de Agostin et al. (2012), a identificação dos casos de urgência e emergência baseava-se no relato da queixa do usuário, na verificação dos sinais vitais e na anamnese.

Este instrumental próprio da área da saúde embasa a concepção de urgência para os profissionais e, algumas vezes, se confronta com a concepção do usuário sobre o que urgência. Para Giglio-Jacquemot (2005) as percepções dos usuários sobre urgência são diversas e encontram-se vinculadas aos problemas e às necessidades de saúde que compreendem desde o risco à vida até situações de menor complexidade e gravidade. Esses aspectos indicam que a percepção de urgência está alicerçada em situações, que nem sempre são condizentes às manifestações biológicas de maior gravidade, mas que estão interligadas a critérios e necessidades de quem solicita atendimento.

Os critérios utilizados, relatados pelos enfermeiros, são fundamentais para a definição dos casos e para a tomada de decisão diante de uma situação de urgência. Entretanto, limitam as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro e contribuem para a baixa resolutividade da APS nos casos urgentes.

Conforme Matumoto et al. (2012), na prática dos enfermeiros da rede básica de atenção à saúde, tem predominado o atendimento as condições agudas em que o trabalho se volta para a resolução imediata e paliativa das queixas, demonstrando manutenção do modelo de pronto atendimento, em que a prática clínica ficou limitada à consulta de enfermagem eventual.

É importante a ampliação do olhar sobre o usuário em situação de urgência na APS, para a lógica integral que articule o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde alicerçada pelo vínculo e estabelecendo a continuidade da atenção.

O estudo de Colomé (2013) apontou que o enfermeiro tem desempenhado importante papel clínico do cuidado na APS. Ele mobiliza inúmeros conhecimentos para prestar o atendimento, utiliza perguntas para auxiliar no raciocínio clínico e para pensar sobre as possibilidades de cuidados e considera informações dadas e recebidas para a tomada de decisão. Na interação com os usuários, o enfermeiro escuta, examina, questiona, avalia e fornece orientações de cuidados.

A capacidade de acolhida das equipes de APS se relaciona com a exposição à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Dessa forma, a escuta realizada pelas equipes de APS aos pedidos de atendimento e às necessidades dos usuários pode

ser considerada como um elemento-chave para o atendimento de usuários em situação de urgência (BRASIL, 2011a).

O conhecimento clínico articulado com a escuta atenta dos problemas e necessidades dos usuários permite ao enfermeiro ampliar as situações de cuidado para o contexto em que o usuário está inserido construindo possibilidades para a continuidade do cuidado (MATUMOTO et al., 2011). Dessa forma, é possível que se construam relações terapêuticas mais acolhedoras e resolutivas, com acompanhamento da situação de saúde e doença do usuário na unidade de saúde e com a identificação de problemas de saúde para além da queixa principal.

É esta perspectiva que deve ser assumida na APS para o atendimento de usuários em situação de urgência permitindo uma abordagem integral do processo saúde e doença. O profissional que recebe e atende o usuário deve escutar a queixa, os medos, as expectativas; identificar os riscos e acolher a avaliação do próprio usuário, se responsabilizar por dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas com as ofertas do serviço, produzindo encaminhamentos responsáveis a demanda não resolvida (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, para Pereira e Alves (2004), o enfermeiro vem conquistando espaço nas equipes de saúde de APS e na SF em função de sua facilidade de comunicação, da capacidade de escuta, da confiança dos usuários, além do reconhecimento por parte da comunidade e dos profissionais como facilitador do atendimento, pois é ele quem agiliza e realiza encaminhamentos necessários.

No que se refere aos encaminhamentos dos usuários em situação de urgência da APS para os serviços de urgência e emergência, foram revelados nos depoimentos, que eles estão relacionados com a complexidade dos casos que exigem serviços com maior capacidade tecnológica; infraestrutura insuficiente das unidades de saúde, no que se refere a medicamentos e exames; e competência técnica dos profissionais de saúde.

Marques e Lima (2007) identificaram que pacientes em situação de risco ou gravidade que estivessem próximos da área física da Unidade de Saúde eram trazidos para avaliação no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e, quando não resolvido o problema nesse local, eram transferidos para serviços de maior complexidade tecnológica. Faziam parte desses casos os pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas cardíacos, crises convulsivas, males súbitos, distúrbios psiquiátricos, entre outros. Usuários com doenças crônicas necessitam de

acompanhamento contínuo nos serviços de saúde (MARQUES, 2010). Nos casos de exacerbação de alguma doença, como crise hipertensiva e acidente vascular encefálico, o manejo em serviços de urgência é imprescindível (ACOSTA, 2010).

Para Barros e Sá (2010) usuários da SF são encaminhados para serviços de emergência para atendimento de situações agudas, frequentemente quando não conseguem ser incluídos na agenda da unidade, quando não há medicamentos padronizados disponíveis na própria USF e quando necessitam fazer algum exame em outros serviços pela dificuldade da USF reconhecer uma urgência e realizar agendamento sem estabelecimento de prioridade.

Os sistemas de referência e contra-referência, também, são frágeis e não organizam o fluxo dos usuários ao sistema de saúde (DESLANDES et al., 2007). Ademais, não são claras as definições e as competências para o atendimento de urgência nos diferentes níveis do sistema (ROCHA; VELLOSO; ALVES, 2009).

Dessa forma, os encaminhamentos devem ser realizados de forma responsável de acordo com a situação do paciente (CARNEIRO, 2009) e articulados com a toda a rede de atenção à saúde, tendo o cuidado de referenciar adequadamente o usuário. É fundamental que as unidades básicas possuam adequada retaguarda pactuada para o encaminhamento dos pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados, necessitem de cuidados de outros serviços (BRASIL, 2011a).

O estudo apontou também, que os enfermeiros realizam orientações para usuários e familiares, e fornecem o boletim de referência quando há encaminhamentos para outros serviços da rede assistencial. No estudo de Lemões, Costa e Sassi (2009) para os encaminhamentos de usuários para o hospital os profissionais realizavam orientação verbal e utilizavam boletim de referência e contrarreferência ou um documento assemelhado. A utilização do boletim de referência e contrarreferência nas instituições de saúde serve para auxiliar na conduta dos profissionais e a organização da rede assistencial.

Quanto à competência técnica dos profissionais de saúde, para atender os casos urgentes, o relato de um enfermeiro demonstra que há dificuldades de manejá-los na unidade de saúde. A competência técnica está ancorada nos conhecimentos da clínica, nas habilidades técnicas e nas atitudes na dinâmica relacional com o usuário e com o seu contexto social.

De acordo com Puccini et al. (2012), baixa a qualificação técnica dos profissionais é um dos fatores que caracteriza a insuficiência e a inadequação das UBS para o atendimento dos casos urgentes.

Barros e Sá (2010) apontam que os profissionais sentem-se angustiados por não saber responder a demanda e como cuidar da população nos diferentes ciclos de vida, o que resulta na falta de confiança na capacidade resolutive da APS, em especial, ao médico da família. Os profissionais que ficam na recepção da unidade orientam mães que solicitam atendimento pediátrico, a procurar atendimento nos serviços de emergência (BARROS; SÁ, 2010).

Na concepção dos enfermeiros há usuários que procuram diretamente os serviços de emergência ao invés dos serviços de APS nas situações de urgência. Muitos estudos sobre a demanda de usuários nos serviços de urgência e emergência têm observado alta proporção de usuários com problemas que se avaliam como possíveis de serem resolvidos em APS (LADEIRA; BARRETO, 2008; MINAYO, 2008, PUCCINI; CORNETTA, 2008; BARROS; SÁ, 2010; SANTOS, 2010; GEHLEN, 2012; ACOSTA, 2012). Nesse sentido, há várias circunstâncias que podem contribuir para a utilização dos serviços de urgência por estes usuários.

Puccini e Cornetta (2010) identificaram os motivos de procura de atendimento em serviços de pronto-atendimento e não as UBS pelos usuários. Eles estão relacionados ao uso de assistência particular, ou plano privado, desconfiança em relação ao atendimento em UBS ou anseio por recursos tecnológicos (como exames e medicamentos), falta de médicos nas UBS quando necessitam, dificuldade de conseguir vaga no dia que precisam, dificuldades para agendar consultas e orientações contraditórias dos profissionais. Essas orientações estão relacionadas a um padrão restritivo que ora define que o usuário deva procurar os serviços básicos, ora procurar serviços de emergência em outros. O descaso dos usuários, relacionado à incerteza do acesso, é um fator gerador de demanda para outros serviços.

Por outro lado, estudo de Kovacs et al. (2005) sugere que a procura pelo pronto-atendimento não tem relação com o contexto da APS, mas com o comportamento cultural. O principal motivo que leva a pessoa doente a procurar o serviço de emergência é o atrativo exercido pela unidade de maior densidade tecnológica e a confiança da população no serviço que está diretamente relacionada com a complexidade do mesmo. A população está acostumada a procurar outros serviços, pois

aprende na relação com eles que é mais fácil procurar atendimento nos serviços de emergência para a resolução do seu problema imediato, por ser mais rápido o acesso a exames (BARROS; SÁ, 2010).

No entanto, a densidade tecnológica dos serviços de emergência não oferece uma resposta mágica as necessidades e problemas dos usuários, apenas estabelecem um cuidado imediato e pontual. O destaque da APS no atendimento de usuários em situação de urgência é viável com a criação e o fortalecimento de vínculos nos momentos de sofrimento dos usuários, em que se sentem desamparados, desprotegidos, ameaçados e fragilizados, estabelecendo continuidade do cuidado e encaminhamentos orientados para outros serviços.

É importante considerar que o vínculo e acompanhamento de usuários nos serviços de APS são fatores que contribuem para a diminuição da procura pelos serviços de emergência. No entanto, somente o vínculo com APS não tem se mostrado suficiente para prevenir a utilização do serviço de emergência por demandas não urgentes, é necessário que o profissional de saúde seja de fácil acesso e esteja disponível de forma rápida para atender a demanda espontânea (RUST et al., 2008). Além disso, é importante considerar, se a população adstrita reconhece as unidades de saúde da família como fonte regular de cuidados ou se a utilização da unidade é simplesmente pela restrição de opções, o que poderia implicar na não adesão às recomendações terapêuticas, e ainda a busca de serviços de emergência para tratamento de agravos passíveis de intervenção pela equipe de APS (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Os enfermeiros, em seus relatos, apontaram dificuldades para o atendimento de usuários em situação de urgência na APS. As dificuldades elencadas foram: a insuficiência de recursos materiais e medicamentos, ausência de estrutura física apropriada, problemas de organização do serviço, ausência de protocolos e treinamentos para capacitação dos profissionais e dificuldades comunicação com o SAMU.

Puccini et al. (2012), apontam que nas UBS faltam recursos materiais, de pessoais e métodos diagnósticos ágeis. Segundo Acosta (2012), os serviços de menor complexidade, como a APS, as salas de estabilização e a atenção domiciliar, recebem pouco incentivo do poder público, para o atendimento das urgências.

Estudo realizado por Carneiro (2009) em unidades de ESF de Fortaleza evidenciou que a maioria dos serviços tem estrutura física inadequada para a assistência usuários em situação de urgência, como também, não dispõem de materiais básicos,

como oxigênio,ambu, material de sutura entre outros, para o atendimento dessa natureza. O despreparo dos profissionais para atender os casos urgentes foi outro nó crítico apontado no estudo, demonstrando a insuficiência de estratégias de educação em serviço para qualificar os profissionais para a assistência a essa demanda.

A falta de estruturação de recursos físicos e medicamentos para atender usuários em situação de urgência foram apontados em uma revisão sobre a atenção as urgências nas unidades de ESF em Pelotas (OLIVEIRA;TRINDADE, 2010).

Dessa forma, identifica-se a inadequação de recursos para o atendimento de usuários em situação de urgência na APS, ou seja, os instrumentos materiais disponíveis são insuficientes para realizar a assistência.

Entretanto, a orientação da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde - NOAS 01/02 (BRASIL, 2002), para procedimentos mínimos de atenção de urgência para a APS, além de possibilitar o entendimento das responsabilidades deste nível, destaca a necessidade de organização da estrutura física, a disponibilidade de equipamentos adequados e a capacitação das equipes. Caso tais pré-condições não sejam atendidas, será muito difícil garantir bons resultados na atenção a esses eventos e à integralidade do cuidado.

O Manual de Estrutura Física das UBS (BRASIL, 2007) é o documento sobre a normatização da estrutura física das UBS, em conformidade com a RDC nº. 50/0224. Ele orienta os gestores municipais na elaboração de projetos para reforma ou mesmo ampliação das UBS, para o PSF, mas não padroniza as estruturas físicas que devem observar a regulamentação própria dos Estados e Municípios. Determina o atendimento em urgências básicas e o encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade. O Manual, também, indica os ambientes internos, os mobiliários, equipamentos e instrumentais necessários para uma unidade de saúde, mas não determina as atividades de urgência/emergência a serem executadas. Além disso, nenhum espaço ou qualquer mobiliário, equipamento e/ou instrumento são referidos para a viabilização do atendimento de urgência.

Mesmo assim, as unidades de APS precisam ser readequadas e fortalecidas com medicamentos, materiais, equipamentos e espaço físico de forma a proporcionar condições suficientes para os atendimentos de usuários em situação de urgência e viabilização da transferência do paciente, respeitando a capacidade resolutiva do serviço e as prerrogativas na Política Nacional de Atenção às Urgências.

Aliada às concepções sobre a infraestrutura das unidades de saúde, a organização dos serviços para o atendimento às situações de urgência é inexistente, de acordo com a declaração de um enfermeiro, o que existe são improvisações dos espaços e na dinâmica dos atendimentos.

A organização dos processos de trabalho na USF não parece estar promovendo suficientemente o acolhimento, o vínculo e a responsabilização com os usuários que viabilizem a utilização das USF quando necessitarem (BARROS; SÁ, 2010).

Puccini et al. (2012) apontam a incapacidade do tipo de organização da UBS em responder as demandas não agendadas, necessitando, além de mais recursos, de maior acesso aos cuidados com mudanças nos processos de trabalho para dar conta do atendimento dos problemas dos usuários, como maior espaço na agenda e rodízio de profissionais para o atendimento do usuário. Lumer e Rodrigues (2010) identificam a necessidade de estrutura física adequada, recursos humanos capacitados, equipamentos e medicamentos capazes de atender a uma possível evolução crítica do quadro clínico inicial (LUMER; RODRIGUES, 2010). Dessa forma, seria possível organizar a ESF para atender as demandas de urgências dos usuários.

Em relação à equipe de trabalho, a APS deve assumir a organização dos serviços e uma prática comprometida com a integralidade do cuidado (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004) superando o entendimento da APS de equipe mínima, simplificada, com baixa resolubilidade, sem trabalho em equipe multiprofissional (CAMPOS; GUTIÉRREZ; GUERRERO; CUNHA, 2008).

Dessa forma, Puccini et al. (2012), destaca que um discurso exacerbado da atenção básica limitada à promoção de saúde em contraposição às ações assistenciais e que se recusa a atender de forma sistemática à demanda não agendada resulta na incapacidade em abrir acesso e acolher as pessoas, assumindo a responsabilidade pela saúde da população de uma área e oferecendo cuidados integrais e contínuos. Com isso, para Lumer e Rodrigues (2011) o atendimento de urgência em serviços de APS, em especial nas unidades de ESF, se impõe tanto pela necessidade da integralidade da atenção, quanto pela necessidade do usuário em ser acompanhado de forma contínua pela equipe de saúde, quando esta encaminhar, após um primeiro atendimento e tratamento, para os demais níveis de complexidade da atenção.

A falta de instrumentos que orientam a avaliação do usuário em situação de urgência é outra dificuldade da APS. Os enfermeiros referiram a falta de protocolos de

atendimento para a classificação de risco e de treinamentos para o atendimento dos casos urgentes.

Estudo sobre a prática clínica do enfermeiro na APS revelou a inexistência de apoio técnico para a prática clínica de enfermagem e de uma supervisão técnica específica para avaliar o usuário (MATUMOTO et al., 2011).

A necessidade de capacitação das equipes de saúde da APS para o atendimento de usuários em situação de urgência e a elaboração de protocolos e normatizações alinhados aos problemas urgentes mais prevalentes e orientados para uma intervenção multiprofissional, são imprescindíveis para o manejo dos casos e para a qualificação do atendimento, como apontam Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006), Agostin et al. (2012).

No estudo de Agostin et al. (2012), a equipe de enfermagem e os ACS indicaram temas para as capacitações em APS. As temáticas sugeridas foram: conceitos de urgência e emergência, acolhimento com classificação de risco, sinais e sintomas de doenças que indicam risco de vida, referenciamento de usuários para os serviços de urgência e emergência, critérios para solicitar atendimento do SAMU e primeiros socorros. A inclusão de temas, relacionados ao perfil dos casos urgentes mais frequentes nas unidades de saúde, nas atividades educativas é fundamental para o manejo das situações antes, durante e depois do processo de agudização.

O acolhimento com classificação de risco, como um dos componentes da base do processo e dos fluxos da rede assistencial, é requisito de todos os pontos da atenção (BRASIL, 2011b). No entanto, protocolos que classifiquem o risco do indivíduo e orientam o atendimento nas situações de urgência que sejam validados especificamente para serem utilizadas no cenário da APS, são pouco conhecidos ou inexistentes. Ainda, as práticas educativas, no âmbito de educação em serviço, voltadas para as situações de urgência em APS, são incipientes.

Nos serviços clássicos de urgência, são utilizados instrumentos que sistematizam a avaliação do quadro de saúde do usuário, com o propósito de identificar a situação de urgência e o risco dos indivíduos que buscam atendimento nos serviços (LOKE et al., 2002). Devido à superlotação desses serviços, protocolos de classificação de risco são amplamente utilizados em serviços de urgência como uma possibilidade de organizar o atendimento (DURAND et al., 2011), identificando os usuários que necessitam de

atendimento imediato e reconhecendo os que podem aguardar em segurança o atendimento (JIMENES, 2003).

A utilização destes protocolos e suas respectivas escalas tem impacto importante na qualidade do acesso nos serviços de saúde. No entanto, quando aplicados em serviços da APS, precisam ser ressignificados e ajustados, pois a natureza das ações da APS, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011a).

Com isso, alguns municípios brasileiros integraram as urgências à APS. São exemplos, Campinas com algumas unidades implantadas (SÃO PAULO, 2007), e a Escola de Saúde Pública de Belo Horizonte, com a elaboração de protocolos clínicos de urgências para as UBS (CASTRO, 2006).

Em Porto Alegre, profissionais de uma unidade de saúde, realizaram uma avaliação da proposta de acolhimento adaptada para ESF e baseada no Protocolo de Manchester e no Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA). A adaptação do protocolo gerou segurança para toda equipe, permitiu a priorização dos pacientes que necessitam de atendimento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, para que o atendimento fosse humanizado e não impessoal ou por ordem de chegada. Reforçou a complementaridade da equipe multiprofissional na ESF, pois, muitos dos atendimentos ficavam descentralizados na figura do médico (RONCATO; ROXO; BENITES, 2012).

Há, também, o reconhecimento da necessária composição de critérios para organização da demanda e programação das ações de saúde com estabelecimento de prioridades (MENDES, 2010).

Mesmo sendo experiências pontuais, constituem um grande avanço para a atenção às urgências na APS, pois legitimam esses procedimentos e servem de exemplo para outros municípios.

A dificuldade nas relações com o SAMU foi outro problema apontado pelos enfermeiros, no que se refere à atenção às urgências na APS. Eles destacaram que o SAMU tem descrédito nas informações dos profissionais da APS e que prioriza o contato com o médico da unidade. Entretanto, destacam o importante suporte técnico que o SAMU proporciona e, também, a realização do transporte de usuários.

Rocha, Velloso e Alves (2009) apontam que a articulação entre a UBS e o SAMU ainda é insuficiente, principalmente devido a indefinições e desconhecimento sobre os papéis e responsabilidades de cada nível de atendimento às urgências. De um lado, há resistência dos profissionais das UBS em atender pacientes em situações de urgência, por considerarem que estes devam ser encaminhados a outros níveis de maior complexidade e, por outro, os profissionais do SAMU que consideram que são acionados antes de esgotadas todas as possibilidades nas UBS. Os profissionais do SAMU consideram que muitas queixas dos pacientes são de competência da atenção básica. Há um sentimento de quebra de autonomia dos profissionais da atenção básica e insegurança sobre a sua capacidade de atuação, pois os profissionais do SAMU têm a prerrogativa de estabelecer um julgamento de urgência.

Ademais os profissionais da UBS reconhecem a competência técnica do SAMU para atender as urgências e avaliam que se tivessem infraestrutura seria possível atender casos, sem acioná-lo. Falta diálogo entre os profissionais e os níveis assistenciais da rede de serviços de saúde para o estabelecimento de responsabilidades (ROCHA; VELLOSO; ALVES, 2009).

Dúvidas do SAMU sobre as avaliações e diagnósticos realizados na APS fazem com os profissionais da APS sintam sua capacidade técnica subestimada e sua autonomia em constante julgamento. Acionar o SAMU quando o profissional da UBS julga necessário é uma situação que gera desconforto, pois o SAMU só considera adequada, a solicitação nas situações de muita urgência e quando há risco de morte. O fator determinante para a falta de credibilidade da APS pelo SAMU relaciona-se à falta de preparo dos profissionais da APS para atender urgência e não saber reconhecer quadros de real necessidade de solicitação. Essa relação de desconfiança é decisiva para a fragmentação da assistência, bem como para a baixa autoestima dos profissionais que se sentem incapazes de fazer avaliações (ROCHA; VELLOSO; ALVES, 2009).

Entretanto, estudo realizado com as Equipes de Suporte Básico do SAMU de Porto Alegre, evidenciou a necessidade de estabelecimentos de laços com os serviços de APS, a fim de responder de forma mais qualificada usuários em condições crônicas de saúde que agudizam em determinado momento, conferindo cuidado permanente. Nesse sentido, as equipes de suporte básico poderiam contribuir para a organização da atenção de modo articulado com a central de regulação (CICONET, 2009).

Em alguns depoimentos, os enfermeiros reconhecem que o atendimento de usuários em situação de urgência é uma das responsabilidades dos serviços de APS como uma atividade inerente ao trabalho em saúde.

Todavia, em relatos de outros enfermeiros, mesmo sendo responsabilidade dos serviços de APS prestar atendimento aos usuários em situação de urgência, eles não identificam que esse atendimento seja uma das finalidades do trabalho, ainda que ofereçam resposta aos usuários. Essa compreensão aponta para a contradição do trabalho nos serviços de APS pautadas em uma visão reducionista, biologicista e fragmentada. Sisson (2002) afirma que, apesar da ESF ter o propósito da integralidade do cuidado e centrado no usuário, o modelo assistencial hegemônico mantém-se inalterado ao privilegiar a atenção individual e hospitalar.

No estudo de Puccini et al. (2012), os profissionais de UBS (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) consideram que o atendimento de usuários com febre, pródromos de infecção das vias aéreas superiores, broncoespasmo e sintomas de descontrole de hipertensão ou diabetes, são atribuições da UBS, mesmo com a necessidade de organização e acertos para que o mesmo fosse realizado adequadamente, propondo-se continuidade dos cuidados e vinculação às unidades básicas. Em relação à ocorrência, conforme as condições ou gradientes relacionados à doença, a opinião dos profissionais da UBS apontavam a necessidade do usuário procurar outros serviços. Porém, opiniões dos profissionais explicitavam que não é atribuição da UBS prestar atendimento às situações referidas, reforçando o papel da UBS limitado às ações de promoção, prevenção, colocando-as em confronto com o atendimento da demanda não agendada. Estas diferentes concepções permeiam um conjunto de definições que permitem a ampliação do acesso na ABS. Este conjunto não se reduz ao conhecimento de recursos disponíveis, aos processos normalizados ou ao volume de produção de atos e procedimentos. É necessário compreender os problemas da organização através da concepção dos sujeitos envolvidos e das relações que se estabelecem entre as pessoas e seus grupos de interesse.

Além disso, estas diferentes concepções sobre o que é atribuição de atendimento da UBS contribui para que as orientações obtidas pelos usuários nos serviços básicos de saúde, sejam confusas e contraditórias, predominando uma orientação restritiva à utilização das unidades básicas, como assinalou Puccini e Cornetta (2008).

Diante destes aspectos, compreende-se a finalidade do trabalho como o elemento que determina todo o processo, pois é ela que orienta as ações e direciona a escolha dos instrumentos que serão utilizados no objeto. Segundo os depoimentos dos enfermeiros, há problemas em identificar as situações de urgência como uma das finalidades do trabalho e de não estarem claras as responsabilidades da APS nesses casos.

Conforme Barros e Sá (2010) existem dificuldades dos profissionais das USF em acolher o sofrimento dos usuários e articular as ações entre promoção e assistência. A população aprende na relação com o serviço que é mais fácil procurar o serviço de emergência quando precisa uma solução para seu problema de forma mais rápida ou acesso a determinado procedimento ou exame. A unidade de saúde dificilmente viabiliza atendimento ao usuário quando ele não está agendado e tampouco garante seu acompanhamento quando orientado a buscar assistência em outros serviços de saúde.

Segundo Franco e Merhy (2007), isso é consequência da carência de planejamento e de estratégias para o atendimento à demanda espontânea na ESF. Não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, uma vez que o atendimento às situações de urgência não faz parte da agenda de trabalho, mesmo que do ponto de vista do usuário, seja imprescindível. Dessa forma, não havendo na APS um planejamento para atendê-los e para dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, os usuários buscam atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros.

Nos depoimentos dos enfermeiros é possível identificar que para eles, os usuários em situação de urgência não compreendem a filosofia da saúde da família. No estudo de Barros e Sá (2010) foi encontrado resultado semelhante, pois os profissionais consideram que os usuários não entendem a filosofia da saúde da família, pois não distinguem a diferença entre serviços de emergência e ambulatório.

Entretanto, não se trata de explicar ao usuário que o serviço de emergência não é o local adequado para o cuidado continuado, se os serviços de APS, em especial as USF não forem capazes de reconhecer e acolher as demandas urgentes trazidas pelos usuários. Por outro lado, é necessário realizar processo educativo com a população visando a estimular o autocuidado, evitando assim o adoecer e a descompensação de doenças crônicas, além de orientar como utilizar os serviços de saúde nas diferentes situações (PUCCINI et al., 2012).

Não havendo entendimento sobre a relação entre finalidade e o objeto de trabalho na APS, não serão identificados ou reconhecidos os instrumentos para operar a transformação sobre o objeto orientado pela finalidade. Esta lógica explica as lacunas no atendimento de usuários em situação de urgência na APS.

Como a finalidade do trabalho se relaciona com os instrumentos de trabalho, na análise do trabalho dos enfermeiros no atendimento de usuários em situação de urgência, pode-se inferir que os instrumentos de trabalho da APS para atender usuários em situação de urgência também não são adequados ou são insuficientes porque não estão articulados com a necessidade do usuário que opera a finalidade do trabalho. Sendo assim, os enfermeiros improvisam espaços e materiais para o atendimento de usuários a fim de fornecer alguma resposta à situação.

Para Santana (2011), poucos são os técnicos que ressaltam a utilização do critério clínico para o estabelecimento das prioridades assistenciais e individuais (causa evidente, objetiva e circunstancial, como dor, hipertensão, hiperglicemia e febre). Mesmo nas unidades que recebem o paciente nessas condições, o fazem com hora marcada, ou seja, existe um horário determinado em que essas pessoas são atendidas pelo médico, independentemente de gravidade.

As equipes de APS precisam assegurar a integralidade da atenção por meio de ações que garantam o atendimento da demanda espontânea e também da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2011a).

Informações obtidas na prática cotidiana profissional devem ser utilizadas pelos trabalhadores como fonte de possibilidades à inovações das práticas em saúde-cuidado, como meio de transformar o modelo assistencial na direção de melhor articulação entre as atividades de promoção e assistência, ações individuais e coletivas, procedimento e cuidado na APS (CARDOSO et al. 2011).

O modo de operar o trabalho nos serviços de APS para o atendimento da demanda espontânea em situação de urgência destaca o trabalho da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro. Com múltiplas faces, o enfermeiro articula o trabalho da equipe de enfermagem, com o dele e com o do médico para manejar os casos urgentes na unidade de saúde.

O enfermeiro mobiliza conhecimentos da clínica para realizar avaliação inicial dos usuários em situação de urgência, tomar decisões e definir condutas para que os

usuários que procuram os serviços de APS obtenham alguma resposta para o seu sofrimento, para o seu problema e para sua queixa.

A produção do cuidado primário se evidencia através do trabalho do enfermeiro na relação com a equipe de enfermagem e com o médico, na avaliação e nas condutas adotadas, em um processo de trabalho fundamentado pelo saber clínico e pela estruturação da APS que se operacionaliza nos atributos que orientam as práticas, admitindo que as respostas sejam responsáveis e comprometidas com o problema do usuário.

As possibilidades de ampliação do olhar sobre o usuário em situação de urgência na APS podem ser construídas através da longitudinalidade, em que o vínculo e a continuidade no acompanhamento possam ajudar os usuários no processo saúde-doença, da coordenação como mecanismos para a continuidade através dos encaminhamentos e dos retornos aos serviços especializados e da orientação familiar que permite ao profissional conhecer o universo da família e auxiliar, capacitar, entender e ajudar a família em suas necessidades e problemas de saúde.

Entretanto, a inadequação das unidades, a falta de equipamentos, medicamentos e materiais, a insuficiência de processos educativos de qualificação aos profissionais para a assistência a usuários em situação de urgência, as indefinições sobre a finalidade do trabalho, aliados principalmente aos problemas de acesso de primeiro contato, são problemas a serem superados.

7 CONCLUSÕES

A trajetória percorrida nesta investigação permitiu analisar, através do processo de trabalho dos enfermeiros na APS, a produção do cuidado primário na relação entre os atributos da APS e o atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência.

A combinação de metodologias quantitativas e qualitativas contribuiu para ampliação e aprofundamento dos resultados encontrados neste estudo. A utilização de mais de uma estratégia para a coleta de dados possibilitou a articulação entre os dados empíricos, obtendo-se uma visão ampliada do objeto de estudo.

O instrumento PCATool - versão para profissionais de saúde utilizado para a coleta de dados quantitativos, permitiu evidenciar a operacionalização dos atributos da APS nas unidades de saúde. Apresentou-se como uma ferramenta importante para a aferição da APS, útil e de fácil aplicação, uma vez que utiliza a técnica de informantes-chave para a avaliação da presença e da extensão de APS desenvolvida nos serviços.

A entrevista semi-estruturada empregada para a coleta de dados qualitativos possibilitou conhecer como são realizados os atendimentos aos usuários da demanda espontânea em situação de urgência na APS, a partir do trabalho dos enfermeiros.

A visão dos enfermeiros permitiu atingir a finalidade do trabalho, entretanto, sugerem-se que outras pesquisas incluam perspectivas de gestores, outros profissionais e de usuários, de modo a ampliar e aprofundar os resultados encontrados. Assim como, recomenda-se o desenvolvimento de estudos que incluam as políticas de saúde. Além disso, há necessidade de realização de outros estudos com maior poder estatístico.

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para as unidades de APS, para o trabalho dos enfermeiros e para as políticas públicas de atenção à saúde no município.

Os serviços de APS estudados evidenciaram que as USF são as que apresentam maior presença e extensão dos atributos da APS, conforme as respostas dos enfermeiros. Mesmo assim, tanto as UBS quanto as USF possuem atributos da APS que precisam ser melhorados.

O atributo acesso de primeiro contato recebeu os menores escores em ambas as unidades investigadas (USF e UBS), apontando como principais barreiras o horário de

funcionamento das unidades, o fato dos serviços não estarem abertos nos sábados e domingos, a não disponibilidade de um número de telefone de alguém do serviço para o qual os usuários possam ligar quando a unidade de saúde está fechada. Estas barreiras são dificuldades que os usuários enfrentam na APS. As limitações desse atributo não favorecem o atendimento de usuários em situações de urgência e contribuem para que os usuários procurem os serviços de urgência e emergência para receber atendimento.

Os escores das USF foram maiores do que os escores das UBS na análise do atributo longitudinalidade. A operacionalização deste atributo se expressa na continuidade e na construção de vínculos. Os enfermeiros identificam que nas USF existe maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer sua população efetiva. O atendimento de usuários em situação de urgência na APS favorece o desenvolvimento da longitudinalidade, pois contribui para a construção de vínculos entre o profissional e o usuário, facilitando a continuidade do tratamento ao longo do tempo. O comprometimento da equipe de enfermagem, em especial, do enfermeiro na avaliação inicial dos usuários é outro fator que favorece relações terapêuticas. A procura pelas unidades de APS pelos usuários para a resolução de problemas de saúde urgentes pode estar relacionada à existência de vínculos, que pressupõe confiança, entre eles e os profissionais, assim como, a existência de acompanhamento do processo saúde-doença na unidade de saúde.

O atributo coordenação – integração de cuidados apresentou bons escores em ambas as unidades de saúde estudadas (USF e UBS). As informações sobre os usuários referentes a problemas de saúde e os encaminhamentos, nos seus mecanismos de referência e contra-referência, são fundamentais para a continuidade da atenção. Muitos casos urgentes na APS são encaminhados para serviços de urgência e emergência por motivos relacionados à infraestrutura das unidades de saúde. Para os encaminhamentos os enfermeiros orientam usuários e /ou familiares e fornecem documento escrito para o serviço de referência. A comunicação com o SAMU é dificultosa quando há necessidade de referenciar os usuários.

O atributo coordenação - sistemas de informação foi o atributo que apresentou os melhores escores tanto para USF quanto para UBS em todos os itens avaliados. Solicitar que o paciente traga seus registros de saúde, permitir que o usuário examine seu prontuário e ter os prontuários à disposição quando for realizar o atendimento dos usuários, são elementos que colaboram para o conhecimento sobre o histórico de saúde

do usuário, respeito aos direitos dos usuários e agilidade na realização dos registros no momento da interação com o usuário.

No atributo integralidade – serviços disponíveis, os escores das USF foram maiores que os escores das UBS. A análise do atributo permitiu identificar a disponibilidade de serviços na APS, como aconselhamento nutricional, imunizações, planejamento familiar, cuidados pré-natais, orientações sobre cuidado no domicílio entre outros.

Entretanto, baixos escores foram encontrados para a disponibilidade de avaliação de saúde bucal, tratamento dentário, identificação de problemas visuais, sutura de um corte, identificação de problemas auditivos, colocação de tala, remoção de verrugas e remoção de unha encravada.

As barreiras deste atributo limitam o atendimento de usuários em situação de urgência na APS, no que se referem a ferimentos que necessite de sutura, fraturas, quedas e situações que causam dor e desconforto.

Quanto ao atributo integralidade – serviços prestados, os resultados, também, mostraram que os escores das USF foram maiores que os escores da UBS. As orientações fornecidas nas unidades de saúde priorizam temas abordados relacionados à promoção da saúde e à prevenção de agravos, entre eles, a prevenção de determinadas situações de urgência, exposições a substâncias perigosas, queimaduras e quedas.

No atributo orientação familiar, os escores foram maiores em ambas as unidades estudadas, demonstrando que os serviços possuem forte orientação para a APS, entretanto melhores resultados foram encontrados nas USF. O resultado confirma que a ESF tem o foco na família e que nas UBS a atuação dos profissionais de saúde é orientada para a família, demonstrando que a família também é objeto de cuidado nestas unidades.

O atributo orientação comunitária obteve médias variáveis nos escores com diferenças entre USF e UBS nos Distritos Assistenciais estudados. Destacaram-se os melhores resultados nas USF para os itens realização de visitas domiciliares, conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende e ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde.

Com isso, as USF em comparação com as UBS apresentam maior grau de orientação à APS. Ainda que haja baixa cobertura de SF no município, a ampliação da cobertura, a qualificação do atributo acesso, da longitudinalidade e da capacitação

profissional apresentam-se como estratégias para a qualificação da atenção e de fortalecimento da APS.

Ao considerar a análise de estrutura e processo da APS sob a ótica dos atributos foi possível compreender o trabalho desenvolvido, neste cenário, para o atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência.

Dessa forma, o estudo aponta as influências da estrutura do serviço na concepção dos enfermeiros, na operacionalização dos atendimentos e na procura do serviço pelos usuários.

No microespaço das unidades de saúde estudadas pode-se afirmar que usuários em situação de urgência fazem parte da rotina de trabalho e surgem predominantemente na demanda espontânea, sendo assim, objeto de trabalho dos profissionais da APS. São comuns situações como hipertensão arterial, crise hipertensiva, dor no peito, crise convulsiva, hipoglicemia, hiperglicemia, asma, bronquite, febre, corte que necessite de sutura, queimaduras, quedas, mordida de cão, cefaléia e sangramento em gestantes.

Os resultados evidenciam a importância da equipe de enfermagem no atendimento aos usuários da demanda espontânea em situação de urgência na APS. São os técnicos e auxiliares de enfermagem que realizam escuta dos problemas e das queixas apresentadas pelos usuários. Os enfermeiros avaliam as situações, estabelecem prioridades e identificam riscos e vulnerabilidades, através da tomada de decisão, baseada em saber clínico, sobre a conduta mais adequada para cada caso, e de acordo com a capacidade tecnológica disponível na unidade de saúde. Eles improvisam espaços, materiais, criam estratégias para fornecer respostas aos usuários e utilizam o saber clínico, que valoriza os sinais e sintomas biológicos para a tomada de decisão na avaliação inicial dos usuários em situação de urgência.

A ampliação do olhar sobre o usuário em situação de urgência na APS, para a lógica integral que articule o tratamento, a prevenção e a promoção da saúde alicerçada pelo vínculo e estabelecendo a continuidade da atenção, é uma alternativa para o fortalecimento da APS e para tornar a APS fonte regular para cuidados de urgência.

Ficou evidente que os encaminhamentos dos usuários em situação de urgência da APS para os serviços de urgência e emergência estão relacionados com a complexidade dos casos que exigem serviços com capacidade tecnológica adequada, infraestrutura insuficiente das unidades de saúde, no que se refere a medicamentos e exames, e competência técnica. A falta de instrumentos que orientam a avaliação do

usuário em situação de urgência, como protocolos de atendimento para a classificação de risco e treinamentos para o atendimento dos casos urgentes, foi outro problema encontrado pelos enfermeiros da APS. Dificuldades nas relações com o SAMU também foram apontadas pelos enfermeiros, no que se refere ao descrédito nas informações dos profissionais da APS e à priorização do contato com médico da unidade. Dessa forma, a inadequação de recursos para o atendimento de usuários em situação de urgência na APS, compromete a realizar a assistência.

Aliado a isso, ficaram evidente dois entendimentos sobre as responsabilidades no atendimento de usuários em situação de urgência na APS. De um lado, os enfermeiros reconhecem que o atendimento de usuários em situação de urgência é uma das responsabilidades dos serviços de APS como uma atividade inerente ao trabalho em saúde. Por outro lado, outros enfermeiros apontam que, mesmo sendo responsabilidade dos serviços de APS prestar atendimento aos usuários em situação de urgência, eles não identificam que esse atendimento seja uma das finalidades do trabalho, ainda que ofereçam resposta aos usuários.

Compreende-se a finalidade do trabalho como o elemento que determina todo o processo, pois é ela que orienta as ações e direciona a escolha dos instrumentos que serão utilizados no objeto. Segundo os depoimentos dos enfermeiros, há problemas em identificar as situações de urgência como uma das finalidades do trabalho e de não estarem claras as responsabilidades da APS nesses casos. Esta lógica explica as lacunas no atendimento de usuários em situação de urgência na APS.

O modo de operar o trabalho nos serviços de APS para o atendimento da demanda espontânea em situação de urgência destaca o trabalho da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro. Com múltiplas faces, o enfermeiro articula o trabalho da equipe de enfermagem, com o dele e com o do médico para manejar os casos urgentes na unidade de saúde.

O enfermeiro mobiliza conhecimentos da clínica para realizar avaliação inicial dos usuários em situação de urgência, tomar decisões e definir condutas para que os usuários que procuram os serviços de APS obtenham alguma resposta para o seu sofrimento, para o seu problema e para sua queixa.

Mesmo diante de dificuldades estruturais e de processos na conjuntura da APS e na própria compreensão dos enfermeiros em atender casos urgentes neste nível de atenção, foi possível confirmar a tese de que as atividades dos enfermeiros no processo

de trabalho em saúde, orientado pelos atributos da atenção primária à saúde, contribuem para a produção do cuidado primário em saúde no atendimento aos usuários da demanda espontânea em situação de urgência.

Há um esforço dos enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades em mobilizar conhecimentos e fazer articulações com os profissionais e com os serviços tradicionais de urgência para dar conta do atendimento dos usuários em situação de urgência. As potencialidades da longitudinalidade e do acesso devem ser exploradas, pois permitem ampliar o olhar sobre o usuário em situação de urgência na APS.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. **Situações de urgência**: visão de usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre. 2009. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência**: perfil e motivos de busca por atendimento. 2013. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- AGOSTIN, R. L.; CERETTA, L. B.; SCHWALM, M. T. et al. O entendimento da equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família sobre urgência e emergência. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.3, p.461-467, 2012.
- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho dos sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1337-1349, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, ZM. **Introdução à epidemiologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n.2, p. 84-95, 2011.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONCA, M. H. ; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. **A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho**: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999. (mimeo.)

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (orgs). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.15-22.

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M.O processo de trabalho da enfermagem em saúde e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n. 6, p.96-10, 2000.

ANDRADE, L. O.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A, FRANCO, T. B.; JORGE, M. S. B.(organizadores). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.182 p.

BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.5, p. 1260-1267, 2012.

BARROS, D. M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2473-82, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e saúde da família**: diretriz conceitual. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.tr.2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> Acesso em 15 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 2008**. Altera, autoriza e sobre direitos autorais e dá outras providências. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm Acesso em 22 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual-estrutura-fisica-ubs.pdf> Acesso em 23 jun.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde/SUS - NOAS 01/2002**: Portaria GM/ MS nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011a. p.56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b.

BRICEÑO- LÉON, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLGENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M.; GOMESA, M. H. A. (orgs). **O Clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.157-183.

BRUNELLO, M.E.F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção à pacientes com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2, p.176-182, 2009.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão W.S. et al. (orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-239, 2000a.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, G. W. S; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P. et al. Reflexões sobre atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CANESQUI, A. M.; DE OLIVEIRA, A. M. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri, B.; Viana, A. L. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealog, 2002.

CARDOSO, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no programa de saúde da família. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 29, n.3, 2011.

CARNEIRO, S.M.B.M. **Atendimento de urgência e emergência na atenção básica: desafios para a estratégia saúde da família**. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2009.

CARVALHO, D. Q. et al. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 175-184, jan./jun, 2004.

CASTRO, A. J. R. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública; 2006. p. 240.

CASTRO, R. C. L. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1772-1784, set. , 2012.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001, p.65-112.

CEZAR-VAZ, M.R. O trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI, M. T. et al. **O Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC: Papalivros, 1999. p.176.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.19, n.1, p. 17-24, 2010.

CICONET, R.M. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

CHOMATAS, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba no ano de 2008 e 2009.** 2008. 95f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

COLOMÉ, I.C.S. **Prática clínica das enfermeiras na estratégia da saúde da família: exercendo a clínica do cuidado.** 2013. 151f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

COSTA, R.K.L.; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para mudança no modelo assistencial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.9, n.2, p.120-128, 2008.

CUNHA, C. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros:** comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional. 2007. 86f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CUNHA, E.M. **Vínculo longitudinal na atenção primária:** avaliando os modelos assistenciais do SUS. 2009. 171f. Tese (Doutorado em saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, M. S.; SÁ, M.C. Home visits within the family health strategy (estratégia de saúde da família - ESF): the challenges of moving into the territory. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar, 2013.

DALL'AGNOL, C.M.; LIMA, M.A.D.S. ; RAMOS, D.D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n.3, p. 674-680, 2009.

DESLANDES, S. F. et al. Análise da implantação do atendimento pré-hospitalar. In: MINYAO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs). **Análise diagnóstica da política de saúde para a redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

DIAZ NOVAS, J.; GUINART ZAYAS, N.. Morbilidad en los servicios primarios de urgencias. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, La Habana, v. 24, n. 1, mar. 2008 Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 11 jun. 2011.

DUARTE, S.F.C. **Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro.** 2010. 236f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010.

DURAND et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. **The American Journal of Emergency Medicine**, Philadelphia, v.29, no. 3, p.333-45, 2011.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C. W.; ALVES, M.C.G. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, 2006.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.533-539, dez. 2006.

ESPERANÇA, A.C.; CAVALCANTE, R.B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10, n.1, p. 30-36, jan./mar, 2006.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E. et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.657-667, 2006.

FAN, V. S.; BURMAN, M.; MCDONELL, M.B.; FIHN, S. D. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, no. 3, p. 226-233, 2005.

FERRI, S.M.N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família: elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?** 2006. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

FRANCESCHINI, T.R.C. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade.** 2005. 241f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

FRIEDRIC, D. B.C.; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006.

GARLET, E.R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências.** 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GARLET, E.R.; LIMA, M.A.D.S.; SANTOS, J.L.G. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento de usuários em situação de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.266-272, 2009.

GEHLEN, G.C. **A organização tecnológica do trabalho dos enfermeiros na produção de cuidados em unidades de pronto atendimento de Porto Alegre/RS**. 2012. 110f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GENTILE, S.; VIGNALLY, P.; DURAND, A. et al. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. **BMC Health Services Research**, v.10, no.66, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-66.pdf> Acesso em: 25 de jun. 2012.

GIGLIO-JACQUEMOT. A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; M.H. MENDONÇA. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.278-289, set./dez. 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GILL, J. M; MAINOUS, A. G. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Archives of Family Medicine**, Edinburgh, v.7, p. 352-357, 1998.

GOFIN, J.; GOFIN, R. Atención primaria orientada a La comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 21, no. 2/3, 2007.

GONÇALVES, M. R. **Associação entre qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de Diabetes Mellitus adscritos nos serviços de saúde de Porto Alegre**. 2007. 128f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HAGGERTY, I. et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. **Annals of Family Medicine**, Leewood, v. 6, no. 2, p. 116-123, 2008.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, 2004.

- HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p.1649-1659, 2006a.
- HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.B.; STEIN, A.T. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v.6, no.156, 2006b.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY. H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: OECD; 2007.
- IBAÑEZ, N.; ROCHA, J.; CASTRO, P. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p. 683-703, 2006.
- INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <ftp://geoftp.ibge.gov.br/mapas/escolares/mudos/municipios/RS/4314902.pdf>
Acesso em 25 de mar. de 2011.
- JIMÉNEZ, J. C. Clasificación de pacientes em los servicios de urgências y emergências: hacia um modelo de triaje estruturado de urgências y emergências. **Emergencias**, Madrid, v.15, p. 165-174, 2003.
- KALEMOGLU, M.; KESKIN, O.; DEMIRBAS, S. et al. Non-urgent patients in an Emergency Medical Service. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v.132, no. 9, p.1085-89, 2004.
- KANTORSKI LP, JARDIM VMR, COIMBRA VCC. et al. Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.434-41,2006.
- KAWATA, L.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 313-20, 2009.
- KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 251-258, 2005.
- LADEIRA, R. M.; BARRETO, S. M. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.287-294, fev. 2008.
- LAGO, L. M. et al. Itinerario terapêutico de los usuários de uma urgência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.15, supl.1, p. 1283-1291, 2010.

LAPA, T. M. et al. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2575-2583, dez. 2006.

LEOPARDI, M.T. (org) et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Ed. Papa –Livros, 1999. 176 p.

LEOPARDI, M.T.; et al. **Processo de trabalho em enfermagem**. Florianópolis: REPENSUL: ESPENSUL, 1998. 103f.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan./mar. 2001.

LEGA, F.; MENGONI, A. Why non-urgent patients choose over primary care services? empirical evidence and managerial implications. **Health Policy**, Limerick, v.88, p.326-338, 2008.

LEMÕES, M. A. M.; COSTA, C.F.S.; MENDOZA-SASSI, R. A. M. Referenciamento de usuários do SUS para um Hospital Universitário no Sul do Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.8, n. 2, p.198-204, 2009.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

LIMA, M.A.D.S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R.B. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.1, p.12-17, 2007.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p.110-121.

LOKE, S. et al. Evaluation of Nurse Physician Inter-Observer Agreement on triage categorization in the Emergency Department of a Taiwan Medical Center. **Chang, Gung Medical Journal**, Taoyuan, v.25, p. 446-452, 2002.

LUMER, S.; ROGRIGUES, P. H. A. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Niterói, v. 14, n. 3, p. 289-295, 2011.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. A rapid assessment methodology for the evolution of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v.22, p.167-177, 2007.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v.60, no.1, p13-19, 2006.

MACINKO J.; MONTENEGRO, H.; ADELL, C.N. et al. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 21, no. 2/3, p. 73-84, 2007.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. **Health Services Research**, Chicago, v. 38, no. 3, p. 831-865, 2003.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S.; CICONET, R. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p. 185-191, 2011.

MARQUES, G.Q. **Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. 190f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto-atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, p.13-19, 2007.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. 186f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p.123-130, 2011.

MATUMOTO, S; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: Um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.233-241, 2001.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M. et al. Team supervision in the Family Health Program: reflections concerning the challenge of producing care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, 2005.

MATUMOTO, S.; VIEIRA, K.C.S.; PEREIRA, M.J.B. et al . Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.4, p.1-9, 2012.

MARX, K. **O Capital**. Crítica da economia política. 10. ed. São Paulo: Difel. 1975. Liv.I, v.1.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro**: desenvolvimento de um conceito. 2010. 152 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde**. Secretaria do Estado de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Minas Gerais, 2007, 154p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e História**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, 1- Série Textos).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. C.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. In: GOLGENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M.; GOMESA, M. H. A. (orgs). **O Clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F.H; MATUMOTO, S. et al .A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.436-443, 2010.

MOYSES, S.J. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: KRIEGER, L. **Promoção da saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 333-345, abr./jun. 2005.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em um município do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p. 889-894, set./out. 2008.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTÍN-MATEO, M. *et al.* Programa saúde da família: uso de serviços de saúde e hospitalização por condições sensíveis à atenção primária em Bagé, Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.1041-1052, 2008.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTÍN, M. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p.61-75, 2010.

NOGUEIRA, V. O.; MALHEIROS CARBONI, R. Reflexões sobre as atribuições do enfermeiro segundo a Lei do Exercício Profissional. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p.117-122, abr. 2006.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.20, n.6, p.485-495, 2006.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre: uma análise agregada**. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar no programa saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.3, p. 431-438, maio/jun. 2007.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1929-1938, 2009.

OLIVEIRA, M.; TRINDADE, M. F. O atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. **Revista Hórus**, Ourinhos, v.4, n 2, p. 160-171, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S.; COLLET, N.; LIMA, R. A. G. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13, n.2, p. 332-342, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary health care**. Geneva: WHO, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OPAS/OMS. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios de salud y afines, 1920**. Washington, 1964. (Publicación Científica n. 63)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OPAS/OMS. **Renovación de la atención primaria de salud en las américas**. Washington, 2005.

PASSARÍN, M.I.; SANMAMED, M.J.F.; CALAFELL, J. *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: la población opina. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.20, n.2, p.91-100, 2006.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 9-11 nov. 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo : Secretaria de Estado da Saúde, 2000. p. 1-11

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2008. 247f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 143-147, 2005. (Número Especial)

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do distrito oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. (Tese de livre docência). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PEREIRA, M. J. B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C. M. *et al.* Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.1, p. 48-55, 2011.

PIMENTA, A. *et al.* Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. **Divulgação em Saúde Debate**, v. 42, p. 102-107, 2008.

PINHEIRO, R. A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R. As Práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(orgs.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, F.L.; MACHADO, F.R.S. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e os espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005.

PIRES, D. E. P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p. 25-48.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Planejamento de Porto Alegre. **Informações de bairros**. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/spm/default.php?p_secao=131 Acesso em 04 de jun. 2011.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V.K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2032-2042, set. 2008.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V.K.; SAHYON, T.Z. *et al.* Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2941-2952, 2012.

RAMOS, R. R. **A recepção da demanda espontânea no setor da saúde da criança numa unidade básica de saúde**. 2009. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

RAMOS, D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.23, n.11, p. 655-666, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização do processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

ROCHA, R. L. P.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Relações entre profissionais de uma unidade básica de saúde e do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.19, n.4, p.317-324, 2009.

RONCATO, P. A. Z. B.; ROXO, C. O.; BENITES, D. F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.56, n.4, p. 285-366, 2012.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.23-34, jan. 2008.

ROSA, R.B. “A doença não marca hora, não marca dia”: acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. 2006. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RUST, G. ET AL. Practical barriers to timely primary care access impact on adult use of emergency department services. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v.168, no.15, p.1705-1715, 2008.

SANTANA, M.L. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa saúde da família de Pindamonhangaba**. 2008. 208f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Universidade de Taubaté, Taubaté, 2008.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010.135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SANTOS, J.S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S.L. et al. Avaliação do modelo de organização do HCFMRP-US, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p.498-515, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Plano de atenção integral às urgências do município de Campinas**. Disponível em:

<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/planoDeUrgencia/indice.php> Acesso em 23 jun. 2013.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, 2004.

SENA, J. C. et al. Identificando instrumentos no processo de trabalho da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n.2, p. 103-108, 2005.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no programa saúde da família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p.424-429, 2009.

SHIMIZU, H. E.; DYTZ, J. L. G.; LIMA, M. G.; MOURA, A. S. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p. 713-720, set./out. 2004.

SOUZA, M. F. et al. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n. 1, p.13-20, 2010.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.100-110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

STARFIELD, B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, Springfield, v. 105, no. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

STARFIELD, B. *et al.* Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, Montvale, v. 50, no. 2, p. 161-175, 2001.

SILVA, J.M.; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1187-1193, 2010.

STRALEN, C.; J.; BELISÁRIO, S.A.; STRALEN, T.B.S; *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p. 148-158, 2008.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M; ROCHA, R. M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 1054-1062, 2009.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.331-340, 2007.

TRAD, L. A. B. ET AL. Estudo etnográfico da satisfação do usuário no programa de saúde da família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. *et al.* Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.190-198, 2004.

VALDIVIESO, E.F.; SANZ, S.M.; PELÁEZ, M.J.M. *et al.* Papel de enfermería en el triaje de urgencias en atención primaria. **Atención Primaria**, v.40, n.12, p.641-645, 2008.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no estado do Maranhão.** 2005. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

VIANA, P. N.; ASSIS, M. M. A. Produção do cuidado no programa saúde da família e a busca da resolubilidade em Feira de Santana-BA. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 14., 18-22 out. 2010, Feira de Santana. **Anais...** Feira de Santana :UEFS, 2010.

VIANA, A. L. A. *et al.* Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p.79-90, 2008.

VOS, P.D.; VANLERBERGHE, V.; RODRÍGUEZ, A. *et al.* Uses of first emergency services in Cuba. **Health Policy**, Amsterdam, v.85, no.1, p.94-104, 2008.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.* Olhares dos enfermeiros acerca do seu processo de trabalho na prescrição de medicamentos na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n. 2, p. 133-140, mar./abr. 2007.

WEIRICH, C.F.; MUNARI, D.B.; MISHIMA, S.M. *et al.* O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.249-57, 2009.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social, (des) caminhos da participação em saúde.** Itajaí: UNIVALI, 2002.

WITT, R. R. **Competência da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais em saúde pública.** 2005. 336f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care.** Geneva: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Continuity of care in changing health care systems**. Geneva: WHO, 1992.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

Título do Projeto: Estruturação da Rede de Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre para o Atendimento às Urgências
Pesquisador (a) Responsável: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Registro do CEP: 498 Processo N°. 001.020247.10.9

ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM ENFERMEIROS (AS) EM UNIDADES DE SAÚDE
--

Instrumento n°:

Data: ____/____/____

Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

- 1) Quais as situações de urgência que você considera como sendo de responsabilidade da unidade de saúde?
- 2) Quais os critérios utilizados para caracterizar uma situação de urgência na unidade de saúde?
- 3) Quais as situações de urgência que são encaminhadas para outros serviços da rede assistencial?
- 4) Quais os critérios utilizados para definir se a conduta é de atendimento na unidade ou de encaminhamento para outro serviço da rede assistencial?
- 5) Descreva como ocorre na unidade o atendimento às situações de urgência (destacar área física).
- 6) Há medicamentos disponíveis na unidade para o atendimento às situações de urgência? Se sim, quais?
- 7) A unidade solicita transporte de pacientes em situação de urgência? Se sim como?

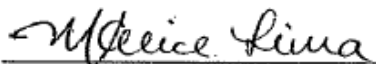
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estudo: “ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS”

O objetivo desta pesquisa é analisar a estruturação da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências, conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico das urgências atendidas, caracterizar a organização do trabalho para o atendimento às urgências, descrevendo elementos relacionados ao acesso e ao acolhimento, à integralidade das ações e à intersetorialidade.

Serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, gestores dos serviços de saúde e usuários/familiares. As entrevistas com os profissionais abordarão as atividades e a organização do trabalho desenvolvido no atendimento às urgências. Os usuários serão questionados quanto as suas necessidades de saúde e os motivos de utilização dos serviços de saúde. A observação terá como foco o atendimento prestado aos usuários, destacando a atenção as suas demandas e necessidades de saúde, assim como a organização do processo de trabalho. A privacidade e o anonimato dos participantes do estudo serão mantidos. As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e as observações serão registradas em um diário de campo. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo.

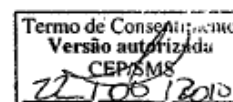
Caso necessite de esclarecimento ou informações, entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima pelo telefone (51) 3308- 5226 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51)32124623 ou 91441379 com a coordenadora Elen Maria Borba.



Pesquisador(a)

Assinatura do participante

Porto Alegre, ___/___/___



**APÊNDICE C - Manual de Instruções para a coleta de dados com enfermeiros
utilizando o PCATool– Brasil, versão profissionais**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS COM
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Alisia Helena Weis Pelegrini

Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre, 01 de Dezembro de 2011.

ENDEREÇOS E TELEFONES

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem

Rua São Manoel, 963 - Campus Saúde - Bairro Rio Branco - Porto Alegre - RS - CEP:
90620-110

Fone: 51 3308.5226

SUPERVISORA

Nome: Alisia Helena Weis Pelegrini

Telefone: 51-3372-2411

E-mail: alisiahelenaw@yahoo.com.br

Caso você precise de mais material ou tenha qualquer problema ou dúvida durante o trabalho de campo pode ligar para a supervisora.

Semanalmente, teremos encontro para ajudar na solução de algum problema, recolhimento de material e entrega de mais material.

As entrevistas serão agendadas pela supervisora, que em entregará o cronograma das entrevistas as entrevistadoras. O cronograma conterá as seguintes informações: data, local, horário e nome do(a) enfermeiro(a).

ORIENTAÇÕES GERAIS

INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

TENHA SEMPRE COM VOCÊ:

- crachá de identificação;
- parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e Consentimento Livre e Esclarecido
- manual de instruções;
- instrumento PCATool-Brasil versão profissionais
- lápis, borracha, apontador e caneta.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

ORIENTAÇÕES NA APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR

- Informe quem você é e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas;
- Reforçar a IMPORTÂNCIA do estudo
- Diga que a entrevista vai durar em torno de 40 minutos;
- Mostre sua identificação carteira de identidade OU crachá;

INSTRUÇÕES GERAIS PARA APLICAÇÃO DO PCATool-BRASIL

- Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome;
- Seja simpático. O instrumento é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade;
- Tenha sempre o telefone do responsável pela pesquisa, caso necessite acessá-lo com rapidez;
- O instrumento traz a maioria das informações necessárias para sua aplicação. Quanto mais familiarizado com ele você estiver, mais fluente será a sua aplicação;
- Formule os itens exatamente como estão escritos. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar o item. Use os parênteses para explicar o sentido do item. Não induza as respostas;
- Sempre mostre o Cartão Resposta. Quando indicado, leia as alternativas e marque corretamente.
- Em algumas partes do instrumento, um só enunciado serve de guia para uma série de pequenos itens. Lembre-se de repeti-lo a cada três ou quatro itens, principalmente se a pessoa estiver com dificuldades para entendê-los;
- Nunca demonstre censura, aprovação, reprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;

- Quando uma resposta parecer pouco confiável repita o item de maneira mais enfática, cuidando para não induzir a resposta. Se você perceber um certo viés nas respostas por receio de falar a verdade, ou por gostar demais do profissional ou lhe ter antipatia, fale novamente sobre o caráter neutro e independente da pesquisa, e de que as respostas devem ser sinceras;
- Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: “2 ou 3 vezes”), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se o entrevistado não souber, marque o valor inferior;
- Algumas pessoas podem acabar se prolongando demais na hora de responder ao instrumento, tangenciando as respostas, contando histórias, etc. Para tornar a conversa mais fluida e a aplicação possível operacionalmente, devemos ser ágeis e evitar que a conversa fuja demais do instrumento. É preciso ter sensibilidade e tato para interromper com educação e fazer as pessoas retornarem aos itens;
- Se a resposta do entrevistado for “sim”, e ele tem que escolher a resposta entre as alternativas “Com certeza sim” e “Provavelmente sim”, leia apenas as respostas afirmativas e a opção neutra “Não sei/Não lembro”. Se, por outro lado, a resposta for “não”, leia apenas as opções negativas: “Provavelmente não” ou “Com certeza Não”, e a opção “Não sei/Não lembro”;
- Se o entrevistado não entender o termo “provavelmente”, leia as respostas “provavelmente sim” como “Acho que sim” e “provavelmente não” como “Acho que não”;
- As informações entre parênteses no instrumento servem de orientação ao entrevistador ou, algumas vezes, trazem exemplos ilustrativos do caráter do item. Somente devem ser lidas para o entrevistado caso haja dificuldade de compreensão;
- Lembre-se: o instrumento é individual.
- Ao terminar o instrumento, ainda na casa do entrevistado ou no serviço de saúde, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido;
- As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legíveis, sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma;
- Nunca deixe uma resposta em branco, a não ser as dos “pulos” indicados no instrumento;
- Não use abreviações ou siglas, a menos que tenham sido fornecidas pelo manual.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS DO INSTRUMENTO PCATool-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS

Para todos os itens deve ser utilizado o Cartão Resposta.

No início do instrumento, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?

Este item busca definir se o serviço de saúde que o entrevistado trabalha possui um meio de comunicação para os pacientes quando o serviço está fechado, não incluindo outros locais que o paciente possa acessar.

A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço afiliado atenderia o paciente durante o final de semana, não incluindo outros serviços que o paciente possa acessar.

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?

Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço afiliado atenderia o paciente durante a noite, não incluindo outros serviços que o paciente possa acessar.

A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

Informações dadas na recepção ou um primeiro contato com a secretária ou técnica de enfermagem não contam como atendimento; o item refere-se apenas a consulta prestada pelo médico/enfermeiro do serviço identificado como prestador de cuidados primários.

B – LONGITUDINALIDADE

B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?

Se é sempre o mesmo profissional de saúde que atende o entrevistado.

B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

É de difícil compreensão para a maioria dos entrevistados. Convém lembrar que as respostas não devem ser induzidas por interpretações do entrevistador acerca do

significado do item, pois é necessário que todas as pessoas recebam a pergunta da mesma forma. Desse modo, caso o entrevistado não entenda, repetir o item tal como ele é e dizer para o entrevistado responder de acordo com o que ele entendeu.

B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

O profissional conhece o paciente de maneira integral, conhecendo todos os remédios que o paciente está em uso, mesmo os não prescritos por ele próprio.

C – COORDENAÇÃO - Integração de Cuidados

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

O item refere-se a consulta a um especialista diferente do médico referido como principal prestador de serviço, evidenciando a característica do serviço como porta de entrada para o paciente.

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

O entrevistado discute com seus pacientes sobre os serviços que o paciente poderia ser encaminhado.

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

O paciente recebe auxílio do serviço do entrevistado para agendar consultas com especialistas.

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

O entrevistado fornece informação de referência para o profissional especialista sobre o motivo do encaminhamento.

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

O especialista fornece informação de contra-referência sobre o resultado da consulta.

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

O entrevistado explica para o paciente os resultados da consulta com o especialista.

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Nesta parte do instrumento, há uma série de itens referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para o paciente no local onde o entrevistado lhe provê a atenção primária. Além disso, salienta-se ao entrevistado que os procedimentos devem ser considerados como disponíveis sempre que souber que é oferecido, mesmo que ele próprio ainda não tenha prestado o procedimento. A mesma orientação se aplica, por exemplo, caso o entrevistado seja enfermeiro e não realiza “cirurgias ambulatoriais”, mas sabe que tal atendimento é prestado por algum profissional da equipe.

O enunciado deve ser repetido a cada três ou quatro itens, salientando se o serviço está disponível.

Entrevistador pergunta: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).

Só forneça o exemplo caso o entrevistado não entenda o item após este ser repetido.

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

Só forneça o exemplo caso o entrevistado não entenda o item após este ser repetido.

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Os itens desse componente visam identificar se esses assuntos são abordados pelo profissional entrevistado em suas consultas. Por isso, é importante repetir o enunciado a cada três ou quatro itens, enfatizando se o assunto foi abordado em consultas.

Os itens F1-F15 devem ser respondidos por profissionais que atendem pacientes de todas as idades.

Se o entrevistado atende apenas **crianças**, ele **não deve responder** as perguntas F4 a F13.

Se o entrevistado atende apenas **adultos**, ele **não deve responder** as perguntas F14 a F15.

Entrevistador, repita antes de F14 e F15:

Os seguintes assuntos são discutidos com o cuidador ou responsável pela criança?

G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?

O entrevistado busca incluir os pacientes nas decisões de seu tratamento ou de seus familiares.

G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?

São abordadas em consulta doenças que podem ter componente familiar, como problemas de saúde mental ou doenças de influência genética.

G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?

Haveria a possibilidade de se reunir com os familiares dos pacientes para discutir algum assunto importante.

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?

O entrevistado ou alguém do serviço conhece os problemas do território em que seus pacientes vivem.

H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

O entrevistado ou alguém do serviço houve opiniões e idéias da comunidade adscrita visando melhorar seus serviços.

H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

O entrevistado ou alguém do serviço busca conhecer se seus serviços estão sendo adequados aos seus pacientes.

H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

O entrevistado ou alguém do serviço faz pesquisas na comunidade em que atua para identificar as necessidades em saúde importantes a serem abordadas.

H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)

O entrevistado ou alguém do serviço convida os pacientes e familiares para participar de conselhos, para que esse atue no processo de saúde da comunidade.

CARTÃO RESPOSTA

Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
4	3	2	1	9

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão profissionais

Estudo: “O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE NO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA”

Pesquisadora responsável: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Telefone para contato: (51) 3308-5481 – malice@enf.ufgrgs.com.br

Pesquisadora: Alisia Helena Weis Pelegrini

Telefone para contato: (51)3372-2411- alisiahelenaw@yahoo.com.br

Fone contato CEP/SMS – 32124623

Esta pesquisa irá analisar presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade) e três atributos derivados (Orientação Familiar e Orientação Comunitária) da Atenção Primária à Saúde no processo de trabalho dos enfermeiros no atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência. O título da pesquisa é **“O processo de trabalho dos enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência”**. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Farão parte do estudo os enfermeiros do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre, que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores

garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do(a) Profissional Nome Data

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Nome Data

Pesquisador responsável: _____ Telefone: _____

ANEXO A – Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil, versão profissionais

Ministério da Saúde

Departamento de Atenção à Saúde

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care
Assessment Tool - PCATool-Brasil

PCATool-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS

Descrição do Instrumento

Ele é composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da atenção primária à saúde.

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13, B14).
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

A versão para profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2-Provavelmente, não 1-Com certeza, não 9-Não sei, não lembro

A1- Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?

4 3 2 1 9

A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 horas?

4 3 2 1 9

A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

4 3 2 1 9

A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?

4 3 2 1 9

A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecerem?

4 3 2 1 9

A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

4 3 2 1 9

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?

4 3 2 1 9

A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?

4 3 2 1 9

A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

4 3 2 1 9

B - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2-Provavelmente, não 1-Com certeza, não 9-Não sei, não lembro

B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?

4 3 2 1 9

B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?

4 3 2 1 9

B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?

4 3 2 1 9

B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o enfermeiro que os conhece melhor?

4 3 2 1 9

B5 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico que os conhece melhor?

4 3 2 1 9

B6 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?

4 3 2 1 9

B7 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?

4 3 2 1 9

B8 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

4 3 2 1 9

B9 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

4 3 2 1 9

B10 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?

4 3 2 1 9

B11 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?

4 3 2 1 9

B12 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?

4 3 2 1 9

B13 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?

4 3 2 1 9

B14 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

4 3 2 1 9

C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2-Provavelmente, não 1-Com certeza, não 9-Não sei, não lembro

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

4 3 2 1 9

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

4 3 2 1 9

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

4 3 2 1 9

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

4 3 2 1 9

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

4 3 2 1 9

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

4 3 2 1 9

D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2-Provavelmente, não 1-Com certeza, não 9-Não sei, não lembro

D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?

4 3 2 1 9

D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?

4 3 2 1 9

D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

4 3 2 1 9

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2-Provavelmente, não 1-Com certeza, não 9-Não sei, não lembro

E1 – Aconselhamento nutricional.

4 3 2 1 9

E2 – Imunizações.

4 3 2 1 9

E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.

4 3 2 1 9

E4 – Avaliação da saúde bucal.

4 3 2 1 9

E5 – Tratamento dentário.

4 3 2 1 9

E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

4 3 2 1 9

E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).

4 3 2 1 9

E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

4 3 2 1 9

E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

4 3 2 1 9

E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

4 3 2 1 9

E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

4 3 2 1 9

E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

4 3 2 1 9

E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

4 3 2 1 9

E14 – Remoção de verrugas.

4 3 2 1 9

E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

4 3 2 1 9

E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

4 3 2 1 9

E17 – Cuidados pré-natais.

4 3 2 1 9

E18 – Remoção de unha encravada.

4 3 2 1 9

E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).

4 3 2 1 9

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

4 3 2 1 9

E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.

4 3 2 1 9

E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

4 3 2 1 9

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

de todas as idades

somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)

somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias.

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens).

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2- Provavelmente, não 1- Com certeza, não 9- Não sei, não lembro

F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

4 3 2 1 9

F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.

4 3 2 1 9

F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.

4 3 2 1 9

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?”

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

4 3 2 1 9

F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.

4 3 2 1 9

F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

4 3 2 1 9

F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.

4 3 2 1 9

F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.

4 3 2 1 9

F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.

4 3 2 1 9

F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.

4 3 2 1 9

F11 – Como prevenir quedas.

4 3 2 1 9

F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.

4 3 2 1 9

F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.

4 3 2 1 9

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2-Provavelmente, não 1-Com certeza, não 9-Não sei, não lembro

F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.

4 3 2 1 9

F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

4 3 2 1 9

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2-Provavelmente, não 1-Com certeza, não 9-Não sei, não lembro

G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?

4 3 2 1 9

G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?

4 3 2 1 9

G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

4 3 2 1 9

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:

4- Com certeza, sim 3- Provavelmente, sim 2- Provavelmente, não 1- Com certeza, não 9- Não sei, não lembro

H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?

4 3 2 1 9

H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?

4 3 2 1 9

H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

4 3 2 1 9

Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?

H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

4 3 2 1 9

H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

4 3 2 1 9

H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

4 3 2 1 9

**ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO**

Pesquisador (a) Responsável: Maria Alice Dias da Silva Lima
Registro do CEP: 498 **Processo Nº.** 001.020247.10.9
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – Gerencia Distrital
 Gloria/Cruzeiro /Cristal e Samu/UPAS
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.020247.10.9, referente ao projeto de pesquisa: “**ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE PARA O ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS**”, tendo como pesquisador responsável Maria Alice Dias da Silva Lima cujo objetivo é “Analisar a estruturação da rede de serviços de saúde do município de Porto Alegre para o atendimento às urgências. Específicos: - Caracterizar as demandas de usuários por atendimentos de urgência nos serviços de saúde, analisando o padrão de utilização e a relação que estabelecem com o acesso ao atendimento no Sistema Municipal de Saúde.- Identificar as necessidades de saúde expressas pelos usuários na utilização dos serviços de saúde em situações de urgência; - Identificar o perfil sócio demográfico e epidemiológico das urgências demandadas aos serviços de saúde do município de Porto Alegre;-Caracterizar a organização do trabalho em serviços de saúde para o atendimento às urgências, descrevendo elementos relacionados ao acesso e ao acolhimento, à integralidade das ações e à intersetorialidade”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 22/06/2010


Elen Maria Borba

**ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
de Porto Alegre – projeto da tese**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Maria Alice Dias da Silva Lima
Registro no CEP: 703 Processo N°. 001.043161.11.1
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – GD GCC
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.043161.11.1, referente ao projeto de pesquisa: **“O processo de trabalho dos enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência”**, tendo como pesquisador responsável Maria Alice Dias da Silva Lima cujo objetivo é **“ Analisar a produção de cuidado primário em saúde no processo de trabalho dos enfermeiros para atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência, com base na presença e na extensão dos atributos da atenção primária à saúde”**.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 31/10/2011.

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

ANEXO D – Adendo ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para inclusão do Distrito Assistencial Sul/Centro Sul



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Maria Alice Dias da Silva Lima
Registro no CEP: 703 **Processo N°:** 001.043161.11.1
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – GD GCC / GD SUL
CENTRO SUL
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO


O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.043161.11.1, referente ao projeto de pesquisa: **“O processo de trabalho dos enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência”**, tendo como pesquisador responsável Maria Alice Dias da Silva Lima cujo objetivo é **“ Analisar a produção de cuidado primário em saúde no processo de trabalho dos enfermeiros para atendimento de usuários da demanda espontânea em situação de urgência, com base na presença e na extensão dos atributos da atenção primária à saúde”**.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 24/07/2012.


 Maria Mercedes Bendati
 Coordenadora do CEP