

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ELLEN MARA DA SILVA AUGUSTO

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL
ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

LAGOA SANTA - MG

2014

ELLEN MARA DA SILVA AUGUSTO

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL
ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

LAGOA SANTA - MG

2014

ELLEN MARA DA SILVA AUGUSTO

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL
ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca examinadora

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano - Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 14 de janeiro de 2015.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente por me conduzir até este momento.

Ao meu pai Hilton pela paciência.

Ao meu irmão Willian.

Em especial a minha mãe Ângela, sempre guerreira e dedicada a família, meu exemplo de vida.

A minha tia Angélica.

As minhas amigas que apesar da distância se fazem presentes todos os dias em minha vida, obrigada Marta, Chara, Gabriela, Sirley e Glaucia.

Aos novos colegas que fiz em Lagoa Santa.

A minha orientadora Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano que dividiu comigo seu tempo, suas experiências e saberes, deixo também o meu muito obrigado e meu carinho.

Amo todos vocês, fazem parte da minha história.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família objetiva trabalhar principalmente a promoção e prevenção a saúde dos indivíduos e suas famílias, na perspectiva geográfica de uma área de abrangência. Porém, situações de urgência e emergência podem ocorrer em qualquer local, sendo a unidade básica a primeira porta de acesso do usuário a assistência à saúde. Sabe-se que este tipo de atendimento torna-se cada vez mais comum, tornando indispensável que os profissionais de saúde estejam preparados para essa abordagem. Este projeto visa elaborar um plano de intervenção visando à capacitação do profissional enfermeiro de uma unidade de saúde da família para o atendimento de urgência e emergência. Justifica-se pela complexidade da situação e pelo enfermeiro geralmente se configurar como o primeiro profissional de saúde a prestar assistência ao usuário. O projeto foi desenvolvido baseado na observação e discussões diárias com a equipe de saúde da unidade, e no plano de intervenção utilizou-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foi também realizada pesquisa bibliográfica narrativa com busca de material em documentos do Ministério da Saúde e periódicos indexados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Concluiu-se que o plano de ação é extremamente importante para iniciar a organização da rede de urgência do município, pois o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família necessita se capacitar para prestar um atendimento emergencial de qualidade. O principal resultado esperado é a redução de encaminhamentos desnecessários de pacientes, agravos, sequelas e óbitos.

Palavras-chave: Emergências. Educação. Enfermeiros. Saúde da família.

ABSTRACT

The Health Strategy objective Family primarily work promoting and preventing the health of individuals and their families, in the geographical perspective of a coverage area. However, urgent and emergency situations can occur anywhere, being the basic unit the first user access door to health care. It is known that this type of care becomes increasingly common, making it essential that health professionals be prepared for this approach. This project aims to develop an intervention plan for the training of professional nurses of a family clinic for urgent care and emergency. Justified by the complexity of the situation and the nurse generally set as the first health professional to assist the user. The project was developed based on observation and daily discussions with the unity of the health team, and intervention plan used the Strategic Planning Situational Method (SPS). It was also held with narrative bibliographic research material of Ministry of Health documents and indexed journals of the Virtual Library in Health Research (VHL) and database Scientific Electronic Library Online (SciELO). It was concluded that the action plan is extremely important to start the organization of the municipality's emergency network because the nurse in the Family Health Strategy needs be trained to provide emergency care quality. The main expected result is the reduction of unnecessary referrals of patients, diseases, sequelae and death.

Key-words: Emergencies. Education. Nurses. Family health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Assistente de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
ES	Educação em Serviço
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAM	Pronto Atendimento Municipal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quantitativo de pessoas cadastradas na USF Centro conforme as doenças com maior potencial para evoluírem para atendimento de urgência e emergência, Lagoa Santa, 2014	11
Quadro 2 - Classificação dos principais problemas identificados na USF Centro, segundo nível de importância e prioridade, Lagoa Santa, 2014	24
Quadro 3 - Plano de Ação para capacitação dos profissionais enfermeiros e melhoria do atendimento de urgência e emergência na Unidade de Saúde da Família Central, Lagoa Santa, MG	25
Figura 1 - Fluxograma de Monitoramento e Avaliação	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO	17
5.1 Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família	17
5.2 A capacitação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família para os atendimentos de urgência e emergência	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 Identificação e priorização dos problemas	24
6.2 Plano de ação	24
6.3 Avaliação e monitoramento.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde no Brasil objetiva promover assistência integral ao sujeito, família, comunidade e coletividade, impactando na condição de saúde das pessoas e nos fatores determinantes do processo saúde-doença. As Unidades de Saúde da Família (USF) constituem instrumentos imperativos às ações da Atenção Básica à Saúde nos municípios e devem apresentar infraestrutura física, material e humana mínima necessária para o desenvolvimento de suas atividades (BRASIL, 2011).

A cidade de Lagoa Santa, local em que atuamos como profissional de saúde na atenção básica está situada no estado Minas Gerais, localizada a 35 km da capital mineira, com uma população de 52.520 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Possui 17 Unidades de Saúde da Família (USF) com 100% de cobertura. No município, 85% da população dependem exclusivamente dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e o restante utiliza-se dos sistemas privados.

Lagoa Santa possui unidades de apoio, Centro de Especialidade Odontológica (CEO), policlínicas, laboratório municipal e equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Possui também Centros de Atenção Psicossocial, Pronto Atendimento Municipal (PAM) e hospital geral que está momentaneamente fechado.

Enquanto aluna do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, atuo na Unidade Saúde da Família Centro, localizada no centro da cidade. Foi possível realizar o diagnóstico situacional da unidade, atividade prevista no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A referida USF atende 1073 famílias, correspondendo a 3881 pessoas, sendo que seus usuários são de classe média a alta e são muito exigentes com relação aos serviços de saúde. O horário de funcionamento da unidade é de 7 horas da manhã até às 16h30min.

Os equipamentos públicos disponíveis à população na área de abrangência da unidade incluem escolas municipais e privadas, laboratórios municipal e particular conveniado com a prefeitura, policlínica, pastoral da criança, associação de caridade, academias de ginástica particulares e públicas ao ar livre, farmácias, padarias, supermercados, restaurantes, bares, lojas de diversos segmentos, bancos, e serviço de correios. Os moradores do centro contam com o sistema de água, luz, telefone e internet. Também no centro localiza-se a igreja matriz da cidade.

A equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) é constituída por médico

generalista, médico estagiário, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentista, Assistente de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB). A unidade possui sala de enfermagem para acolhimento, sala de curativos, banheiro para funcionários, consultório médico, salas de observação, de esterilização e de coleta de preventivo, copa, área externa, banheiros para usuários, consultório odontológico e recepção.

Foi possível identificar que a Unidade de Saúde Centro enfrenta inúmeros problemas em seu dia-a-dia, sendo um deles o absenteísmo dos funcionários. Este foi iniciado após uma mudança na coordenação da unidade e a chegada de uma nova enfermeira, ficando evidente que desde então o número de atestados médicos apresentados se elevou consideravelmente. Observou-se que há problemas de relacionamento interpessoal relacionados à mudança de coordenação, pois parte da equipe não aceita a chegada da nova enfermeira, dificultando o diálogo.

Identificou-se também que a estrutura física da unidade não é adequada, pois a mesma encontra-se em um subsolo, com problemas de espaço, ventilação e rede de esgoto. Outro aspecto evidenciado na problemática é o fato da realização de atividades de promoção e prevenção à saúde serem dificultadas por falta de adesão dos usuários. Acredita-se que o perfil socioeconômico dos moradores da área favorece que os mesmos utilizem planos de saúde e não aceitem, por exemplo, a visita de um ACS, comprometendo as ações preventivas e de promoção da saúde.

Destaca-se também o uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos, pois as receitas são renovadas sem consulta médica. Além disso, há carência de humanização, que é perceptível desde a recepção, pois o usuário não é tratado com a devida atenção e gentileza.

E por fim, o problema julgado como mais relevante é o precário atendimento de urgência e emergência ofertado, pois na unidade existem pacientes com patologias que podem evoluir para uma situação emergencial e há falta de capacitação profissional para o atendimento dessas pessoas. Os agravos mais comuns são diabetes descompensada, crise hipertensiva, além de doenças neurológicas.

De fato, conforme apresentado no Quadro 1, a patologia que mais acomete os usuários da unidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), perfazendo um total de 314 pacientes portadores com este agravo. A segunda doença mais prevalente é a diabetes, totalizando 91 pessoas e com agravos neurológicos em torno de 22 pessoas. Deve-se ressaltar que este número pode ser ainda maior devido à dificuldade de acesso dos profissionais da equipe em algumas residências.

Quadro 1 - Quantitativo de pessoas cadastradas na USF Centro conforme as doenças com maior potencial para evoluírem para atendimento de urgência e emergência, Lagoa Santa, 2014

Doença	Número de pacientes
Diabetes	091
Hipertensão arterial sistêmica	314
Agravos neurológicos	022

Fonte: Dados da Unidade Saúde da Família Centro, Lagoa Santa-MG, 2014.

Sabe-se que HAS é uma doença de tratamento contínuo e se caso não for diagnosticada e tratada adequadamente, o indivíduo poderá desenvolver diversos agravos como a doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio ou mesmo um acidente vascular encefálico desencadeando situações de urgência e emergência hipertensiva que demandam atendimento imediato (BRASIL, 2006).

Nesse cenário, torna-se relevante um atendimento de qualidade com profissional enfermeiro capacitado. Esse deve estar preparado para identificar precocemente os sinais e sintomas de agravos para intervir de maneira rápida e eficaz. O enfermeiro deve estar apto a utilizar o espaço físico disponível, os recursos materiais e principalmente deve possuir competência técnica a fim de tratar ou estabilizar o paciente crítico, proporcionando um encaminhamento seguro e responsável para um setor de maior complexidade.

Um estudo realizado no ano 2000 em um setor de emergência clínico – cirúrgica e no setor de emergência de um hospital de ensino mostrou que a crise hipertensiva correspondeu a 1,7% do total de todos os atendimentos realizados na emergência hospitalar e 0,5% dos atendimentos realizados na emergência clínica cirúrgica. Dos 452 casos de crise hipertensiva, 273 correspondiam a urgências hipertensivas e 179 eram casos de emergências hipertensivas. O estudo apontou ainda que 58% dos casos de emergência hipertensiva levaram a lesões como acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, angina estável entre outras complicações cerebrovasculares (MARTIN et al., 2004).

No atendimento destes pacientes, a capacitação dos profissionais é primordial para o sucesso no atendimento. Capacitar os profissionais adequadamente é assegurar que eles estarão prontos e seguros para qualquer tipo de atendimento, inclusive de urgência e emergência. Esses também estarão mais preparados para trabalhar de maneira mais incisiva na promoção e prevenção a saúde junto à comunidade, a fim de diminuir as chances de atendimentos emergenciais, pois tão importante quanto saber intervir em uma urgência, é impedir que ela ocorra.

Na USF, em relação à urgência e emergência foram identificados os seguintes nós críticos: ausência de capacitação do profissional enfermeiro para o atendimento de urgência e emergência, não utilização do protocolo de classificação de risco na unidade de saúde, ausência de recursos materiais para atendimento de urgência e emergência, existência de pacientes com patologias de base que podem desencadear atendimentos emergenciais.

Desse modo, como inexistente na rede municipal de saúde um programa de capacitação dos profissionais da atenção básica acerca do manejo de pessoas em situação de urgência e emergência, esses atendimentos são realizados de forma precária, o que pode incorrer em complicações do quadro do usuário e até mesmo a morte.

Diante do exposto, torna-se relevante capacitar o profissional enfermeiro para o atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência, tendo o potencial de contribuir para a melhoria da assistência.

2 JUSTIFICATIVA

Abordar o tema urgência e emergência na unidade saúde da família, ou seja, na atenção primária, parece não fazer sentido, pois imaginamos que nunca enfrentaremos uma emergência. Porém, é cada vez mais comum que profissionais da área se deparem com atendimentos emergenciais neste setor.

Portanto, priorizar o atendimento de urgência e emergência na unidade, com ênfase na capacitação do profissional enfermeiro, devido à complexidade do atendimento e por ser responsável pelo primeiro atendimento a este paciente, se mostra fundamental para a qualificação, humanização dos serviços e melhoria da qualidade da assistência.

Esta intervenção também se torna relevante pelo fato de que na cidade de Lagoa Santa inexistente uma rede de serviços de saúde voltada para este tipo de atendimento, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros. Além disso, o Pronto Atendimento Municipal (PAM) não é o suficiente para atender a demanda, aliado a isto falta veículos apropriados para o transporte deste tipo de paciente, ou seja, faltam ambulâncias devidamente equipadas.

É importante ressaltar que inexistente capacitação em urgência e emergência para os profissionais da atenção básica, dificultando que os mesmos identifiquem e deem resolubilidade a este tipo de situação. Destaca-se que qualquer minuto de agilidade no atendimento dessas pessoas pode fazer a diferença entre a vida e a morte, ou entre um dano reversível ou irreversível ao paciente. Deve-se ressaltar também que a cidade se encontra em rota de aviões devido à proximidade do aeroporto internacional Tancredo Neves em Confins, o que potencializa os riscos de acidentes com múltiplas vítimas.

Este tipo de atendimento é complexo, requer capacitação, recursos físicos e materiais, além de uma rede de apoio para este fim. Apesar de o problema ser mais abrangente, decidimos focar prioritariamente na parte na qual podemos atuar visando à melhoria do cenário, ou seja, focamos na capacitação do profissional enfermeiro para o atendimento emergencial dentro da unidade de saúde.

Apesar de sabermos que uma USF tem como principal função trabalhar a promoção e a prevenção a saúde, o profissional enfermeiro deve estar sempre preparado para uma eventual emergência, pois existem usuários em sua área de abrangência que possuem morbidades que podem evoluir para uma situação emergencial.

A capacitação profissional permite a identificação e a rápida intervenção por parte da equipe de saúde, visando o restabelecimento do paciente o mais breve possível, reduzindo o

risco de sequelas e até de mortes.

Esperamos com a elaboração do plano de ação que a capacitação do profissional enfermeiro possa prepará-lo para identificar e agir em uma emergência dentro de sua unidade. Esperamos também que se utilizando do protocolo de classificação de risco, dos recursos materiais e das áreas de apoio disponíveis no município, o enfermeiro contribua para a redução da mortalidade por ausência ou ineficiência no atendimento emergencial.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando à capacitação do profissional enfermeiro de uma unidade de saúde da família para o atendimento de urgência e emergência.

3.2 Objetivos Específicos

- Demonstrar a importância da capacitação do enfermeiro para o atendimento de urgência e emergência em USF;
- Capacitar o enfermeiro para utilizar o protocolo de classificação de risco em USF;
- Melhorar a assistência de enfermagem voltada para os casos de urgência e emergência presentes na unidade de saúde.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto foi baseada na observação diária da unidade, em discussões com a equipe de saúde. Foi também realizada pesquisa bibliográfica com busca de material em documentos do Ministério da saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e em páginas oficiais da prefeitura da cidade com os seguintes descritores: emergências, educação, enfermeiros, saúde da família.

Para a elaboração do plano de intervenção, foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do Módulo de iniciação científica (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Inicialmente, juntamente com a equipe de saúde, foi feita a análise situacional a partir da identificação dos problemas do território e a priorização dos problemas. Realizou-se a descrição e explicação do problema e a seleção dos nós críticos. Posteriormente foram elencadas ações/operações propostas conforme ação, projeto, objetivos, resultados esperados, atores sociais, recursos, cronograma e gestão.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família

Durante as décadas de 60 a 80 a assistência de saúde no Brasil estava centrada nos atendimentos hospitalares, um modelo hospitalocêntrico. O modelo proposto com a implantação da atenção básica somente começou a obter forças com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOARES, 2013).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). O principal objetivo do PSF era substituir o modelo tradicional por uma organização das práticas da atenção à saúde, com novas bases, a fim de melhorar a qualidade de vida das famílias brasileiras. Foi proposta uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde na comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial (BRASIL, 2000).

Em 2005 o Brasil já atendia 78,6 milhões de pessoas através dessa estratégia, que objetivava prestar uma assistência mais humanizada, voltada para todos os integrantes da família e da comunidade, diferenciando significativamente do modelo antigo de saúde. Preconiza-se que a equipe de saúde da família deve ser composta por no mínimo médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), sendo que estes últimos devem ser preferencialmente moradores da própria comunidade há pelo menos dois anos (D'AGOSTIN et al., 2012).

O novo modelo trás a reorientação da saúde através das ações de promoção, proteção e prevenção da saúde. Nesse contexto, a unidade básica de saúde se torna a primeira porta de entrada para a assistência à saúde. Constitui-se no primeiro atendimento do usuário. Diante disso, os profissionais que compõem a equipe da estratégia saúde da família (ESF) devem estar aptos a dar a resolubilidade necessária a cada situação (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

Destaca-se também que a atenção básica é o primeiro nível de atenção do SUS e tem como principais funções, além da promoção e prevenção a saúde, a recuperação da mesma, a organização e a integração da rede de atenção à saúde (SOARES, 2013).

Importante ressaltar que o individuo não é um ser isolado que deve ser visualizado e tratado de maneira isolada, ele faz parte de uma família, de uma comunidade, de um contexto social e econômico que devem ser verificados e levados em consideração quando ele necessitar de cuidados. Cuidados estes de menor ou de maior complexidade e que podem acontecer em sua própria residência através das visitas domiciliares. Portanto, o usuário, sua

família bem como a comunidade que está inserida necessitam ser vistos de maneira integral pela equipe de saúde, devendo esta estar preparada tanto para a prevenção e promoção da saúde quanto para o atendimento de urgências e emergências (BRASIL, 2000).

A unidade de saúde da Família, por se tratar do primeiro acesso que o usuário tem do sistema de saúde, pela localização e o vínculo com a equipe é vista como um local de fácil acesso para o atendimento de urgência e emergência. No entanto, existe a visão de que a unidade faz parte de uma rede de baixa complexidade e que por esse motivo não necessitaria de recursos materiais e humanos para atender a demanda emergencial (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013).

É importante primeiramente obter o entendimento de urgência e emergência no âmbito da saúde que difere dos significados empregados nos dicionários de nossa língua (OLIVEIRA; MESQUITA, 2013). A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina traz como definição de urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Já a emergência define-se “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

A Portaria nº 2.048/GM de 5 de novembro de 2002 dispõe sobre os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e em seu anexo de Regulamento Técnico aborda entre outros assuntos, o atendimento pré-hospitalar fixo. Este trata do atendimento realizado no primeiro nível de atenção a saúde, onde se enquadram as unidades básicas de saúde e as unidades de saúde da família. A portaria retrata a necessidade de atendimento imediato, na atenção básica de saúde, dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados seja de natureza clínica, psiquiátrica ou mesmo traumática, reduzindo as possibilidades de sequelas e de mortes (BRASIL, 2003).

Os acolhimentos e atendimentos das demandas de urgência e emergência devem ser realizados pela atenção primária em todos os municípios do país. É importante que a unidade de saúde da família preste a assistência aos pacientes de sua área de abrangência na situação de urgência, pois já tem conhecimento de toda história clínica do paciente, sabe das medicações em uso, conhece os hábitos de vida e tem acesso ao prontuário do mesmo. Dessa maneira, de acordo com os recursos disponíveis neste nível de atenção, o usuário pode ser tratado, estabilizado e se necessário, encaminhado a outro nível de assistência para continuidade do tratamento ou mesmo para realização de exames complementares (BRASIL, 2003).

Nessa direção, a atenção primária à saúde deve estar preparada para realizar o

atendimento de urgência, visto que não se pode prever quando o mesmo acontecerá. Essa preparação começa com a capacitação dos profissionais da equipe, para que eles estejam aptos a identificar, avaliar e estabilizar a vítima, reduzindo os encaminhamentos desnecessários e evitando a sobrecarga do pronto atendimento (BRASIL, 2003).

Os profissionais capacitados devem ter os materiais e medicamentos necessários para as intervenções, como por exemplo, ambú, cânula de guedel, material para sutura e imobilizações, adrenalina, atropina, diazepam, glicose entre outros. Além dos materiais e medicamentos também se faz necessário um espaço específico que seja destinado a este tipo de atendimento, onde todos da equipe tenham conhecimento de onde se encontra cada equipamento, material ou medicamento, para que não se perca tempo, pois isso pode custar a vida do paciente (BRASIL, 2003).

Caso exista a necessidade de encaminhar o usuário para outro setor de maior complexidade é importante a existência de uma rede de apoio pactuada para realizar o referenciamento, no qual os profissionais envolvidos saibam o fluxo correto para que isso aconteça. É necessário também o apoio de uma central de regulação visando encontrar o serviço de saúde mais próximo adequado ao caso, realizar contato e se necessário providenciar o transporte apropriado (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 1.863/GM de 29 de setembro de 2003 instituiu a Política Nacional de atenção às Urgências para ser implantada nas três esferas do governo, com a finalidade de garantir a universalidade, integralidade e equidade também no atendimento às urgências. Estabelece o redimensionamento das redes de atenção, construindo mapas de riscos e protocolos de atenção conforme as necessidades, nutrindo o sistema de informação e provocando o interesse pela educação permanente dos profissionais das equipes de atenção primária a respeito do tema urgência e emergência (BRASIL, 2003).

5.2 A capacitação do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família para os atendimentos de urgência e emergência

É indispensável que o enfermeiro da ESF tenha competências e habilidades para lidar com demandas de urgência e emergência, uma vez que a unidade básica de saúde constitui a primeira porta de entrada do paciente na rede de saúde. O usuário do serviço público de saúde ao se deparar com uma situação de urgência legítima ou referida se direciona para o serviço que ele julga oferecer assistência mais eficaz e rápida para os males que lhe aflige, podendo ser uma unidade básica ou um hospital, normalmente, o mais próximo de sua residência ou

local de trabalho (SOARES, 2013).

Os setores de emergências são serviços que de maneira geral são responsáveis por prestar assistência a pacientes potencialmente graves ou graves que necessitam de recursos específicos e especializados, embora na prática grande parte dos atendimentos desses setores poderia ser resolvida na Estratégia Saúde da Família, dessa maneira desafogando as portas das emergências (D'AGOSTIN et al., 2012).

É importante que a rede de atenção à saúde funcione para que nenhum setor seja prejudicado ou fique sobrecarregado. Para tal, é necessário ocorrer a integração entre esses serviços, principalmente entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que servem de retaguarda para Atenção Primária a Saúde (APS), porém existem alguns entraves para que isso aconteça (VON RANDOW et al., 2011).

As dificuldades começam com a falta de recursos humanos capacitados na APS, problemas no sistema de referência e contra referência, falta de informação, comunicação e esclarecimentos da população sobre as especificidades de cada setor da saúde, o imediatismo da comunidade por resolução de seus problemas, o que ainda demonstra estar no modelo biomédico de saúde e por fim faltam recursos materiais e tecnológicos para fornecer o devido diagnóstico e tratamento trazendo agilidade e eficácia a articulação entre APS e UPA (VON RANDOW et al., 2011).

A principal conduta a ser realizada na unidade básica de saúde é o acolhimento dos usuários seja na demanda programada, na espontânea ou mesmo no atendimento às urgências, porém o acolhimento dessas urgências ou demandas espontâneas é diferente dos acolhimentos ocorridos em locais de pronto - atendimento (BRASIL, 2013).

Definir o que é acolhimento é algo complexo devido as seus vários significados, tanto aqueles contidos no dicionário, quanto os empregados na saúde. A Política Nacional de Humanização diz que “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010). Na realização do acolhimento é importante escutar atentamente as queixas e expectativas do paciente, identificar e avaliar os riscos e dar a resolubilidade necessária a cada caso (D'AGOSTIN et al., 2012).

O acolhimento deve ser visto de maneira mais ampla que somente uma ação de triagem, encaminhamentos, recepção ou mesmo um ambiente favorável, o acolhimento é uma postura ética. Sua prática deve estar articulada com processos de trabalho e a gestão dos serviços, não restringindo a responsabilidade ou eficácia do processo de acolhimento a um setor em específico (BRASIL, 2010).

No contexto da unidade básica de saúde, existe uma equipe de saúde que conhece o paciente, tem acesso a seu prontuário e o mais importante tem a oportunidade de dar a continuidade ao tratamento e realizar o acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente (BRASIL, 2013).

Faz-se necessário um trabalho de avaliação de risco e vulnerabilidade que deve se iniciar ainda na recepção através de observação de situações que ocasionem maior risco ou de maior urgência. Essa avaliação de risco deve ser discutida com a equipe e bem estruturada para que todos tenham o mesmo entendimento (BRASIL, 2013).

Na avaliação de risco e vulnerabilidade é importante levar em consideração as percepções do usuário sobre o adoecimento, observando não somente o sofrimento físico, mas também o psicológico que pode trazer tanto risco para a saúde quanto um problema físico, gerando uma urgência (BRASIL, 2010).

Para um acolhimento objetivando uma avaliação de risco é necessário que aconteçam algumas mudanças, como a substituição das filas e ordem de chegada, todos os profissionais da unidade desenvolverem a escuta ativa para com o paciente, desviar o foco da doença para o sujeito, abordar o paciente de maneira integral, utilizar-se da equipe multiprofissional para a resolução das problemáticas dos usuários, estabelecer vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde e trazer o paciente para ser sujeito de sua própria saúde, estabelecendo com ele o vínculo terapêutico (BRASIL, 2010).

A triagem ou classificação de risco é utilizada quando a necessidade de atendimento ultrapassa os recursos disponíveis, assegurando o atendimento de acordo com o tempo resposta e a necessidade do paciente, formando um fluxo, geralmente utilizado amplamente nos atendimentos de urgências (MACKWAY JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Existem vários modelos de classificação de risco, porém o município de Lagoa Santa optou pelo modelo Manchester de Classificação de Risco, que foi criado em 1994 a fim de que médicos e enfermeiros estabelecessem um consenso para o atendimento de urgência. Após inúmeras reuniões e discussões chegaram a criação de uma escala de triagem baseada na classificação por cores (MACKWAY JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

Nesta classificação, a cor vermelha significa situação emergencial onde o tempo resposta é zero, ou seja, prioridade máxima para este atendimento, a cor laranja significa muito urgente com tempo - resposta máximo de 10 minutos, a cor amarela é muito urgente e o tempo - resposta para esta situação é de até 60 minutos, já a cor verde significa pouco urgente e o tempo é de no máximo 120 minutos e a cor azul significa não urgente com o tempo máximo de espera de até 240 minutos (MACKWAY JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

O tempo em situações de urgência e emergência pode ser determinante para salvar a vida do paciente e reduzir as possibilidades de sequelas graves, por essa razão as unidades básicas de saúde devem realizar o acolhimento e o atendimento deste tipo de situação. Porém, é comum nos depararmos com profissionais deste setor encaminhando o paciente para setores de maior complexidade, muitas vezes sem realizar sequer uma avaliação do estado geral do usuário, nem a estabilização do mesmo (EVANGELISTA et al., 2012).

Acredita-se que este tipo de ocorrência é devido à insegurança ou desconhecimento do profissional da unidade básica de saúde, pois requer habilidades para agir com senso crítico criatividade, competência e de maneira humanizada em todas as situações, inclusive nas urgências e emergências (EVANGELISTA et al., 2012).

O profissional somente estará apto a desenvolver essas habilidades, mediante a capacitação (EVANGELISTA et al., 2012). Sabe-se que a educação é um dos principais instrumentos responsáveis por transformar, modificar uma sociedade. Com o avanço das tecnologias e saberes da área da saúde, tem-se exigido cada vez mais desses profissionais o aprendizado de novas habilidades, sendo indispensáveis capacitações constantes para atualização dos conhecimentos e aprimoramento da práxis assistencial (RICALDONI; SENA, 2006).

Na perspectiva da educação dos profissionais de enfermagem, reconhece-se a educação permanente (EP), a educação continuada (EC) e a educação em serviço (ES) enquanto valiosos instrumentos de capacitação profissional. Destaca-se que apesar das diferenças entre educação permanente e educação continuada, ambas se complementam (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A educação permanente é aquela que visa transformar as práticas de saúde no ponto de vista da integralidade, trabalho em equipe e autonomia dos profissionais e usuários do SUS. É realizado o levantamento das necessidades dos pacientes, dos profissionais e do serviço de saúde, além dos resultados que se espera com as ações pretendidas, pois neste contexto é extremamente importante monitorar e avaliar o que está sendo feito (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A educação permanente trás o estímulo a uma educação crítica, reflexiva que desenvolve no profissional a percepção da importância e da responsabilidade de sua capacitação permanente dentro do seu ambiente de trabalho e para o seu trabalho, de forma a aliar a educação e a prática (RICALDONI; SENA, 2006).

A educação continuada é fundamentada no conhecimento técnico - científico e busca reproduzir ou dar continuidade ao modelo de ensino acadêmico, visa orientar e adequar os

profissionais para o trabalho dentro do serviço de saúde, sua principal característica é a ausência de espaço para reflexão e críticas acerca das necessidades dos usuários, profissionais e do próprio setor. Ele reproduz o que existe nas melhores literaturas da saúde, com foco em cursos, treinamentos e palestras (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Nesse contexto, acredita-se que as capacitações em serviço propiciarão melhores habilidades e competências aos profissionais de saúde da APS para o exercício de suas funções, sobretudo no atendimento às situações de urgência e emergência.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e priorização dos problemas

A partir da coleta de dados referente ao município por meio da observação da unidade e de discussões com a equipe de saúde da Unidade Saúde da Família (USF) Centro, foi possível identificar os seguintes problemas:

Quadro 2 - Classificação dos principais problemas identificados na USF Centro, segundo nível de importância e prioridade, Lagoa Santa, 2014

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Absenteísmo dos funcionários da USF	Alta	Total	2
Relacionamento interpessoal (equipe)	Alta	Total	3
Estrutura da USF	Alta	Parcial	7
Promoção e Prevenção a Saúde	Alta	Total	4
Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos	Médio	Parcial	5
Carência de humanização	Médio	Parcial	6
Atendimento de Urgência e Emergência	Alta	Parcial	1

Fonte: Unidade Saúde da Família Centro, Lagoa Santa-MG, 2014.

6.2 Plano de ação

A partir da determinação do principal problema, o atendimento de urgência e emergência, e do levantamento dos nós críticos, traçamos o plano de ação considerando sua viabilidade.

Quadro 3 - Plano de Ação para capacitação dos profissionais enfermeiros e melhoria do atendimento de urgência e emergência na Unidade de Saúde da Família Central, Lagoa Santa, MG

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Viabilidade	Recursos Necessários	Prazo
Curso para capacitação dos profissionais enfermeiros para o atendimento de urgência e emergência na ESF.	Qualificar estes profissionais para identificar e prestar a assistência adequada ao seu nível de assistência e estabilizar para possível transferência para setor de saúde mais complexo caso seja necessário.	Profissionais adequados para ministrar as capacitações.	Aulas teórico – práticas com carga horária a ser definida em conjunto com o profissional capacitador; Capacitar sobre Protocolo de Manchester; Entrega de certificados aos profissionais que participaram do curso com aproveitamento; Disponibilização de mini cursos para atualização anual.	Favorável	Material áudio – visual; Equipamentos e materiais de urgência e emergência; Local apropriado para as atividades teóricas e práticas; Recursos financeiros para viabilizar o curso.	Curto prazo
Executar o protocolo de Manchester na USF	Priorizar o atendimento identificando urgências e emergências	Equipe de Saúde utilizando o sistema de classificação de riscos a fim de identificar e dar resolubilidade rápida aos atendimentos emergenciais. Comunidade ciente da utilização desse protocolo.	Sensibilização da população através de folders explicativos, vídeos e conversas explicativas entre os profissionais de saúde e usuários. O enfermeiro deve colocar em prática o conhecimento adquirido durante o curso de capacitação para identificar e dar resolubilidade a situações emergenciais.	Favorável	Material áudio – visual; Local apropriado para sensibilização da população; Local adequado para execução do protocolo de Manchester.	Curto prazo

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Viabilidade	Recursos Necessários	Prazo
Promoção a saúde e prevenção de agravos em pacientes com morbidades que elevam os riscos de atendimentos emergenciais.	Ter identificado e monitorado os usuários com morbidades que elevam os riscos de atendimentos emergenciais.	Intervenção no processo de adoecimento e agravos da população para que a mesma que já possui doenças de base não evolua para atendimentos emergenciais.	Identificar os usuários com este perfil; Realizar Visitas Domiciliares; Realizar grupos para orientações e trocas de saberes; Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para identificar e serem multiplicadores destes saberes.	Favorável	Profissional capacitado para treinar os agentes comunitários de saúde; Material áudio visual; Caderno e caneta para anotações dos ACS's; Para as visitas domiciliares aparelho de Pressão Arterial e glicemia.	Curto prazo
Aquisição e manutenção de equipamentos de Primeiros Socorros	Atendimento de qualidade com os materiais adequados a este fim	Resolubilidade do atendimento emergencial, reduzindo agravos ou mortalidades.	Levantamento de materiais necessários	Indiferente	Sala dentro da unidade preparada para prestar este tipo de atendimento; Local adequado para guarda dos equipamentos e medicamentos; Recursos financeiros para adquirir e manter os medicamentos e equipamentos estabelecidos na Portaria nº 2048GM/05-11-2002 da Política Nacional de Atenção às Urgências.	Médio prazo

Fonte: Enfermeira do PROVAB Ellen Mara da Silva Augusto e Unidade Saúde da Família Centro, Lagoa Santa-MG, 2014.

6.3 Avaliação e monitoramento

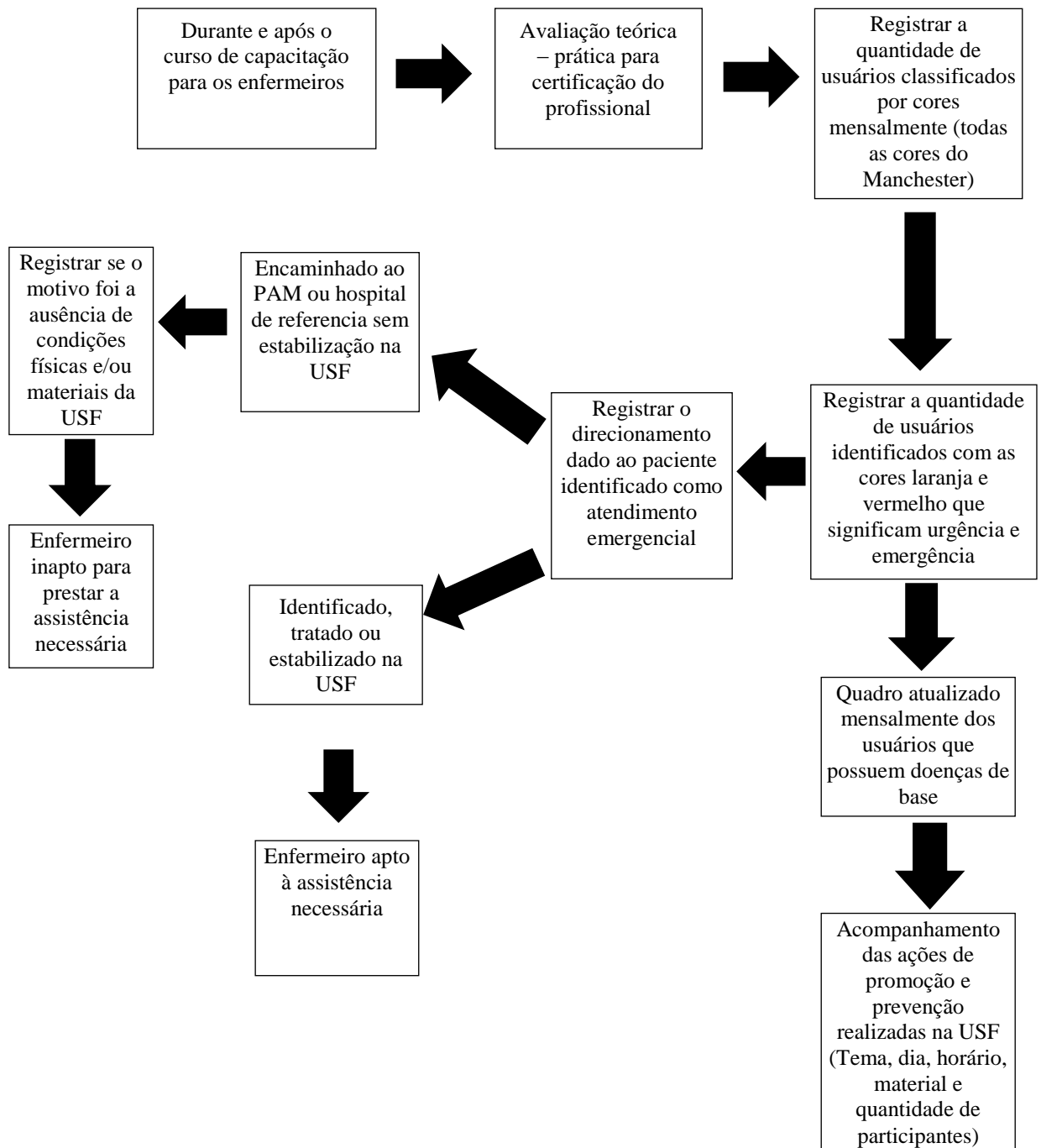
Durante e após a capacitação teórico – prática do profissional enfermeiro, o mesmo deverá ser submetido a avaliação também teórico – prática com o objetivo de estabelecer seu aproveitamento no curso e receber sua certificação. Anualmente o mesmo deverá receber cursos ou mini cursos para atualização dos seus conhecimentos, seja presencial ou à distância. Tal ação deverá ser monitorada através de registros junto ao sistema municipal visando o acompanhamento do enfermeiro anualmente.

Propõe-se registrar em impresso adequado as classificações por cores de todos os atendimentos aos usuários mensalmente e o direcionamento dado ao paciente, ou seja, se ele foi tratado e estabilizado na própria unidade ou foi encaminhado para o Pronto-Socorro Municipal. Tal procedimento visa monitorar e avaliar a execução do protocolo de Manchester na unidade e registrar a quantidade de atendimentos identificados como de urgência e emergência (cores laranja e vermelho). A proposta é observar se o enfermeiro está conseguindo identificar este tipo de situação e avaliar o percentual de atendimentos emergenciais na unidade.

A fim de identificar e monitorar e avaliar os pacientes com risco elevado de desencadear atendimentos emergenciais devido a suas doenças de base será importante que o enfermeiro realize reuniões semanais ou quinzenais com o médico e os ACS's, para atualizar a lista destes pacientes e discutir o plano terapêutico dos mesmos, além de planejarem intervenções na comunidade como um todo, como por exemplo, a realização de grupos que abordem os temas mais relevantes.

Todas essas ações de monitoramento e avaliação devem ser acompanhadas e analisadas pela enfermeira responsável técnica do município, além de ser a responsável por sugerir modificações ao decorrer da execução do plano. Essa avaliação tem como base os resultados que serão obtidos durante e após sua execução e caso julgue necessário e viável introduzir este plano nas demais unidades de saúde do município é uma possível continuidade da intervenção, visto que o problema de urgência e emergência é constante em todo o território municipal.

Figura 1 - Fluxograma de Monitoramento e Avaliação



Fonte: Elaborado pela autora, 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Situações de urgência e emergência não escolhem dia, hora ou local para acontecerem. O profissional enfermeiro deve estar sempre preparado para prestar este tipo de atendimento, inclusive quando for um profissional da atenção básica de saúde, já que este tipo de serviço de saúde é a porta de entrada do usuário ao SUS.

Os serviços de urgência e emergência estão, na maioria das vezes, sobrecarregados devido à demanda espontânea de pacientes e de encaminhamento de usuários da atenção básica, sendo que muitas vezes desnecessariamente. Tal fato dificulta a assistência no setor de maior complexidade, portanto a capacitação será o início do processo de organização da rede de urgência no município.

Para que o enfermeiro esteja apto a prestar este tipo de assistência deve estar capacitado para este fim, para que consiga identificar tal situação e dar a resolubilidade pertinente a cada caso, já que ele é normalmente o primeiro a entrar em contato com o paciente.

A capacitação abre caminhos não somente para o aprendizado técnico – científico, mas também para a reflexão crítica de situações que podem agravar os riscos de atendimentos emergenciais. Esses fatores incluem ausência da prática de uma classificação de risco, ausência de materiais específicos para tratar às urgências e a deficiência na execução da promoção e prevenção a saúde dos usuários da comunidade.

O plano de ação proposto neste projeto vem justamente tratar da questão da capacitação do profissional enfermeiro, pois só conseguimos modificar uma realidade através da educação. É um projeto que envolverá a responsável técnica do município, a enfermeira da unidade, os demais funcionários da equipe e a comunidade como um todo, partindo do princípio da capacitação como propulsora de toda a melhoria dos atendimentos emergenciais da unidade de saúde da Família.

Acredita-se que a capacitação do profissional enfermeiro propiciará a classificação de risco de maneira rápida e eficaz, permitindo assistir adequadamente os clientes em situação de urgência e emergência. Além disso, agirá na raiz do problema através do investimento nas ações de promoção e prevenção a saúde. Enfim, o olhar deste profissional será ampliado e com isso a qualidade da assistência prestada a comunidade será ainda melhor.

Trata-se de um projeto relativamente simples e de custo moderado com potencial para ser estendido às demais unidades do município, uma vez que a pouca competência técnica do enfermeiro da atenção básica para atendimento de urgência e emergência é um problema generalizado na cidade.

Desta maneira, o profissional enfermeiro apto se torna multiplicador dentro de sua equipe e consegue trazer mudanças nos seus atendimentos diários e no perfil de sua equipe e sua comunidade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação - apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica, n. 01). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série E: Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Dez anos de saúde da família no Brasil. **Informe Atenção Básica**, Brasília, n. 21, ano V, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe21.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2011. p. 48-55. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 mar. 1995. Seção I, p. 3.666. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 05 nov. 2014.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia científica**: textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3920.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

D'AGOSTIN, Renata Lorenzi 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. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/95/8.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

EVANGELISTA, Christiane Borges et al. Capacitação em suporte básico de vida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS): um relato de experiência. **EFDeportes.com - Revista Digital**, Buenos Aires, año 17, n. 174, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd174/capacitacao-em-suporte-basico-de-vida-em-uma-uaps.htm>>. Acesso em: 25 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**: Lagoa Santa. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313760&search=minas-gerais|lagoa-santa>>. Acesso em: 10 maio 2014.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Classificação de risco na urgência e emergência**. [s.l.]: [s.n.], 2010.

MARTIN, José Fernando Vilela et al. Perfil de crise hipertensiva. prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São José do Rio Preto-SP, v. 83, n. 2, p. 125-130, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v83n2/v83n2a04.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. Javier (Org.). **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

MONTANHA, Dionize; PEDUZZI, Marina. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.597-604, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

OLIVEIRA, Thais Alexandre de; MESQUITA, Gerardo Vasconcelos. Atendimento de urgência e emergência na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, Uruguai-PI, v. 6, n. 2, p.128-136, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/56>>. Acesso em: 10 set. 2014.

RICALDONI, Alberto Caciquinho; SENA, Roseli Rosângela de. Educação permanente uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino - Americana**, São Paulo, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2369/2572>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

SOARES, Stefânia Santos. **O papel da atenção básica no atendimento as urgências: um olhar sobre as políticas.** 2013. 47 f. Monografia (Especialização em Gestão da Atenção Básica) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/especializacao/Stefania%20Santos%20Soares.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014.

VON RANDOW, Roberta Mendes et al. Articulação com atenção primaria a saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto - atendimento. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 904-912, 2011. Disponível em: <http://www.revista-rene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a03v12esp_n4.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.