

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**ISABELA CORRÊA VOGEL KOURY**

**Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade  
de Saúde da Família**

**Rio de Janeiro**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ISABELA CORRÊA VOGEL KOURY

Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade de  
Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá para  
a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.  
Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues

Rio de Janeiro

2008

ISABELA CORRÊA VOGEL KOURY

Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade de  
Saúde da Família

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá  
para a obtenção do título de Mestre em Saúde da  
Família.

Aprovada em: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Fortes  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Valéria Ferreira Romano  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dr. Paulo H. Rodrigues  
Universidade Estácio de Sá

Dedico este trabalho aos amores da minha vida:

Meu marido, Miguel, por todo amor, companheirismo e incentivo.  
*Estarei sempre ao seu lado.* À minha filha Laura, pela paciente espera para vir ao mundo.

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, dedicação e amor incondicional.  
À minha irmã, minha princesa, pela força, otimismo e por estar sempre me fazendo sorrir e à minha avó, Clélia, por estar sempre presente.

À minha grande amiga Sandra Lumer, exemplo de vida, força e determinação.

## Agradecimentos

A todos que, em algum momento, contribuíram para esta etapa vencida. Especialmente ao meu professor, amigo e orientador Paulo Henrique Rodrigues, pelo dedicado e afetuoso estímulo à orientação acadêmica. Aprendi muito com você!!

Aos professores Paulo K. Sá e João Miranda pelo despertar do interesse científico e pelas tardes de debates sobre SUS, educação e filosofia. Um carinho especial às professoras Maria Cristina Ezequiel, Sandra Fortes e Ana Lúcia Pinto, exemplo de docência e amor à vida acadêmica. Vocês me fizeram acreditar!!

Às amigas, Sandra, Shirlei e Simone pela amizade, cumplicidade, pelos momentos felizes e divertidos nas tardes da Lapa.

Aos professores e colegas, contemporâneos do curso de Mestrado, que fizeram da reflexão acadêmica, nos papos de corredor e nos debates em sala de aula, algo que valesse a pena.

Ao amigo e companheiro de debates Luiz Fernando (Lufe) pelo apoio nas horas de estresse e por estar sempre disponível com um largo sorriso.

Ao professor Antônio Monreal e às residentes espanholas de Medicina de Família e Comunidade Helena, Patrícia, Lourdes e Marisol, pela troca de experiências e a carinhosa acolhida em Zaragoza.

Ao Major **Cláudio Sergio** Batista pelo apoio e constante incentivo.

A todos os amigos, médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários e alunos da Estrada da Saudade e demais Unidades de Petrópolis. Em especial aqueles que contribuíram diretamente na realização deste trabalho participando de forma alegre e honesta no grupo focal e respondendo pacientemente ao questionário deste trabalho. A Dr<sup>a</sup>. Wânia Werneck, coordenadora do Programa Saúde da Família de Petrópolis e a todos os supervisores de Saúde da Família do município de Petrópolis pela ajuda generosa e imprescindível.

À Faculdade de Medicina de Petrópolis, onde me descobri e despentei para a vida profissional e acadêmica, pela oportunidade e confiança.

Ao professor Hesio Cordeiro por ajudar a transformar este sonho em realidade.

A Deus por tornar tudo isto possível... Obrigada!

***"Não tenha medo das coisas que parecem difíceis no começo. Esta é apenas a impressão inicial. O importante é não recuar; você precisa dominar a si mesmo."***

*Olga Korbut*

## Resumo

A Atenção Primária à Saúde, e conseqüentemente, a Medicina de Família e Comunidade traz consigo quatro grandes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Como parte integrante de um sistema hierárquico e exercendo a função de uma das principais portas de entrada, a atenção primária tem no atendimento às urgência uma de suas atribuições fundamentais. A presente dissertação busca definir os graus de urgência a serem atendidos nas Unidades de Saúde da Família assim como o papel do médico frente a esses casos e verifica a percepção desses profissionais em relação à sua vocação e capacidade na atenção à urgência. Para tanto, apresenta um estudo quantitativo e qualitativo que analisa o conhecimento, habilidades e atitudes do médico de família frente a casos que necessitam atendimentos imediatos. O estudo evidenciou que a prática da urgência faz parte das atribuições do médico de família, apesar deste não se sentir à vontade em lidar com casos agudos ou mesmo não entendem as urgências como uma das suas atribuições. A análise realizada mostrou, também, que os profissionais se sentem desamparados, seja pela formação insipiente, seja pela carência de estrutura física, insumos ou retaguarda dos níveis de maior complexidade (sistema de referência deficiente). Fica evidente, também, a necessidade de definições precisas das atribuições dos médicos de família em relação aos casos de urgência e da necessidade de diretrizes clínicas e protocolos específicos para tais situações.

## Lista de abreviaturas e siglas

AP – Atenção Primária  
CCAA – Comunidades Autônomas (Espanha)  
CFM – Conselho Federal Medicina  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CS – *Centro de Salud*  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FMP – Faculdade de Medicina de Petrópolis  
ICIS – Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
INSALUD – Instituto Nacional de Saúde (Espanha)  
MF(s) – Médico(s) de Família  
MFyC – *Médico de Familia y Comunidad*  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial Saúde  
PCR – Parada Cardiorrespiratória  
PSF – Programa Saúde da Família  
P1, 2, 3 etc – Participante 1, 2, 3, etc  
RBCE – Rede Brasileira de Cooperação em Emergência  
RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SAMU – Serviços de Assistência Médica de Urgência  
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
SF – Saúde da Família  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SNS – Sistema Nacional de Saúde (Espanha)  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SBV – Suporte Básico de Vida  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas  
UAP – Unidade Atenção Primária  
USF – Unidade de Saúde da Família  
USP – Universidade Federal de São Paulo

### Quadro Síntese

TÍTULO	Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade de Saúde da Família.
AUTOR	Isabela Corrêa Vogel Koury
ORIENTADOR	Paulo Henrique Rodrigues
OBJETO	Competência do médico de família para realizar atendimentos de urgência na Atenção Primária.
OBJETIVO GERAL	Analisar o papel da equipe de Saúde da Família no atendimento dos casos de urgência, com foco na competência do médico de família para realizar este tipo de atendimento.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	a) Analisar criticamente a literatura sobre atenção das urgências na Atenção Primária e as normas da Estratégia Saúde da Família para identificar as atribuições das unidades neste tipo de atenção; b) Analisar as competências necessárias aos médicos de família para eventuais casos de urgência que chegam às unidades de Saúde da Família; c) Levantar e analisar a percepção de médicos de família quanto à sua capacidade frente à atenção de urgência.
JUSTIFICATIVA	O trabalho parte do pressuposto de que há, pelo menos, duas lacunas em relação ao atendimento das urgências na Estratégia brasileira de Saúde da Família: a) não são claras as atribuições das equipes em relação à demanda de urgência; b) há despreparo dos médicos de família em relação a este tipo de atendimento. Tais lacunas criam dificuldades para que as unidades cumpram seu papel em relação ao princípio da integralidade e hierarquização. Espero que os resultados desta Dissertação contribuam para o preenchimento dessas lacunas.
REFERENCIAL TEÓRICO	A análise será realizada com base na legislação vigente, sobre os casos de urgência e emergência ocorridos na Estratégia da Saúde da Família e as competências necessárias ao médico de família para melhor resolubilidade desses casos.
METODOLOGIA	Metodologia - revisão bibliográfica, estudo conceitual e sistematização dos documentos pertinentes da literatura nacional e internacional; análise das competências necessárias ao médico de família para realização do atendimento de urgência na Unidade de Saúde da Família (USF); questionário semi-estruturado aplicado aos médicos das USF do município de Petrópolis a fim de analisar o conhecimento e aplicabilidade desta competência; grupo focal para análise da percepção dos médicos frente a esta demanda.
FONTES PRINCIPAIS	Ministério da Saúde, Conselho Regional de Medicina, Literatura médica clássica e periódicos.
PALAVRAS CHAVE	Estratégia de Saúde da Família, Urgência, Competência.

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2. URGÊNCIAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 A SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA DE SAÚDE .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SAÚDE DA FAMÍLIA ...</b>	<b>27</b>
<b>3. SAÚDE DA FAMÍLIA E COMPETÊNCIAS PARA URGÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1 DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>3.2 O PAPEL DO MÉDICO GENERALISTA OU DE FAMÍLIA NA ATENÇÃO A URGÊNCIA.....</b>	<b>43</b>
<b>3.3 AS URGÊNCIAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA E NO SISTEMA ESPANHOL .....</b>	<b>45</b>
<b>4. RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1 CONTEXTO LOCAL.....</b>	<b>50</b>
<b>4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO GRUPO FOCAL .....</b>	<b>52</b>
<b>4.3 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>4.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
<b>FONTES DE REFERÊNCIA.....</b>	<b>67</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>67</b>
<b>FONTES DOCUMENTAIS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL) .....</b>	<b>71</b>
<b>O SUJEITO DA PESQUISA .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (QUESTIONÁRIO) .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO III - ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>75</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Apresentação

O presente trabalho, na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira e na Estratégia de Saúde da Família<sup>1</sup> (ESF) como referencial para um sistema de saúde mais eqüitativo, tem como objetivo a análise do papel da equipe de Saúde da Família (SF) no atendimento às urgências ocasionais, com foco nas competências do médico para a realização deste tipo de atendimento.

Entre os princípios básicos da ESF, do Ministério da Saúde (MS), encontra-se o da “integralidade e hierarquização”, definido da seguinte forma:

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir (COSTA, 2004, p.10).

Como o objetivo da Estratégia é o de assegurar a atenção integral à saúde, com um serviço de qualidade e fácil acesso, o atendimento de urgência se impõe como uma de suas atribuições. Ao mesmo tempo, as unidades estão inseridas em uma rede hierárquica de ações e serviços como principal porta de entrada e de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os pacientes devem ser encaminhados a níveis de maior complexidade quando os casos superarem a capacidade de resolução do nível primário (ou básico)<sup>2</sup> de atenção. Entre as

---

<sup>1</sup> Há uma nítida divergência nos textos acadêmicos e do próprio MS que ora utiliza o termo Estratégia, ora Programa. O termo Programa vem da legislação de direito financeiro obrigatória para toda a administração pública brasileira, que estabelece programas e subprogramas (Lei nº. 4.320/64) para a organização das atividades do governo. A idéia central é que o planejamento seja integrado ao orçamento permitindo a visualização das diversas ações de governo por suas funções, programas, subprogramas projetos e atividades (BRASIL, Ministério do Planejamento, 1998). De acordo com as normas de direito financeiro público a Saúde da Família continua sendo um Programa, mesmo quando chamado pelo MS de Estratégia, como na área da saúde. Este último termo vem sendo mais empregado. Neste trabalho, optei por usar o termo Estratégia de Saúde da Família.

<sup>2</sup> A Atenção Primária é denominada no Brasil como Atenção Básica. Neste trabalho optei por usar a denominação primária, por ser internacionalmente aceita nos diferentes Sistemas de Saúde.

competências das equipes de SF devem estar, o Suporte Básico de Vida<sup>3</sup> (SBV), de forma a poderem estabilizar o quadro de pacientes por elas assistidos, até a chegada de um Suporte Avançado a Vida<sup>4</sup> (SAV) em situações que superem sua capacidade de resolução. (Portaria GM/MS nº. 2.048/2002).

Esta dissertação discute as definições dos graus de urgência a serem atendidos dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), as competências dos Médicos de Família (MF) frente a esses atendimentos e verifica a percepção destes profissionais em relação à sua vocação e capacidade na atenção à urgência. Um breve paralelo será traçado entre o Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Espanha e o SUS em relação à urgência na Atenção Primária (AP). A escolha deste país se deve a semelhança entre os sistemas de saúde dos dois países – público de acesso universal – e pelo esforço de ambos na tentativa de colocar a AP como principal porta de entrada do sistema, dentro do modelo de SF. Além disso, o sistema espanhol de saúde, que é mais antigo do que o nosso, alcançou um grau avançado de organização, com destaque para o atendimento das urgências nos seus *Centros de Salud (CS)*, onde se pratica a SF.

A escolha do sistema espanhol motivou uma visita de estudos ao país, em janeiro de 2007, mais especificamente à cidade de Zaragoza, capital da Comunidade Autônoma de Aragão, onde pude conhecer o funcionamento do mesmo, com ênfase na AP e no atendimento de urgência. A visita contou com o apoio da Unidade Docente de Medicina de Família e Comunidade de Aragão.

As perguntas que orientaram o estudo podem ser apresentadas da seguinte forma: a) quais são as competências necessárias para que o MF possa atender às urgências ocasionais que surgem durante o período em que a USF encontra-se aberta? e b) como os MFs se sentem em relação à sua capacidade para atenderem esses casos?

O trabalho partiu do pressuposto de que há pelo menos duas lacunas em relação ao atendimento das urgências na estratégia brasileira de SF: a) não são

---

<sup>3</sup> O Suporte Avançado à Vida-SAV é um conjunto de manobras para salvar vidas que só podem ser aplicadas técnicas de uso exclusivo do médico. Já no Suporte Básico à Vida-SBV, são aplicados procedimentos não exclusivos do médico, porém realizados por pessoal técnico devidamente treinado. No Mundo existem diversos protocolos e modelos de atendimento de urgência/emergência, destacando o Protocolo Norte Americano e o Protocolo Francês, que utilizam estas determinações.

<sup>4</sup> Ver nota acima.

claras as atribuições das equipes em relação à demanda de urgência; b) há despreparo dos MFs em relação a este tipo de atendimento. Tais lacunas criam dificuldades para que as unidades cumpram seu papel em relação ao princípio da integralidade e hierarquização. Espero que os resultados do desenvolvimento desta dissertação contribuam para o preenchimento de tais lacunas.

A pesquisa foi feita em conjunto com outra dissertação da mesma linha de pesquisa do programa de mestrado, desenvolvida por Sandra Lumer, que investigou o papel da AP em relação às urgências do ponto de vista do funcionamento integrado do Sistema de Saúde. Tal estudo foi o responsável pela minha inquietação em relação a este assunto, uma vez que, como médica de família o tema urgência, nunca esteve entre minhas prioridades. Após candentes discussões com a colega, percebi a relevância e importância do tema. Houve um intercâmbio permanente de informações e opiniões entre os dois trabalhos.

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo geral**

Analisar o papel da equipe de SF no atendimento dos casos de urgência, com foco nas competências do MF para realizar este tipo de atendimento.

### **Objetivos específicos**

São os seguintes os objetivos específicos:

- Analisar criticamente a literatura sobre atenção das urgências na AP e as normas da ESF para identificar as atribuições das unidades neste tipo de atenção;
- Analisar as competências necessárias aos MFs para eventuais casos de urgência que chegam às USF; e
- Levantar e analisar a percepção do MF quanto à sua capacidade frente à atenção de urgência.

## **1.3 Métodos e procedimentos**

### **Revisão bibliográfica sobre o tema**

O trabalho foi fundamentado, do ponto de vista teórico e conceitual, com base na revisão bibliográfica técnica (livros, artigos e teses); base de dados informatizados (Bireme, Pubmed-medline); e fontes documentais (legislação e documentos oficiais) sobre: ESF e urgência no nível primário da atenção à saúde.

Os principais autores analisados foram: Duncan (2004) – ESF; Mendes (2002), Novaes (1990) e Starfield (2002) – relação entre AP e os demais níveis de complexidade do sistema de saúde; Giglio-Jacquemot (2005) e Macedo (2006) - urgências e competências médicas; Carbone et al (2005), Depresbiteris (2001) e Silva (2005) – competências profissionais e certificação das mesmas.

Quanto à legislação e normas vigentes no país referente ao assunto, analisei instrumentos como: a Constituição Federal; Portarias do MS, em especial a Portaria GM/MS nº. 2.048 de 5 de novembro de 2002 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº. 1.596/2000 referente à formação e competências médicas. Utilizei, também, manuais do MS para orientação das ações e estruturação da ESF, documentos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunitária e Organização Mundial de Saúde (OMS), como a Conferência Internacional sobre AP (1978).

Em relação à Espanha, selecionei fontes esclarecedoras acerca do funcionamento da AP e de urgência no país, uma vez que este sistema foi um contraponto ao SUS, subsidiando a análise crítica da experiência brasileira.

### **Pesquisa de campo**

Para realização da pesquisa de campo relacionada à competência do MF no atendimento de urgências utilizei dois instrumentos complementares: a) aplicação de um questionário fechado (prova objetiva) aos médicos da ESF do município de Petrópolis; e b) realização de um grupo focal com 6 MFs (GOMES; BARBOSA, 1999), escolhidos de forma aleatória. A aplicação do questionário e do grupo focal foi precedida do devido consentimento informado.

#### Parte I – Questionário

Foi aplicado um questionário fechado (Anexo IV) a 25 (65,8%) dos 38 médicos que trabalham nas USF de Petrópolis com 45 questões objetivas (dos 38

MF atuantes em Petrópolis, um não compareceu para a realização do questionário e os demais encontravam-se em férias ou com licença médica). Estas abordaram condutas frente a casos agudos para analisar conhecimento e capacidade técnica dos mesmos para este tipo de atendimento.

A todos os participantes foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II). A aplicação do questionário ocorreu em sala de aula, após explicação detalhada sobre a importância da veracidade e autenticidade das respostas. O tempo utilizado para responder ao questionário foi de 90 minutos.

O questionário abordou casos clínicos de pequenas urgências nas especialidades de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Importante frisar que todos os casos são passíveis de resolução na AP sem necessidade, a princípio, de encaminhamento para níveis de maior complexidade tecnológica. As questões, todas objetivas, foram retiradas das provas de título de especialista da SBMFC e/ou concursos médicos nas principais áreas de atuação, sendo todas corrigidas de acordo com o gabarito oficial. As entidades responsáveis pelo concurso, consideram como bom resultado um nível de acertos destas questões, acima de 70%.<sup>5</sup> Foram coletados dados dos profissionais entrevistados como: sexo, titulação profissional, tempo na SF e realização de curso de especialização.

### Parte II – Grupo focal

Para complementar o estudo, utilizei a técnica de grupo focal por entender que a análise qualitativa nos aproxima muito mais do objeto a observar. Tal técnica nos permite uma visão ampla das emoções despertadas pelos questionamentos. Reações que traduzem compromisso, descontentamento, alegria, realização, raiva, piedade, entre outros, personificando as respostas e sendo capaz de gerar um significado muito mais profundo ao resultado final. “Uma característica ímpar que muito enriquece a pesquisa” (EZEQUIEL, 2005, p.66).

A entrevista grupal como metodologia de pesquisa foi desenvolvida por Merton (1956) com o nome de “foco de entrevista”. O método surgiu por uma variedade de razões, entre outras, a preocupação com a análise qualitativa e a necessidade de estudar percepções, atitudes e sentimentos de certos grupos sociais

---

<sup>5</sup> Informações colhidas nos sites: Medstudents – [www.medstudents.com.br](http://www.medstudents.com.br) Acessado em: 14/09/2007  
SBMFC - [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br). Acessado em: 14/09/2007

(GOMES; BARBOSA, 1999, p.3).

O grupo focal é uma técnica que aborda os aspectos qualitativos da realidade que se quer estudar e que vem se difundindo em diferentes áreas (KRUEGER, 1988; MORGAN, 1988). Esta técnica esteve bastante presente em trabalhos realizados com soldados na Segunda Guerra Mundial e embora tenha origem na pesquisa de marketing, sua aplicação em outras áreas de pesquisa tem revelado potencialidades variadas.

Conforme Carlini-Cotrim (1996) tem sido uma técnica utilizada tanto para ajudar na formulação de questionários quanto em combinação com outros métodos qualitativos (entrevistas, observação participante, entre outros). É também utilizada como técnica única numa pesquisa. Esta metodologia permite coletar em profundidade e em pouco tempo um volume importante de informações qualitativas. Baseia-se em um tipo específico de grupo, sendo os membros selecionados por suas características comuns. O grupo focal permite que esses dados sejam trabalhados de maneira geral, dando espaço para que os entrevistados sejam considerados os '*experts*' de seu próprio mundo e descrevendo-o de acordo com sua representação social (GOMES; BARBOSA, 1999). Cabe ao pesquisador descobrir e captar as mensagens dos atores sociais em questão.

[...] em termos gerais, [...] grupo focal é um método oral e grupal, por meio do qual não se busca o consenso, mas, mais que tudo, a emergência de todas as opiniões. [...] permite recolher opiniões de grupos alvo, as atitudes, crenças e valores. Nisto o método trás uma resposta aos 'porquê' e aos 'como' dos comportamentos sociais (GOMES; BARBOSA, 1999, p.2).

O grupo deve ser composto de 5 a 12 participantes, um moderador, seu assistente e profissional para realizar a gravação da sessão, assim como um responsável por transcrever e analisar os dados (CARLINI-COTRIM, 1996). Cada sessão dura de uma a duas horas e a conversação deve concentrar-se em poucos tópicos. O moderador fica com os tópicos principais delineados e é responsável por abordá-los.

Esta metodologia não trabalha com amostras probabilísticas e nem visa estudar a frequência com que determinada opinião ocorre. Trata-se sim de utilizar o grupo focal no entendimento de como diferem e se formam percepções, opiniões e atitudes acerca de um fato, produto ou serviço (COTRIM, 1999). Os participantes não devem se sentir parte do estudo e sim informantes.

O recrutamento dos voluntários deve ser dado de modo aleatório. O

moderador é a peça-chave para o desenvolvimento satisfatório do grupo. Seu papel é garantir, através de uma intervenção ao mesmo tempo discreta e firme, que o grupo cubra os tópicos de interesse do estudo da maneira menos diretiva possível (MORGAN. 1988). Ele deve incentivar a participação de todos, evitando predomínio da fala de um sobre os demais.

O local de realização do grupo deve ser neutro, acessível e não movimentado. É recomendável maior privacidade possível e silêncio suficiente para obtenção de fitas gravadas audíveis.

### **Processo de pesquisa**

O roteiro do grupo (Anexo III) focal teve por objetivo obter informações mais aprofundadas sobre como os profissionais percebem o atendimento de urgência e suas competências, incluindo além do conhecimento e habilidades suas atitudes perante o problema. Para o estudo das falas durante o grupo focal utilizei a metodologia de análise de conteúdo, com base em Bardin (1977). A transcrição das fitas foi feita por mim para poder identificar, nas respostas, as categorias de análise do seu conteúdo. Utilizei um mapa das entrevistas para a classificação das falas segundo as categorias identificadas. Os conteúdos relativos a cada categoria nas diferentes entrevistas foram reunidos em arquivos separados para análise do seu significado e eventual tratamento quantitativo. Para não haver comprometimento dos participantes atribuí a cada um deles siglas aleatórias (P1 a P6) para identificação dos mesmos. Com base na avaliação das falas fiz um confronto entre estas e o referencial teórico que fundamentou o estudo.

Às questões qualitativas foram objeto de exaustiva leitura e submetidas à análise de conteúdo em quatro grandes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação. A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de forma prática e objetiva. Laurence Bardin (2004, p.37) define a análise de conteúdo como sendo:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

A análise de conteúdo trabalha com a materialidade lingüística através das condições empíricas do texto e fragmenta-o em categorias, permitindo, então, sua

interpretação. O texto traduz a expressão do sujeito da pesquisa e o analista busca caracterizar unidades deste texto, palavras ou frases, que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (BARDIN, 2004).

A análise de conteúdo utiliza a dedução freqüencial ou análise por categorias temáticas. A dedução freqüencial consiste em enumerar a ocorrência de um mesmo signo lingüístico (palavra, frase ou tema) que se repete com determinada freqüência. A análise por categoria temática é a mais antiga e a mais utilizada na prática. Funciona por desmembramento do texto em unidades (categorias) segundo desdobramentos analógicos. A análise categorial constrói as características conforme os temas emergem no texto. Para categorizar os elementos do texto é preciso identificar o que eles têm em comum, o que permite seu agrupamento (BARDIN, 2004).

Para esta dissertação de mestrado, a realização do grupo focal contou com o apoio da professora Maria Cristina Ezequiel, mestre em educação médica pela Universidade Federal de São Paulo (USP), como moderadora. Ainda da MF Roberta como observadora externa e de 6 MFs para debate do tema. A atividade foi realizada no dia 12 de novembro de 2007 na Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP). As falas e expressões dos MFs foram gravadas em DVD e transcritas por mim. Houve a preocupação de manter a fidelidade ao método da pesquisa qualitativa escolhido sem interferir nos sentidos e significados utilizados pelos participantes.

### **Categorias de análise de conteúdo utilizadas**

São apresentadas, a seguir, as categorias desenvolvidas para a análise de conteúdo das declarações dos integrantes do grupo-focal. As categorias foram organizadas em grupos, ou conjuntos de categorias (BARDIN, 2004, p.114), com base na semelhança dos temas. Há uma breve descrição do sentido atribuído a cada categoria.

#### Escolha da especialidade

- **Opção de trabalho:** compreende aqueles que optaram espontaneamente por trabalhar no Programa Saúde da Família (PSF);
- **Convite:** médicos que foram convidados ou intimados a trabalhar na SF com pena de perda de vínculo público, por exemplo;
- **Perfil/Preferência ambulatorial:** profissionais que deixam claro a

preferência pelo atendimento de pacientes em ambulatório cujas queixas possam ser resolvidas a longo prazo. Sem risco de morte imediata.

#### Dificuldades no atendimento da urgência/emergência

- **Limitação profissional:** falta de capacitação teórica para o atendimento de casos com risco iminente de morte;
- **Treinamento:** solicitação de treinamento prático permanente para realizar este tipo de atendimento, exemplo: simulados em parada cardiorrespiratória (PCR);
- **Insegurança:** profissionais que assumem não ter segurança para o atendimento não agendado;
- **Dúvida sobre o tema:** questionamentos por parte das profissionais sobre o tema e seu significado; dificuldade em definir urgência e emergência;

#### O sistema de saúde

- **Dificuldade de comunicação:** da USF com os diferentes níveis de atenção, para ter o paciente aceito no local da referência;
- **Sistemas de transporte de pacientes:** disponibilidade de ambulâncias quando solicitado;
- **Falta de material:** não existência do material de suporte necessário para o atendimento de urgência;
- **Organização da USF:** é a maneira pela qual o trabalho é organizado nas USF - agendamento e horários de demanda espontânea.

#### Responsabilidades

- **Responsabilidade do médico:** é considerada aqui a atitude do médico frente ao paciente em caso de urgência;
- **Responsabilidade equipe:** atitude dos integrantes da equipe de SF como um todo diante de casos de urgência;
- **Educação da população:** ações de esclarecimentos à população sobre como agir e para onde se dirigir (Hospital ou USF) em caso de urgência.

## **2. URGÊNCIAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

De acordo com Bárbara Starfield (2002) todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. Uma delas é a de otimizar a saúde da população através de tecnologia avançada e conhecimento das enfermidades a fim de mudar o curso das mesmas. Outra, de igual importância, é minimizar as diferenças existentes entre grupos populacionais com o objetivo de diminuir disparidades no acesso aos serviços de saúde.

Este capítulo visa definir e debater os conceitos da AP, do papel do MF e dos diferentes conceitos de urgência, sobre o ponto de vista legal, do profissional de saúde e do paciente.

### **2.1 A Saúde da Família no sistema de saúde**

O PSF é um modelo de organização do SUS no Brasil. É responsável pela atenção integral e contínua não de um indivíduo isoladamente, mas da sua família em um contexto social e histórico único. Apresenta como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade, além de manter coerência com os princípios organizativos do SUS de acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 2002).

A atenção especializada geralmente exige mais recursos do que a atenção básica porque é enfatizado o desenvolvimento e o uso de tecnologia cara para manter viva a pessoa enferma em vez de dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que não ameaçam a vida (STARFIELD, 2002, p. 668).

Analisando a Reforma Sanitária e a implantação do SUS no Brasil nas três últimas décadas, observa-se a significativa transformação urbanística, sanitária e de criação do arcabouço jurídico-institucional ocorrida no país no século passado. O processo de redemocratização proporcionou conquistas importantes e o movimento sanitário apresentou, em sua composição, vários atores sociais, que, ao longo do período mencionado, produziram novas práticas e saberes (ANDRADE, 2004).

A década de 70 foi marcada pelo autoritarismo no processo político brasileiro. Enquanto isto, nas universidades, teses estavam sendo produzidas e serviram de base para a produção e sistematização, na década de 80, de críticas ao modelo assistencial médico-privatista fragmentado, ou seja, modelo hegemônico da saúde existente até então (PUSTAI, 2004). O acúmulo crítico criado neste período, somado ao processo de redemocratização vivido no país, mediou à viabilização do SUS. O Movimento Sanitário estruturado entre essas duas décadas passa a ser preponderante nessas conquistas.

Na década de 90, foram produzidas normas apoiadas pelo surgimento de novos atores sociais, como secretários municipais e estaduais de saúde organizados por seus respectivos conselhos de saúde (ANDRADE, 2004). A AP teve maior ênfase e importância para a reorientação de um modelo hegemônico e fracassado a fim de melhor atender a população e diminuir os gastos crescentes na saúde.

Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contexto de grande iniquidade social (STARFIELD, 2002, p.53).

A prática da AP tem, portanto, a responsabilidade de ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, assegurar o fluxo nos três níveis hierárquicos de atenção e dispensar cuidados a toda sorte de enfermidades, além de prevenir agravos, promover saúde e estimular o auto-cuidado dentro do cenário onde vive a população, no cotidiano de uma sociedade instável e cheia de conflitos (MARTIN, 1989). A grande diversidade dos problemas a serem solucionados e o trabalho em equipe são algumas das características da AP (BRASIL, 2002).

A SF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde criada no Brasil em 1994. Baseia-se na implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo primeiro contato do usuário com a rede de serviço de saúde. Com o potencial de resolver até 80% das demandas, tem capacidade de orientação do fluxo para os demais níveis do sistema (BRASIL, 2002). O MS preconiza que a ESF priorize a promoção da saúde sem desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos princípios norteadores.

Tal estratégia tem o coletivo como foco de atenção, entendendo que o processo saúde-doença é socialmente determinado. A abordagem individual não deverá ser desprezada, mas é a abordagem coletiva que provoca efetivamente um

impacto profundo e duradouro neste processo (DUNCAN, 2004).

Starfield (2002) reforça este conceito quando defende que a atenção médica eficaz deve sempre considerar o contexto no qual ocorre a doença e modo de vida de cada paciente, não estando limitada ao tratamento da enfermidade em si. Raras são as enfermidades isoladas, especialmente quando apresentadas ao longo do tempo. Assim, os especialistas em enfermidades oferecem atenção apropriada para as enfermidades dentro de sua área de competência, enquanto o profissional de SF deve integrar a atenção para a variedade de problemas que o indivíduo apresenta de forma continuada.

Um sistema de saúde com ênfase para a subespecialização apresenta outro problema: ameaça os objetivos de equidade, uma vez que não são todos capazes de pagar por consultas especializadas e o Estado não conseguiria arcar com todos os custos. Apenas uma minoria privilegiada teria acesso à saúde. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para atender aos serviços de saúde. A atenção especializada é mais cara e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos para financiá-la. Além disto, os recursos necessários para atenção altamente técnica competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos (STARFIELD, 2002).

A SF por sua vez envolve o manejo de pacientes com múltiplos diagnósticos e, geralmente, queixas complexas e dificilmente pontuais. Oferece, então, tratamentos que melhoram o indivíduo e sua qualidade de vida. Duncan (2004) caracteriza o atendimento da equipe da SF como uma prática centrada no paciente. Com valorização da relação cuidador-usuário, da escuta, comunicação e sentimentos, na tentativa de entender o paciente como um todo. A equipe, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até 10 agentes comunitários é responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma área adscrita, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atua no cadastramento das famílias, acompanhamento das condições de vida e de saúde, permitindo identificar as eventuais desigualdades existentes oferecendo, assim, uma atenção diferenciada (BRASIL, 2002).

A velocidade de expansão da SF comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Em 1994 a Estratégia foi criada e em junho de 2005 havia 22.410 equipes de SF implantadas em 4.791 municípios brasileiros (86,2%),

oferecendo cobertura a 40,9% da população brasileira (BRASIL, 2006). A ESF estendeu seus limites, cobertura e o contingente de profissionais. Profissionais estes que não receberam formação durante a graduação tampouco na residência médica ou pós-graduação<sup>6</sup>. Logo após a implantação da ESF, os MFs receberam treinamento específico e temporário para atuar na AP, se é que podemos afirmar que isto ocorreu em todos os municípios brasileiros. Treinamentos, geralmente, com ênfase na mudança de cenário tradicional de atendimento a fim de satisfazer as necessidades da população e com pouco enfoque no atendimento de urgências e emergências (WRIGHT, 1998).

A organização da ESF orienta-se segundo diretrizes operacionais pré-definidas que irão nortear, por sua vez, a forma de funcionamento segundo áreas de intervenção e linhas estratégicas de ação (BRASIL, 2006). Tais normas partem do âmbito federal com metas e recursos oferecidos ao cumprimento das mesmas. Importante frisar que essas metas são rígidas para todos os municípios brasileiros, que possuem características tão diferentes. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica pela racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2002). Para que esta mudança de paradigma da saúde ocorra é necessário, não só vontade gestora, mas também a presença de profissionais motivados e pró-ativos capazes de provocar essa nova realidade.

## **2.2 O médico de família e comunidade**

O médico de família e comunidade é responsável pelo atendimento no nível primário da atenção, ou seja, pela porta de entrada do sistema de saúde. Atua fundamentalmente com atenção integral e contínua ao indivíduo, sua família e seu contexto, independente da idade, sexo ou tipo de enfermidade. Mc. Whinney, autor

---

<sup>6</sup> A grande deficiência na formação profissional de MF se deve a implantação ainda recente da ESF, a dificuldades encontradas na mudança curricular na graduação médica e difícil aceitação do novo paradigma de saúde pelos profissionais da área. Além da grande oferta para os poucos profissionais treinados, outra característica da ESF são as áreas de implantação das unidades: de difícil acesso e com grandes entraves na referência dos pacientes.

canadense considerado um dos maiores estudiosos da medicina de família e sociedade, define quatro competências próprias da especialidade: solução de problemas não diferenciados, prevenção de doenças, terapêutica e de gestão de recursos (DUNCAN, 2004).

O incremento e investimento na formação de qualidade, de especialistas na área, são estratégicos para a consolidação de um sistema de saúde mais eficaz e de excelência. No Brasil, o MS, muitos estados e municípios investem em formação continuada para os MFs e no estímulo a formação de novos profissionais, porém isto ainda é insipiente. O território brasileiro é enorme e é necessário apoio gestor e vontade política de todos para uma mudança realmente eficaz.

A formação geral do MF deve ser sólida uma vez que ele tem por função atender a todos os componentes da família, independente de sexo e idade. Ele deve valorizar o paciente globalmente dando uma adequada resposta terapêutica aos problemas de saúde apresentados, agudos ou crônicos, recomendando atividades de promoção e hábitos saudáveis, de prevenção de doenças e reabilitação. Deve conhecer não só a história, mas a própria família, os aspectos sócio-ambientais e culturais. O trabalho em equipe multidisciplinar facilita o desenvolvimento de programas de investigação, comunitários, para crianças, mães, etc. A equipe de SF tem maior facilidade na busca ativa e é responsável pela sua população adscrita. Ao MF pressupõe-se uma relação de confiança e empatia.

Esta especialidade tem um campo próprio de conhecimento, metodologia e tecnologia. A especialidade *Family Physician* foi criada nos anos 60 nos Estados Unidos, em reação a fragmentação e especialização médica. Surgiu da necessidade de médicos e pacientes de reconhecerem um ao outro e entender o processo saúde-doença, já que os médicos especialistas dedicam-se a um determinado órgão, sem, contudo, analisar o conjunto dos problemas da saúde de cada indivíduo. Outros países aderiram a esta especialidade não só pelo fato da atenção continuada, mas também como maneira de racionalizar os gastos governamentais com a saúde (SBMFC, 2006).

A especialidade foi reforçada após a conferência de Alma Ata que valorizou o nível primário da atenção, a integralidade da atenção e a hierarquização do sistema de saúde. Hoje a especialidade está difundida em todo o mundo – só na Europa são 22 países – com formação especializada e diferentes nomenclaturas (*Family*

*Physician*, no Canadá, 55% dos médicos, *General Practitioners* no Reino Unido, 51%, Assistente de Clínica Geral em Portugal, *Medicina de Familia*, na Espanha, etc.) (STARFIELD *et al*,2004).

No Brasil, apesar de todo o avanço da ESF, a AP ainda não está totalmente organizada e com suas competências bem definidas, gerando dúvidas como as que orientam esta dissertação e acabando por desperdiçar recursos preciosos, o que inevitavelmente gera iniquidade e falência do sistema. Apesar de existir no nosso país desde 1976, e de ter sido uma das primeiras especialidades oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica já em 1981 e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1986, (com o nome de Medicina Geral Comunitária, mudado para o atual em 2001) ficou muito tempo em posição marginal tendo maior visibilidade recentemente com o PSF em 1994 (SBMFC, 2006).

Diferentemente dos países desenvolvidos, os Programas de Residência Médica, existentes no país há aproximadamente 20 anos, por muitos anos não receberam apoio dos gestores ou qualquer incentivo (SBMFC, 2006). Após a implementação do PSF, este quadro vem sofrendo alterações verificando-se incremento das residências médicas e o surgimento do primeiro curso estrito sensu. Recentemente, o MS passou a apoiar a expansão dos Programas de Residência com bolsas de estudos (Portaria GM/MS nº. 1.1.43/2005). Como se vê, no nosso país, a preocupação com a formação específica surgiu há pouco tempo. Para se ter um termo de comparação, a Espanha, por exemplo, cujo sistema de saúde é semelhante ao nosso (público e universal) e também valoriza a SF (colocada como porta de entrada do sistema), iniciou seu Programa de Residência nesta especialidade em 1979, sete anos antes da criação do seu *Sistema Nacional de Salud* (SNS). A experiência da residência médica foi fundamental para a definição do próprio modelo da AP espanhol (GÓMEZ-GASCON; CEITLÍN, 1997, p. 8).

No Brasil, a ampliação do PSF criou a necessidade de recursos humanos e propiciou a realização de cursos paralelos de formação multiprofissional em SF, muitos com apoio do MS que investe em pólos de capacitação e cursos específicos. Esses programas nem sempre se mostram adequados à formação do MF, visto que não obedecem a um padrão mínimo curricular (ficando o treinamento da urgência esquecido na grande maioria dos casos, por exemplo). Nem tampouco, estão voltados para os aspectos clínicos. O currículo e a pedagogia adequada ainda estão

se aprimorando, por isto, tanto empenho do governo em apoiar novas idéias e práticas de formação, como o Pró-Saúde<sup>7</sup>, por exemplo. Além disto, é real a grande rotatividade de profissionais na área, o que dificulta a capacitação de todos.

## **2.3 Atenção de urgência e emergência e Saúde da Família**

### **Definições de urgência e emergência**

De acordo com o Dicionário Aurélio da língua portuguesa (2.000):

Urgência: (do lat. *urgentia*) S.f. 1. Qualidade de urgente 2. Caso ou situação de emergência, de urgência. Urgência urgentíssima. (p. 697).

Urgente: (do lat. *urgente*) Adj. 2g. 1. Que urge; que é necessário ser feito com rapidez; premente. 2. Indispensável, imprescindível. 3. Iminente (p. 697).

Emergência: (do lat. *emergentia*) S.f. 1. Ação de emergir. 2. Situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; incidente. 3. Caso de urgência, de emergência: emergências médicas; emergências cardíacas (p. 257).

Emergente: (do lat. *emergente*) Adj. 2g. 1. Que emerge. 2. Procedente, resultante (p. 257).

Como visto acima, pela definição do Aurélio, a palavra urgência não difere de emergência servindo uma para a definição da outra. Ambas possuem significado equivalente. É interessante observar que o dicionário da língua portuguesa utiliza como exemplo o uso biomédico das palavras (emergências médicas, emergências cardiológicas) para ilustrar a acepção das palavras, enquanto a própria literatura biomédica insiste em distingui-las (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005; CFM, 1995). Em uma análise comparativa observa-se que, de acordo com tais definições, a urgência exige uma ação rápida, porém sem destacar o risco, e emergência retrata algo sério sem apontar, no entanto, a necessidade de atenção rápida.

De acordo com a Resolução nº 1.451/95 do CFM:

Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

---

<sup>7</sup> O Pró-Saúde foi lançado em novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do MS e Ministério da Educação com a perspectiva de reorientação da formação profissional. Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Paim (1994) propõe uma definição bastante significativa:

Uma emergência corresponde a um 'processo de risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação'. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico etc. (PAIM, 1994, p.153).

Já a urgência significa 'um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente'. Nesse caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatal, porém, não existe um risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lacero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc. (idem, p. 154).

Paim (1994, p. 153) ainda acrescenta uma nova categoria de urgência, designada "urgência de rotina" que, em seu estudo corresponde a 85% dos problemas diários e não representa risco de vida, mas causam sofrimento e preocupações que não podem esperar por uma consulta agendada. Exemplifica estes como vômitos ou febre. São situações que requerem cuidado mesmo não apresentando risco de vida. Mas que necessitariam de um 'pronto-atendimento'.

De acordo com *Le Coutour* (1990), o conceito de urgência pode ser ampliado e definido diferindo em função de quem a percebe ou sente. Ele descreve que a urgência sob o ponto de vista do usuário e de seus familiares pode estar associada à ruptura de algo anteriormente planejado. Um imprevisto: "eu não posso esperar". Para o médico, a noção de urgência corresponde não ao inesperado, mas sobre o tempo relacionado ao prognóstico vital em certo intervalo: "ele não pode esperar". E para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização: "o que não pode ser previsto" (BRASIL, 2006, p. 47).

Giglio-Jaquemot (2005) conclui que tais processos se originam de diferentes pontos de uma reta que tem de um lado a total ausência de risco de vida e de outro o risco máximo de vida (emergência). Entre esses dois pontos, em um local indefinido e indeterminado fica a urgência.

Apesar das definições biomédicas da resolução do CFM serem objetivas e técnicas, são pouco satisfatórias do ponto de vista prático. E a classificação de 'risco de vida' por si só já é bastante nebulosa, imprecisa e abstrata. Pois, se um caso, em determinado momento, não apresenta risco iminente de vida, pode ser considerado urgente justamente pela possibilidade de levar a complicações mais graves ou mesmo fatais. Logo, a distinção entre urgência e emergência é sutil e a primeira pode se transformar na segunda a qualquer momento.

Assim, na pesquisa realizada por Foldes, Fisher e Kaminsky (1994), as

avaliações de duas médicas encarregadas de analisar retrospectivamente, e de maneira independente, as fichas médicas de 219 pacientes atendidos nos prontos-socorros de dois hospitais urbanos americanos, revelam, entre elas, uma variação enorme na porcentagem dos casos considerados emergências (...). Mesmo se referindo aos mesmos critérios, e apesar de suas impressões clínicas serem quase similares, uma considera que 90% dos 219 casos representam emergências certas e prováveis, enquanto a outra, somente 36% (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005, p. 24).

Na pesquisa acima, apesar das avaliadoras serem médicas e estarem estudando casos semelhantes, uma é especialista em medicina de urgência e a outra especialista em doenças orgânicas.

Um estudo realizado em 2005 pelo Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde (ICIS), que tem como objetivo melhorar a saúde dos canadenses e o sistema de saúde local, oferecendo informação de qualidade sobre saúde, revela que 14% dos casos atendidos nas urgências requeriam cuidados não urgentes. Casos como: dor de garganta, estados ligados a doenças crônicas, problemas menstruais ou psiquiátricos, entre outros, que poderiam facilmente ser referidos ou confiados a outros serviços ou sistemas de cuidados de saúde (MACEDO, 2006, p. 2).

O estudo canadense revela ainda que 49% dos pacientes atendidos necessitavam de cuidados que ele denomina menos urgentes, como problemas urinários, dor abdominal leve ou dor de ouvido. Compreende casos cujo estado está mais ligado à idade, ou ao sofrimento, mas que correm risco de complicações, nos quais uma intervenção seria benéfica. Os outros 37% dos casos atendidos, segundo o ICIS, seriam casos urgentes, muito urgentes ou com necessidades de ressuscitação (idem, 2006).

Em relação ao tempo de permanência na unidade hospitalar, o estudo revela que quase metade dos pacientes que compareceu ao serviço de urgências permaneceu, no máximo, por duas horas. Dez por cento permaneceu 36 minutos ou menos e outros 10% permaneceu mais de seis horas. Um relatório gerado pelo ICIS aponta que a grande maioria, 80%, dos pacientes avaliados nos pronto-atendimentos retorna para casa após o atendimento. Somente 11% têm necessidade de ser admitido no hospital. A proporção de pacientes que permaneceu por menos de quatro horas no serviço de urgência foi semelhante no Canadá (76%) e nos Estados Unidos (72%). No Reino Unido, onde foi implantado um programa nacional visando reduzir o tempo de duração das estadias nos serviços de urgências

quase todos os pacientes receberam alta em menos de quatro horas (ibidem, p.3).

Concordo com Giglio-Jaquemot quando ela diz que no domínio da biomedicina, a 'urgência' e a 'emergência' são conceitos que ultrapassam a técnica e a teoria médica. O que existe são 'as urgências' e 'as emergências' "na apreciação das quais entra uma constelação de elementos que não são tão somente de natureza biológica, fisiológica, mas que pertencem a várias ordens de realidade" (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005 p.30). A caracterização de um estado de saúde como urgência ou emergência traduz, simultaneamente, o reconhecimento de sua gravidade e prioridade dada no atendimento. O MS otimiza, no Manual técnico de Regulação Médica das Urgências 2006:

[...] devido ao grande número de julgamentos e dúvidas que esta ambivalência de terminologia suscita no meio médico e no sistema de saúde, optamos por não mais fazer este tipo de diferenciação. Passamos a utilizar apenas o termo "urgência", para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o "grau de urgência", a fim de classificá-las em níveis, tomando como marco ético de avaliação o imperativo da necessidade humana (BRASIL, 2006 p. 48).

A Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE) trabalha a urgência como "imperativo ético da necessidade Humana". De acordo com a RBCE cada pessoa que se apresenta com um problema de saúde que necessita de intervenção rápida, deve ter à sua disposição cuidados e serviços de qualidade com uma abordagem centrada no cidadão (RBCE, 2006).

### **Avaliação multifatorial do grau de urgência**

O MS, por reconhecer que são vários os fatores que influenciam uma urgência as classifica proporcionalmente quanto à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social existente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para o início do atendimento médico. Apesar desta classificação ser de uso rotineiro dos controladores de atendimentos de urgência móvel pré-hospitalar, considero valiosa esta contribuição para avaliação do grau/nível de urgência na AP, que nada mais é que um "componente pré-hospitalar fixo", como designado na Portaria GM/MS nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003.

A gravidade seria quantificada por perguntas feitas ao paciente, história clínica e exame físico. Quanto menor o intervalo de tempo necessário para início de procedimentos específicos, maior o grau de urgência. A pressão social no atendimento inicial influencia no grau de urgência. Este fator não pode ser

negligenciado, pois muitas vezes uma comoção social no local do atendimento pode prejudicar o socorro, principalmente em uma USF, onde, apesar de todo conhecimento prévio da história do paciente, existe uma pressão por parte de familiares e conhecidos para com a equipe de saúde.

Com a finalidade de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgência, o MS, no Manual de Regulação de Urgências Médicas, as classifica da seguinte forma:

- Nível 1: Prioridade absoluta - casos com risco imediato de morte e/ou possibilidade de perda funcional grave, imediato ou secundário.

Se há risco imediato de vida e a USF é a porta de entrada do sistema (muitas vezes a única existente) como negar esse atendimento imediato? Como realizar este atendimento sem condições físicas e com material precário, quando existente? Talvez essa unidade seja a única chance de reversão do quadro deste indivíduo. Para onde referenciar?

- Nível 2: Urgência de prioridade moderada – há necessidade de atendimento médico, não necessariamente imediato, mas em poucas horas.
- Nível 3: Urgência de prioridade baixa – há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de funções, podendo aguardar várias horas.
- Nível 4: Urgência de prioridade mínima – sem risco de vida, necessitando apenas de orientações sobre uso de medicamentos e pode aguardar agendamento.

Nos dois últimos níveis não há necessidade de referenciar o paciente à unidade de pronto atendimento. Isto apenas dificultaria o acesso além de superlotar os serviços de urgências. É importante ressaltar que qualquer caso inicialmente classificado em um determinado nível pode mudar sua colocação inicial, em função do tempo de evolução, tipo de transporte e outros fatores, sendo, portanto, necessário estimar a gravidade potencial para cada caso (BRASIL, 2006).

A portaria GM/MS nº. 2.048/2002, em seu capítulo III discursa não somente a respeito de recursos humanos, mas declara como fundamental a estruturação dos recursos físicos, material e medicamentoso, além da adequada grade de referência. Essa portaria determina que haja um espaço físico devidamente identificado e abastecido:

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá em algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo “procurando” um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. (Portaria GM/MS nº. 2.048/2002, Capítulo III, p. 14).

Materiais: Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, Oxigênio, Aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas) (idem p. 14).

Medicamentos: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolam, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado (ibidem, p. 14).

A sobrevivência sem seqüelas de lactentes ou crianças normotérmicas em assistolia ou em “parada cardíaca sem pulso” é incomum. A média de sobrevivência é de 10% na maioria dos relatos e muitas destas crianças, ressuscitadas, sofrem danos neurológicos permanentes. Por outro lado, a “parada somente respiratória” é associada a uma taxa de sobrevivência excedendo 50% quando a reanimação imediata é providenciada, e a maioria dos pacientes sobrevive neurologicamente intacta (AHA, 2000, p. 22).

Os pacientes adultos em PCR têm mais chances de sobrevivência sem seqüelas se a parada for por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) adequada e a desfibrilação precoce podem reanimar o paciente com sucesso em até 33% dos casos (EISENBERG, 2001).

Estudo delineado para quantificar o impacto da otimização de um atendimento de emergência médica capaz de oferecer o Suporte Básico de Vida (SBV) precoce até a chegada de um veículo com desfibrilador, Suporte Avançado de Vida (SAV) em, no máximo, 8 minutos no Canadá, concluiu que o programa proporcionou melhora significativa na sobrevivência após PCR com um incremento na relação de custo efetividade aceitável (STIELL, 1999).

Portanto, a PCR nas Unidades de AP é condição vulnerável, especialmente se considerarmos as paradas exclusivamente respiratórias nos lactentes e nas

crianças e os casos de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso nos adultos. Numericamente, 90% dos pacientes adultos que sobrevivem à PCR, sofreram PCR por fibrilação ventricular. As melhores estratégias sugerem: equipe bem treinada, SBV rápido e organizado, com infra-estrutura completa e adequada, além do SAV com desfibrilador precocemente disponível (STIELL, 1999).

### **A urgência sob o ponto de vista do paciente**

Os termos biomédicos, precisos, contradizem os dicionários da língua portuguesa nas definições dos termos urgências e emergências. Assim também é clara a distinção na interpretação das duas situações entre os profissionais de saúde e o paciente.

Emergência técnica (é) a situação de saúde do paciente, expressa por sinais e sintomas, que apresenta risco de vida, necessitando de tratamento imediato (MAGALHÃES apud GIGLIO-JAQUEMOT, 2005 p. 27).

Emergência do paciente (é) a situação de saúde **percebida pelo paciente** (grifos meus) como necessitando de tratamento imediato, mas que, após avaliação técnica, não se configura como tal, podendo receber atendimento ambulatorial a curto ou médio prazo (idem, p. 27).

O fato de ser apresentado uma definição de “emergência do paciente” reconhece a percepção leiga do tema. Este fato não pode e não deve ser ignorado uma vez que sem a formação necessária o não especialista tem como embasamento elementos subjetivos para a caracterização dos fatos.

Diferenciação das definições de urgência e emergência utilizadas por técnicos e leigos pode ter um valor heurístico curioso, uma vez que confronta a visão objetiva (médicos) com a subjetiva (paciente) do estado de saúde assim apreciado. E tais definições se opõem em dimensões discutíveis: objetivo/subjetivo, certo/errado, médico/leigo (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005, p.14).

Há uma imprecisão considerável nos diversos conceitos de urgência existentes. Isto gera múltiplas capacidades de interpretações, criando uma maior complexidade na estruturação da rede e dificuldades de definições do papel de cada especialidade no atendimento deste tipo de demanda.

Na verdade, tanto o médico como o paciente, para caracterizarem um caso como sendo de urgência ou emergência, utilizam como bases múltiplos fatores de natureza variada. São considerados nesses casos fatores sociais, psicológicos, coletivos e individuais (idade, sexo, condição sócio-econômica, comportamento, grau de angústia, e até mesmo o próprio valor atribuído a um estado de saúde por parte daquele que caracteriza a situação). Giglio-Jacquemot (2005) traduz muito bem isto

quando diz que “mesmo no interior de uma avaliação propriamente clínica de um estado de saúde, há a participação de uma parte importante de ‘subjetividade’” (GIGLIO-JAQUEMOT, 2005, p.29).

Ao analisar o julgamento do grau de urgência de uma determinada sintomatologia por um leigo deve-se considerar que as urgências ora designam sintomas que engajam um prognóstico vital, ora traduzem a acessibilidade ao atendimento à saúde a dos usuários que se apresentam (JOSEPH apud GIGLIO-JAQUEMOT, 2005). Tal fato é relevante e real no sistema de saúde brasileiro, em que a porta de entrada não é bem definida e o acesso ao cuidado é difícil e demorado. Dessa forma, muitas vezes pacientes dramatizam sua situação ao chegar a uma unidade de saúde.

### **Dificuldades resultantes da má organização da rede**

A rede de atenção à saúde no Brasil tem sua estrutura de porta de entrada voltada basicamente para atender a dois modelos extremos: a AP com demanda agendada e a urgência para casos pontuais de alta complexidade. A insuficiência de portas de entrada para casos agudos de média complexidade cria um grande estrangulamento no sistema para a atenção integral à saúde. Assim, observa-se no território nacional uma rede de unidades de “pronto atendimento” que funciona 24 horas montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa e média complexidade que não são adequadamente acolhidos na rede primária (básica) e funcionam sem equipamentos e recursos diagnósticos e terapêuticos essenciais à resolução dos casos de maior gravidade (BRASIL, 2006).

Essa situação impede ainda que os hospitais equipados que realizam os atendimentos de urgências foquem esforços neste tipo de ação, pois o excesso de demanda gerado por casos não necessariamente urgentes atrapalha o atendimento direcionado, sendo que o tempo é fundamental no prognóstico de agravos realmente emergenciais. E seria um erro pensar em criar condições de espera em casos que necessitariam, teoricamente, de um atendimento rápido ou mesmo imediatos.

Essa ambivalência dos prontos-socorros cria uma situação bastante cômoda, ou melhor, uma solução crucial para que as queixas urgentes ou não, da grande maioria da população que depende do SUS e não encontra uma maneira de entrar no sistema seja atendida. Isto se deve ao fato dos hospitais de pronto atendimento estarem abertos às solicitações exteriores 24 horas por dia e, em princípio, terem

obrigação de acolher e oferecer exame físico e laboratorial, caso necessário, de maneira permanente. Esta situação sobrecarrega as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos estabelecimentos referidos (BRASIL, 2006).

Assim, o paciente ao procurar o serviço de urgência, espera encontrar profissionais disponíveis a atendê-los, mesmo não sendo seu caso, urgente. Ou seja, qualquer cidadão pode ser atendido a qualquer hora do dia ou da noite. A porta de entrada pelo serviço de pronto atendimento acaba por criar um curto circuito na rede de atendimento à saúde: o paciente pula etapas preliminares que atrasariam seu atendimento se este fosse realizado ambulatorialmente e acaba por dificultar o atendimento daqueles que realmente necessitam de atenção imediata das 'urgências verdadeiras'.

A coexistência desses dois meios de acesso cria tensões por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelos serviços de urgência, que reclamam por serem obrigados a acolher casos não urgentes que chegam aos hospitais e poderiam ser assistidos em rede ambulatorial. E do lado oposto, por parte dos usuários que, na busca de um alívio para seus sofrimentos solicitam um atendimento de urgência, que é a porta aberta para eles no sistema de saúde.

De acordo com a estratégia do MS, as unidades de AP devem ser as principais portas de entrada do sistema de saúde, apesar da existência de serviços exclusivos de urgência na rede de saúde – pronto-socorros abertos 24 horas por dia. No dia-a-dia da equipe de SF, eventualmente os profissionais precisam interromper a rotina do atendimento diário e rapidamente se mobilizar para atender uma urgência. O paciente com crise hipertensiva ou inconsciente trazido por familiares, a criança atropelada em frente à unidade ou um usuário com crise convulsiva são alguns dos exemplos de casos não agendados que procuram socorro nos serviços de AP. E os profissionais de saúde devem estar preparados para atender tal demanda, uma vez que a unidade é parte integrante do sistema de saúde e nesta ocasião não importa se a ênfase da ESF deve ser na promoção da saúde ou não. Nestas situações a prioridade é salvar uma vida ou aliviar uma sintomatologia aguda.

Na tentativa de organizar o sistema de saúde e de criar maior acessibilidade à população, a Portaria GM/MS N<sup>o</sup>. 2.048/2002, estabelece que as unidades básicas

de saúde e de SF são responsáveis pelo acolhimento dos pacientes com queixas agudas. Assim, o usuário encontra acesso para suas queixas, de maior ou menor complexidade e o profissional é o responsável pela caracterização do mesmo e encaminhamento, caso necessário. É o seguinte o texto da Portaria:

Assim, **torna-se imperativo** [grifos meus] estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, **Programa de Saúde da Família (PSF)** [grifos meus], ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (Portaria GM/MS nº. 2.048/2002, ANEXO I p. 5).

O atendimento aos casos de urgências não pode e não deve ser negligenciado pela equipe de SF. A Portaria GM/MS nº. 2.048/2002 ratifica tal responsabilidade. Deixar de atender um paciente com queixa aguda sob justificativa da não resposta do sistema dificulta ainda mais a tentativa de organização do mesmo, por um lado e o atendimento a esses casos nos respalda para reivindicações de melhoria do sistema, por outro.

### **A urgência na Atenção Primária**

Implantar a ESF significa reorganizar o sistema de saúde em vigor, substituindo as antigas diretrizes, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença, e introduzir novos princípios, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e participação da comunidade (BRASIL, 2002). Para que passe a existir, entre a comunidade e os profissionais da saúde, uma nova relação de confiança, de atenção e respeito, a equipe de SF deve acolher a população que solicita seus serviços e prestar um atendimento de qualidade. Uma situação inesperada é o que deixa o indivíduo mais vulnerável e carente desta atenção. Essa nova relação é um dos principais pontos de apoio dos profissionais que compõem as Equipes de SF.

É um erro, portanto, imaginar a ESF como um serviço paralelo e isolado do sistema de saúde local. Pelo contrário, a ESF deve se integrar ao serviço de saúde do município e da região, enriquecendo-o, organizando-o e caracterizando-se como a porta de entrada do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2002). A organização da AP, propiciada pela ESF, deve tratar as pessoas, controlar as doenças crônicas

(como hipertensão, diabetes), diminuir a solicitação de exames desnecessários, racionalizar os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade e **reduzir a procura direta aos atendimentos de urgência**, exercendo o papel importantíssimo de principal de porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

Até mesmo o cidadão leigo deve estar preparado para oferecer os primeiros socorros em casos de urgências e emergências (Código Penal Brasileiro, 1940, art. 135). A responsabilidade aumenta quando se trata de um profissional de saúde em uma unidade que é parte integrante do sistema. O atendimento da PCR é um bom exemplo de atividade de equipe. A própria metáfora da “corrente de sobrevivência” enfatiza a necessidade de Suporte Básico de Vida (SBV) imediato e Suporte Avançado de Vida (SVA) o mais rápido possível. Se um destes elos não estiver disponível ou falhar, haverá poucas chances de sobrevivência sem seqüelas graves, mesmo com um excelente sistema de atendimento terciário para o restante do tratamento (SCHNEID, 2003). Portanto uma equipe bem treinada para o atendimento de urgência na AP é de vital importância, diminuindo significativamente tanto a mortalidade quanto a morbidade.

De acordo com MS (2002), o treinamento da equipe da AP deveria deixá-los aptos a tratar os usuários vítima de traumatismos leves ou portadores de condições ameaçadoras a vida até a chegada de um SAV ou até o encaminhamento adequado a um nível de maior complexidade na rede. Segundo a mesma fonte, a equipe também deve tratar os usuários que, apesar de não apresentarem condições urgentes do ponto de vista médico, se consideram numa situação de urgência.

Na prática, o que se observa, ainda nos dias atuais, é uma deficiência no acolhimento aos pacientes com acometimentos agudos na AP (BRASIL, 2006). A AP, em muitos casos, permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações gerenciais de promoção e atendimentos agendados em detrimento ao acolhimento de pacientes vítimas de casos agudos ou mesmo crônicos agudizados de baixa complexidade.

A resolução deste tipo de demanda poderia ser realizada perfeitamente por este nível de atenção. Esta conduta aumentaria o vínculo com a clientela adscrita e, conseqüentemente, diminuiria a demanda hospitalar onde o paciente recebe um atendimento pontual e tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao

acompanhamento de doenças crônicas de alto potencial de morbidade, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, asma, diarreia, etc.

O atendimento pontual nos prontos socorros dificulta a conduta do plantonista que não conhece toda história patológica pregressa, emocional e social do paciente, atrapalha o acompanhamento da equipe de saúde que oferece atenção ambulatorial e confunde o paciente, que na maioria das vezes recebe novas medicações e orientações de tratamento. A Portaria 1.863 GM/MS de 29 de setembro de 2003, p.3 estabelece:

Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar, fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde.

Para que a ESF consiga alcançar seus objetivos principais, que é o de ser a porta de entrada de um sistema e racionalizar o uso dos três níveis de complexidade é necessário que as equipes de SF trabalhem com qualidade, flexibilidade e eficiência. É preconizado que todo profissional de saúde das unidades de AP seja treinado e mantido atualizado a cada 6 meses para desempenhar de forma adequada e organizada as diretrizes do socorro frente à urgência (AHA, 2000).

Apesar do fato de casos de urgência serem pontuais e necessitarem de atendimento imediato independente do local onde ocorram, discussões e controvérsias não são raras quando se trata de urgência em AP. Alguns autores (TALAYERO; FERNÁNDEZ apud CANO, 2000 p.43) culpam os déficits da AP pelo excesso de consultas de urgências hospitalares, outros (CARBO; apud CANO, 2000 p.43) defendem que a qualificação dos serviços de AP para acolher as demandas da população diminuiria a procura por serviços hospitalares de urgência; ainda há aqueles que são contra qualquer tipo de atendimento de urgência nas UAP.

Um grupo de trabalho da Sociedade de Medicina de Andaluzia (CANO, 2000 p.44), Espanha, julga como evitável a culpabilização mútua entre hospitais e AP. Relata que o problema está na massificação das urgências e emergências e que as deficiências se encontram em todos os níveis, não havendo a necessidade de responsabilizar um ao outro sem que haja a tentativa de busca de soluções conjuntamente. O que também é dividido com alguns pediatras espanhóis (LLORENTE; RODRIGUES apud CANO, 2000 p.44) e eu concordo.

No Brasil, o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população (Portaria GM/MS nº. 2.048, 2002). Em 2003, a Portaria GM/MS nº. 1.863 menciona a necessidade de estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes não só de prevenir agravos e proteger a vida como também fomentar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrente de situações de perigo iminente, calamidades públicas e acidentes com múltiplas vítimas. Exemplo disto seria a construção de mapas de risco regionais e locais e a adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação de eventos (BRASIL, 2003). Na visita à Espanha pude observar que estratégias como as citadas acima funcionam com eficiência.

A extensão territorial brasileira é grande. Isto impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e suas respectivas referências para a atenção especializada e de alta complexidade. Torna-se necessária, então, a oferta de serviços intermediários em complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização de pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves.

De acordo com a Portaria GM/MS nº. 2.048/2002, é necessário ordenar o atendimento para as pequenas e médias urgências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio do acionamento das Centrais de Regulação Médica de Urgências. Segundo DUNCAN (2004, p.79),

As cidades organizaram-se para ampliar a oferta de serviços da atenção médica, criando serviços hospitalares, serviços ambulatoriais especializados e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. As redes regionais de serviços de saúde são mais custo-efetivas, permitem melhores respostas às emergências médicas e facilitam a cooperação entre hospitais e Atenção Primária.

Ao considerar a “urgência como imperativo ético da necessidade humana” como vem sendo trabalhado pela RBCE pode-se concluir que não existe um lugar único, e sim “lugares”, espaços possíveis de articulação dentro de uma lógica sistêmica, em rede de proteção a vida (MACEDO, 2006, p. 6).

### 3. SAÚDE DA FAMÍLIA E COMPETÊNCIAS PARA URGÊNCIAS

#### 3.1 Definição de competências

O dicionário da língua portuguesa, Aurélio (2000) define da seguinte maneira o termo competência:

Competência – Sf. 1. Faculdade que a lei concede a funcionário, juiz ou tribunal para apreciar e julgar certos pleitos ou questões. 2. **Capacidade, aptidão** (grifos meus). 3. Alçada, jurisdição. De competência. Diz-se do regime contábil no qual, os pagamentos ou recebimentos são lançados na data em que são devidos.

O uso corriqueiro do termo competência fez com que este adquirisse variadas conotações, não sendo rara sua utilização com diversos propósitos. Vários autores se engajam na criação de definições próprias, chamando atenção para os múltiplos aspectos de competência.

Competência é o conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e atitudes que permitem discutir, consultar e decidir sobre o que concerne o trabalho. (...) não há competência completa se os conhecimentos teóricos não são acompanhados pelas qualidades e capacidades que permitam executar as decisões que tais competências sugerem (GALLART; JACINTO, 1995 p. 3).

Depresbiteris (2001) doutora pela USP, tenta definir de maneira polissêmica o termo competência. Refere-se a ele como sendo capacidades, habilidades e mobilizações de saberes (saber-fazer, saber-ser, saber-agir) a fim de alcançar um propósito, exercer uma situação profissional ou mesmo de solucionar um problema (2001). Outra vertente, representada principalmente pelos franceses Le Boterf (1999) e Zarifian (1999) defende competência como as realizações dos indivíduos em determinado contexto, portanto, sua produção ou realização no trabalho.

A aquisição do conhecimento é dinâmica e tem sua essência na solução de problemas decorrentes de eventos diários inusitados. Este é construído socialmente, por atores inteligentes que são mais ou menos capazes de criar respostas em tempo real no meio em que se encontram. O conhecimento corresponde a informações que, após o reconhecimento e integração na memória de uma pessoa, são

responsáveis por seu julgamento ou comportamento (BLOOM, 1979). É uma abstração interior, pessoal, de algo que foi experimentado, vivenciado, por alguém. Assim, o conhecimento está no âmbito puramente subjetivo. Desta forma, esses dois termos, conhecimento e competência, podem e devem ser abordados conjuntamente.

Para mim, o tema é complexo e digno de discussão. Como professora da graduação médica e coordenadora da residência de medicina de família e comunidade não tenho dúvidas em afirmar que o ensino e a prática da urgência médica na graduação ainda é falho ou inexistente na maioria das faculdades e universidades brasileiras. O fato de não existir qualquer tipo de especialização em urgência ou emergência, seja residência médica ou pós-graduação, fragiliza o aprendizado desta área na medicina. Talvez esta realidade seja responsável pela deficiência de recursos humanos qualificados para o ensino desta prática durante a graduação. A maioria das escolas médicas, apesar da noção da importância desta prática, encontra neste tema um verdadeiro nó crítico por não conseguir estrutura humana ou física para o ensino prático. Hoje, existem, no Brasil, iniciativas na tentativa de modificar esta realidade. Exemplo disto é a primeira 'residência' médica em urgência e emergência em Porto Alegre, RS, que apesar de não ser reconhecida pelo CRM, já possui 10 anos de existência (GUIMARÃES e VARELA, 2007).

O serviço de urgência brasileiro, no âmbito do SUS, ainda é bastante frágil. Exatamente por não exigir qualificação, é vítima do "qualquer um pode fazer". Assim, ao mesmo tempo em que existem excelentes profissionais na ponta, há também aqueles que trabalham nos serviços de urgência para completar a renda familiar ou recém-formados em busca de emprego, sem experiência clínica suficiente para tal.

Outra característica freqüente nos hospitais de urgência é a grande rotatividade de profissionais. O fluxo de profissionais que deixam este tipo de serviço é um fenômeno significativo. A falta de incentivos, salários relativamente baixos, a compatibilidade com o exercício privado e a falta de perfil e qualificação faz do serviço de urgência um trampolim para novas oportunidades sem criar qualquer vínculo do profissional com o serviço. Além disto, o desgaste dos profissionais torna-se visível com o grande absenteísmo e abandono precoce da profissão.

Tal situação também é freqüente na AP uma vez que é grande a oferta e pouca mão de obra especializada. O perfil daqueles que optam por trabalhar na AP

é bem diferente daqueles que optam por trabalhar com urgência visto que a assistência ambulatorial é bem diferente da assistência à urgência. Enquanto uma exige rapidez de raciocínio e frieza na ação, que deve ser precisa e imediata, a outra exige maior compreensão do lado humano subjetivo, com criação de vínculo e confiança que só é conseguido com longo tempo de contato e conversa.

Por ser especialista em medicina de família e comunidade me sinto confortável em dizer que esta distância entre as práticas torna a maioria dos médicos de família resistentes ao atendimento das urgências e até mesmo agressivos quando pautamos este assunto. Entendo, porém, que é neste momento, em que o indivíduo encontra-se fragilizado, que a resposta prontamente qualificada aumenta o vínculo médico-paciente, que se sente amparado e protegido pela equipe de SF.

Também questiono a competência do médico de família para demandas de pequenas urgências. Como os aparelhos formadores não oferecem formação suficiente para o atendimento de urgências, é rotineiro o rápido encaminhamento para unidades de maior complexidade de casos agudos recebidos por profissionais de saúde que geralmente não realizam sequer uma avaliação prévia para terapêutica ou estabilização do quadro. Talvez isto ocorra simplesmente por insegurança ou despreparo para proceder nestas situações. Assim, é de extrema importância que todos os profissionais de saúde, principalmente médicos, estejam qualificados para o enfrentamento desta situação.

Não se pode concluir um tema tão complexo como a discussão de competências em apenas algumas linhas. O termo competência, com várias definições, é amplo e flexível. As competências se incorporam através de experiências sociais, familiares, escolares e trabalhistas distintas. Por outro lado, não são patrimônio de determinado posto de trabalho, mas sim da pessoa do trabalhador que as adquire em uma trajetória de vida própria e única. Tal como o conhecimento, é uma construção social que necessita da figura do conhecedor que constrói e reconstrói constantemente, a partir das interações sociais que ocorrem tanto no mundo acadêmico quanto no mundo do trabalho. Ao serem encontradas novas barreiras há criação de novas competências.

O desafio é grande: manter a qualidade em termos da aquisição de competências imprescindíveis ao bom desempenho profissional. E tal desafio é

ainda maior em áreas de estreito contato com outros indivíduos como é o caso da saúde. Será que as escolas estariam preparadas para realizar tarefas tão complexas?

Desta forma, a competência não deve ser entendida apenas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários no exercício de alguma atividade, mas também como o desempenho expresso pelo indivíduo em determinado contexto, no que diz respeito a realizações e comportamentos como resultado da mobilização e aplicação de conhecimento, habilidades e atitudes.

### **3.2 O papel do médico generalista ou de família na atenção a urgência**

O médico de AP procura, na maioria das vezes, oferecer a seu paciente e a sua comunidade atenção integral e isto inclui a assistência à urgência, seja durante sua jornada habitual na unidade de saúde, seja fora do horário habitual, nos postos de atenção continuada. O profissional de SF possui um grande diferencial na atuação à saúde: o vínculo.

Aos médicos das equipes da AP competem inúmeras tarefas atuando na prevenção de acidentes, na advertência de sintomas premonitórios, na informação à população e principalmente os métodos de reanimação cardiopulmonar. Para Tarrío (1990, p.5), a assistência médica a urgência inclui conhecimentos e habilidades necessárias para ressuscitação cardiopulmonar imediata e eficaz até a transferência do paciente para outros serviços médicos especializados. Para este autor os campos de atuação do MF em casos de urgência seriam:

- Emergência médica individual;
- Assistência à urgência em geral;
- Atenção à emergência coletiva, concomitantemente a outros níveis de atenção a saúde ou instituições; e
- Urgências epidemiológicas.

Para a resposta eficaz a estas situações requer-se: formação adequada de recursos humanos, intenção política e atitudes positivas de profissionais. A exigência de cursos de urgências em currículos de médicos de AP é menor se comparado a

outros cursos voltados para outros níveis de atenção à saúde. Talvez por conta disso, os serviços de urgências hospitalares suportam uma excessiva pressão assistencial, atendendo um grande número de patologias que não colocam a vida em risco e que poderiam ser atendidos em outros locais. Também recebem verdadeiras urgências sem uma prévia estabilização ideal. São descritos múltiplos fatores relacionados aos usuários, ao hospital e a AP. Entre eles os mais importantes são: falta de acesso ao médico de família por incompatibilidade horária e excessiva pressão assistencial, carências por lotação nos centros de saúde, escassa capacitação dos profissionais para atenções de urgências e emergências, fracasso do modelo de atenção continuada (TARRIO, 1990). O trabalho citado conclui que qualquer solução proposta para tentar recuperar a confiança dos usuários na AP passa pela intervenção nessas causas. A educação médica permanente e continuada é a ferramenta necessária pra adquirir a competência profissional. A formação em urgências e emergências, metodologia prática com treinamentos e avaliações periódicos, contribuição ativa dos profissionais, incentivado, preferencialmente por ocorrer no horário e local de trabalho e creditada pelas sociedades científicas.

As competências não constituem a única condição para o trabalho do médico de família em relação às urgências, outra fundamental é a infra-estrutura disponível para este tipo de atenção. A Portaria GM/MS nº. 2048/2002, preconiza que todos os centros de saúde devem ter uma área independente, diferenciada e sinalizada para o atendimento às urgências. O texto da mesma aconselha, também, a presença dos seguintes equipamentos: eletrocardiógrafos, desfibrilador portátil, oxímetro, aspirador, suporte ventilatório como cânulas de Guedel, laringoscópio máscaras nasais, ambu, materiais cirúrgicos, entre outros. Sabe-se que a maior parte das USF não contam, ainda, com essas condições.

Como o médico não atua sozinho, a equipe como um todo, principalmente, o pessoal de enfermagem (enfermeiro e auxiliar), agentes comunitários de saúde e profissionais da saúde bucal (odontólogo e auxiliar) também devem estar preparados para atuar nos casos de urgência, cada um dentro do seu papel.

Mas as normas brasileiras, como as citadas neste trabalho ainda apresentam várias lacunas e contradições. A Portaria GM/MS nº. 2.048/2002, por exemplo, descreve como obrigatória a presença de material para demandas urgentes (ambu,

medicamentos específicos, etc.) enquanto o Manual de Estrutura Física para USF (2006) não aborda o assunto (LUMER, 2007). Não há consenso, portanto, do que se deve ou não realizar nas USF, deixando o MF a mercê da gestão municipal ou de sua própria reflexão sobre o tema.

### **3.3 As urgências na Saúde da Família e no sistema espanhol**

A Espanha é um país com tradição recente à atenção de urgências, quando comparado aos países vizinhos. O primeiro passo para a implantação deste tipo de serviço foi o Decreto nº 2.766/1967, que estabeleceu pela primeira vez o plantão médico de 24 horas (GARRIDO, 1999). A Lei Geral de Saúde não legisla nada a respeito deste tipo de serviço, dessa forma o desenvolvimento dos serviços de urgências ficou sob responsabilidade de cada comunidade autônoma<sup>8</sup>, o que gerou uma desigualdade do atendimento médico nas diferentes partes do país. Em 1986, o Ministério de Saúde espanhol propôs um novo modelo de organização das urgências a fim de implantar um sistema integral: número de chamada único (três dígitos - 112) para todo o país, uma central de coordenação e ambulâncias assistidas por médicos treinados. Pela primeira vez menciona-se a criação de uma estrutura pré-hospitalar com profissionais de saúde e com recursos materiais suficientes para o primeiro atendimento, um filtro para a assistência hospitalar.

Enquanto isto a Reforma Sanitária na Espanha havia começado a se institucionalizar com a publicação do Decreto de Estruturas Básicas de Saúde (nº. 137/1984). Esta norma diz respeito à reforma da AP espanhola com construção de centros de saúde e a criação de equipes de AP com o médico de cabeceira ou MF. No Brasil, na mesma época, nascia a idéia de um SUS. Assim esses dois países seguem em processos reformadores em contextos históricos semelhantes de democratização e avanços sociais e políticos, porém com antecedentes históricos

---

<sup>8</sup> A Constituição espanhola de 1978 descentralizou o Estado espanhol em dezessete Comunidades Autônomas (CCAA). Cada uma delas é regida por um Estatuto de Autonomia e conta com um Tribunal de Justiça e Parlamento regional.

diferentes que condicionam as perspectivas de desenvolvimento futuro. Outro fator importante é que na década de 80 a Espanha coloca em prática essas idéias enquanto no Brasil elas ainda estão sendo elaboradas.

Na visita de estudo à Espanha, pude observar o reforço do papel da AP, integrando atividades de saúde pública e assistências por meio das equipes de SF atuantes nos CS em territórios de até 25 mil habitantes. Além da criação de instrumentos para participação da população e dos trabalhadores por meio de seus representantes nos órgãos de participação e gestão da Área de Saúde e a extensão de cobertura a toda a população, que tem livre escolha do seu médico de cabeceira.

Muito interessante também foi a criação da Área de Saúde, para atender populações entre 200 mil e 250 mil habitantes (*Ley General de Sanidad*, art. 56, 5.), como unidade territorial básica de financiamento e organização da prestação de serviços organizados por meio do hospital da área, que é responsável pela atenção terciária e secundária – os ambulatorios de especialidades são ligados aos hospitais – e dos Centros de Saúde, responsáveis pela AP de suas zonas de influência. A escolha pelo nome “Centro de Saúde” substituindo o termo “Centro Médico” expressa a reviravolta conceitual – da doença à saúde – que, pelo menos em teoria, propõe racionalidade e progresso (BUSS, 1995).

A cobertura pública chega a 96% da população e é realizada tendo a AP como a principal porta de entrada do Sistema, inclusive para os casos de urgências e emergências médicas. Em Zaragoza, por exemplo, os CS contam com plantão em esquema de rodízio entre os profissionais das unidades de AP que se revezam para atendimentos de urgência de 17:00 h de um dia às 7h do outro, período que as USF encontram-se fechadas no Brasil. (idem, 1995).

As equipes são formadas em média por 25 profissionais, dependendo da área de abrangência e do número da população atendida. A base é formada por mini-equipes, de um médico e um enfermeiro por *cupo* – grupo de usuários de responsabilidade de cada mini-equipe. Cada *cupo* tem aproximadamente 1.200 a 2.000 pessoas acima dos quatorze anos. As crianças são atendidas pelos pediatras, os enfermeiros participam ativamente do plano de cuidados e terapêutico dos pacientes. (ORTÚN; GÉRVAS, 1999, p.2). Em minha visita a Zaragoza pude observar que além dos clínicos, pediatras e enfermeiros, as equipes contam com parteiras (enfermeiras matronas), assistentes sociais, auxiliares de enfermagem,

auxiliares administrativos e vigias. Os pólos – de cada quatro centros, um faz o papel de pólo – contam, ainda, com odontólogos (só para crianças), psicólogos, psiquiatras, fisioterapias e especialistas em cuidados paliativos (clínicos ou enfermeiros). Legalmente os veterinários e farmacêuticos fazem parte da AP, porém, na prática, esta integração ocorreu em pouquíssimas comunidades autônomas (CCAA).

Nos CS, realizam-se funções assistenciais, de educação em saúde e de urgência coordenada com o hospital de referência. As atividades de prevenção e promoção estão menos desenvolvidas em relação ao atendimento (média de 6 minutos por paciente). Aqueles pacientes crônicos que necessitam de maior atenção tem consultas programadas, nas quais o médico determina o tempo necessário para o atendimento. É importante ressaltar que o médico sempre dispõe de uma equipe multidisciplinar e integrada que divide com este profissional a responsabilidade pelo sucesso terapêutico.

Observei também, que em cada CS, existe uma unidade de atenção às urgências (sala própria) com todo o material necessário, incluindo aparelho de eletrocardiograma, carrinho para RCP, material para punção venosa, entre outros. Assim consideram que o médico responsável pela AP é de vital importância na estrutura chamada por eles de “sistemas de emergências”. Os médicos da AP estão no primeiro contato com o paciente e são os primeiros a intervir na chamada de socorro. Portanto, são imprescindíveis para garantir a sobrevivência de um paciente. Assim, o Ministério de Saúde espanhol incentiva a formação de médicos e enfermeiros de AP com técnicas e habilidades para o atendimento deste tipo de serviço e suprimentos das unidades primárias com materiais necessários para o atendimento.

De acordo com relatórios do INSALUD (1992) a nova organização tende a diminuir as urgências hospitalares. Na Espanha, o grau de resolutividade do novo modelo também é superior ao tradicional: enquanto a demanda hospitalar de urgência derivada da atenção especializada é de 11,7 pacientes por cem consultas, no modelo de SF é de 6,9, além de a demanda por este serviço apresentar menor uso de meios diagnósticos de radiologia e laboratório (BUSS, 1995). Sem contar na diminuição da demanda espontânea no pronto atendimento por solução no primeiro nível do sistema.

Garrido (1999) realizou uma pesquisa de opinião em mais de 300 serviços de saúde, intra e extra hospitalares, incluindo serviços de AP, em distintas áreas sanitárias de todas as CCAA. O objetivo deste estudo era arrecadar dados oficiais e impressões sobre a atenção de urgência principalmente na AP. Este estudo avalia: idade, tempo de formado, experiências em atendimento de urgência, artigos publicados e participação em congressos por parte dos profissionais de saúde; área e população atendida, número de centros de saúde (urbanos, semi-urbanos e rurais), estrutura, organização e coordenação dos sistemas de emergências e materiais presentes nas unidades de saúde, assim como o espaço físico destinado a este tipo de atendimento; número de ambulâncias assistenciais destinadas a proporcionar SBV e SAV, helicópteros e aviões e existência de formação específica, educação continuada e reciclagens em urgências e emergências.

Garrido afirma ainda que as CCAA que já haviam implantado algum tipo de sistema de emergência em saúde apresentaram maior grau de satisfação por parte dos profissionais de saúde e usuários do que aquelas que não apresentaram nenhum tipo de serviço de urgência. O grau de formação de urgências em AP é superior nas CCAA que possuem algum tipo de serviço de urgência funcionando se comparado às comunidades que ainda não implementaram este tipo de serviço. Algumas CCAA como Castilla e Leon não possuem nenhum serviço específico de urgência, mas apresentaram um plano de formação em urgência e emergência dirigidas a AP desde 1996. Aonde os profissionais são capacitados para agir em situações agudas, intervir com os primeiros socorros e acionar os bombeiros. De acordo com este estudo, setenta e cinco por cento dos consultados consideram que o sistema de transporte da saúde é acessível a todas as unidades e capaz de proporcionar SBV. Em muitas comunidades encontrou-se um alto grau de desmotivação por parte dos profissionais de saúde, sobretudo devido a promessas não cumpridas por parte da administração sanitária, desinteresse, medo de denúncias etc. Um dado importante é o número de atendimentos de casos urgentes por ano que é de aproximadamente 60 pacientes/médico, com uma média de 5 atendimentos no mês.

Em outro estudo para avaliar as funções do médico generalista e de família na assistência a urgência, Tarrío (1999) observou que esta assistência sempre fez parte da graduação, todavia, o desempenho e capacidade dos médicos de família e

comunidade (MFyC), para realizar este tipo de atendimento vêm sendo bastante questionados nas últimas décadas.

Outra observação, durante a minha visita foi que os serviços de assistência médica de urgência, (SAMU), são dotados de unidades móveis de emergência e profissionais treinados, constituindo uma rede de assistência de saúde especialmente diferenciada que é denominada de nível terciário da atenção. A implantação progressiva de CS com número telefônico único e regulação médica da demanda serve para a coordenação de todos os dispositivos de atenção a urgência, formando o que é denominado: Sistema Integral de Emergência. Diante de qualquer demanda de urgência, utilizam-se os meios disponíveis para resposta, deslocando os recursos necessários para intervenção “in situ”, preparando o paciente para o transporte em condições ideais.

A AP está integrada a esta rede como um primeiro contato nos atendimentos as urgências e emergências, com apoio do SAMU local. Além de atuar em situações de emergências coletivas junto aos bombeiros e outras unidades de saúde. Os serviços de emergência médica extra-hospitalares possuem ampla cobertura na Espanha e juntamente com os serviços hospitalares formam uma rede que prestam serviços e tem como profissional de ponta, na sua grande maioria, o MFyC.

As características físicas, de infra-estrutura e mesmo da área adscrita a USF no Brasil são bastante distintas do modelo espanhol. Os sistemas de saúde dos dois países, embora semelhantes do ponto de vista político e ideológico possuem grandes diferenças no processo de implantação, organização e gerencia dos mesmos (LUMER, 2007). Porém, realizar este contraponto é uma forma de compreender o funcionamento de uma AP com atendimento de urgência realizado de maneira eficaz e é um ótimo exemplo a ser analisado.

## **4. RESULTADOS DA PESQUISA**

### **4.1 Contexto local**

Petrópolis é um município situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, a uma distância de, aproximadamente, 45 km, da capital. Com uma população de 310.261 moradores ocupa hoje uma área territorial de 774,61 km<sup>2</sup> e possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,804 (IBGE, 2007). Em relação à taxa de natalidade, a pirâmide de faixa etária do Município vem evoluindo de forma decrescente e lenta ao longo das duas últimas décadas. A cidade se destaca dos demais municípios da região por contar com quatro escolas de ensino superior, incluindo uma Faculdade de Medicina.

O Município aderiu a Gestão Plena do SUS em 1998 (Norma Operacional Básica nº. 01/1996) e hoje responde como Município Pólo (Norma Operacional de Assistência à Saúde nº. 01/02). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem tentando reorientar a saúde local no sentido de uma transformação progressiva para o modelo SF. Essa mudança tem como objetivo garantir o acesso da população a atendimentos eficientes e ágeis, o que é de fundamental importância para o êxito da reestruturação pretendida.

A Coordenação do PSF responde pelo nível primário da atenção e se ocupa da tarefa de coordenação, planejamento e implementação de ações bem como da avaliação e controle dos territórios de saúde. Isso exige ação junto aos supervisores, equipes de saúde e usuários das UBS/USF. Essas são responsáveis por identificar os problemas de saúde mais relevantes, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento.

A cidade implantou suas primeiras equipes em 1998 em áreas de risco ou expansão populacional. Desde então vem expandindo gradativamente. No segundo semestre de 2007 apresentava 39 equipes de SF em funcionamento, com cobertura de 43,26%, ou seja, 134.218 pessoas atendidas. Hoje, a rede de saúde responsável

pela porta de entrada do sistema é constituída por: 32 USF com 39 equipes, 11 UBS, 3 Unidades de Especialidades e 4 Unidades de Pronto Atendimento. A FMP, em parceria com a prefeitura, é responsável por 5 dessas USF e 1 UBS onde os alunos de medicina, enfermagem e nutrição são inseridos durante a graduação e residência médica.

A SMS mantém convênios com hospitais e clínicas a fim de melhor articulação com a atenção secundária e terciária. Porém, o sistema de referência ainda não é resolutivo para toda a rede básica. Os Serviços de Pronto-Atendimento têm cumprido um papel fundamental no atendimento da demanda reprimida das UBS/USF. Porém, suas unidades frequentemente ficam carentes de profissionais de saúde, que por diferentes motivos solicitam exoneração ou não aceitam as formas de trabalho.

A escolha do Município deve-se ao fato do meu trabalho como professora de SF da FMP e como coordenadora da Residência Médica de Família e Comunidade da mesma instituição. O trabalho contou com o apoio da Coordenação do PSF, sob a responsabilidade da Dra. Wânia Werneck, médica da SMS/Petrópolis e professora da FMP, além dos supervisores do Programa no Município. Com base nesse apoio foi possível montar o grupo focal com MFs de Petrópolis e realizar a prova objetiva com os mesmos.

Durante o processo da pesquisa, passei a freqüentar as reuniões da coordenação e pude debater o tema, exaustivamente com os integrantes da mesma. No princípio o tema despertou muitas dúvidas entre o pessoal da Coordenação do PSF, porém no decorrer do tempo houve uma aceitação quase unânime. A aceitação foi tão importante, que em janeiro deste ano recebi a notícia pela Coordenadora de que ela tanto havia solicitado a aquisição de material de primeiros socorros para as USF, como também havia incluído o tema urgência/emergência no programa de capacitação permanente do PSF local. Após a prova objetiva que realizei com os médicos, diversos deles manifestaram interesse em participar de curso sobre o tema.

## 4.2 Análise dos resultados do grupo focal

A análise das falas dos integrantes do grupo focal é apresentada a seguir por conjunto categorial. Para preservar os participantes, seus nomes foram substituídos nas respostas mencionadas por códigos definidos por sorteio, de forma que suas identidades não possam ser associadas às suas declarações. Desta forma, suas falas na análise são apresentadas como: P 1 (participante 1); P 2 (participante 2), P 3 (participante 3), etc.

### Escolha da especialidade

A maior parte dos profissionais disse ter optado por trabalhar na SF. Apesar dos seis participantes terem declarado que se sentem atualmente identificados com o perfil de trabalho da SF, dois deles não optaram por este tipo de trabalho inicialmente, tendo sido, de certa forma, obrigados, em primeira instância – um foi convocado pelo exército brasileiro para trabalhar com famílias na fronteira, outro foi ameaçado de perder o vínculo público caso não fosse para o PSF, por exemplo. Com o tempo, passaram a se identificar com a metodologia de trabalho e permaneceram na Estratégia. As falas abaixo exemplificam bem a situação:

[...] como eu tinha dois vínculos com a prefeitura eu fui encostada na parede: ou você vai para lá [PSF], ou você sai. Eu havia passado no concurso, eu fui (P 2).

Eu fui para o exército e fui para o Amazonas, na fronteira, uma cidade de 400 habitantes (P3).

Em relação ao perfil do profissional, enquanto o tema foi SF, os integrantes permaneceram descontraídos e calmos. Quando o tema abordou o atendimento de urgências, o ambiente tornou-se tenso e desconfortável, por um período de tempo. A maior parte das declarações dos participantes deixa clara sua oposição a esse tipo de atendimento no PSF:

Eu não gosto de urgência (P1).

Quem gosta de um, não gosta de outro. Se tiver que atender uma urgência eu vou atender. Mas eu não gosto. Não é a minha escolha (P2).

Eu não gosto. Tanto que pautei minha vida no ambulatório (...). Acredito que nunca mais [...] (P6).

Ao declarar “nunca mais” o participante fez um gesto com a mão, como se estivesse empurrando tal responsabilidade para outra pessoa. Apressa-se em dizer que não gosta e o faz enfaticamente. Fica claro que não pensam no atendimento de

urgências nas USF. Os trechos de fala seguintes, a respeito dos perfis, confirmam essa atitude contrária à urgência:

[...] sempre tive o perfil para o ambulatório porque não gosto de urgência (P6).

A maioria dos colegas não gosta de urgência, não tem preparo para isto e justamente escolheu um caminho que não tem nada a ver com a urgência (P4).

Quando surge uma urgência de adulto no PSF eu tenho dificuldade. Pela falta de experiência. Eu me sinto insegura (P2).

[...] eu encaminho muitas crianças que talvez não precisassem por eu não saber lidar com urgência de criança. No PSF, o que não sei dá tempo de pesquisar. **Na urgência não dá tempo. Tem que resolver na hora. Não é só aparelho** [grifos meus] (P6).

Os participantes declaram nitidamente a preferência pelo atendimento ambulatorial e a falta de capacitação e habilidade para o atendimento de casos agudos.

### **Dificuldades no atendimento da urgência/emergência**

Ao serem questionados sobre suas opiniões em relação à capacidade de atendimento a urgências houve um período de silêncio, antes das respostas. A análise das mesmas revela que os participantes não têm uma definição clara do que é urgência ou emergência. A fala do P4 é bem exemplificativa dessa falta de clareza:

O que você chama de urgência? Uma grande urgência ou uma febre? (P4)

A dúvida em relação ao grau de urgência da forma com que foi apresentada, também sugere que o participante não gosta de atender casos de urgência, pois se concordasse com este tipo de atendimento o grau da urgência não faria tanta diferença. Sua fala apresenta uma preocupação que pode ser tanto com o tempo demandado para o atendimento não agendado, quanto com as condições existentes, fazendo supor que o participante se disporia a atender pequenas (e rápidas) demandas de urgência e não as grandes.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de entubação<sup>9</sup> (orotraqueal) de pacientes, a resposta unânime foi: “sem condições”. Ao continuar, perguntando o porquê, a moderadora recebeu respostas do seguinte tipo:

[fala com veemência] Porque não tem material e **eu não tenho mais prática para isto** [grifos meus] (P2).  
[Todos concordam exaltados].

O participante alegou tanto falta de material, quanto falta de preparo ou

---

<sup>9</sup> A entubação orotraqueal é uma técnica para facilitar a ventilação pulmonar.

prática pessoal para se negar a fazer este tipo de atendimento. A falta de material é real, mas na fala esta alegação foi seguida pela afirmação de não ter “mais prática para isto”, o que revela claramente que a dificuldade no atendimento está relacionada com o despreparo dos médicos em questão. O despreparo pode estar relacionado tanto à falta de capacitação de urgência/emergência na graduação, quanto pela ausência de cursos práticos de especialização na matéria. É curioso que “A medicina de emergência é reconhecida pelo CFM como área de atuação e não como especialidade” (GUIMARÃES, 2007, p.3). Muitos daqueles que se dizem sem perfil, na verdade, permanecem sem domínio dos casos por despreparo e falta de treinamento. Outro possível fator dificultador é a falta de formação multidisciplinar que muitos médicos atuantes no PSF hoje, receberam no passado<sup>10</sup>. O clínico, por exemplo, apresenta dificuldades em atender pediatria, isto se torna crítico em casos de urgência.

Como se vê, vários fatores foram apresentados como justificativas para o não atendimento: falta de perfil, material, etc. Qual a atitude a ser tomada? Aceitar estes discursos e não atender aqueles que precisam de atendimento imediato?

### **O sistema de saúde**

A falta de material necessário é uma verdade constante nas unidades de saúde brasileira. O déficit de resposta do sistema (ambulâncias, vagas em hospitais de referência, etc.) dificulta ainda mais a adesão do médico à idéia de realizar sistematicamente este tipo de atendimento. Este problema foi levantado, com razão, pelos participantes do grupo-focal:

Porque nós não temos nada. Não temos um medicamento, falta tudo. [...] queríamos fazer, mas não tinha material (P2).

[...] para você atender um paciente de urgência você tem que ter capacidade de atender. [...] não tem adrenalina, não temos ambu, não temos laringoscópio (P1).

Em termos de material, não temos (P5).

Apesar de já ter pedido (P1).

Um caso relatado por P1 resume a falta de material e a vulnerabilidade do médico:

[...] há três semanas atrás, eu atendi uma menina com crise convulsiva febril. Eu não pude fazer nada. Tive que fazer os cuidados imediatos e ver a

---

<sup>10</sup> O internato rotatório nas grandes áreas médicas se tornou obrigatório na última década. Os graduandos de medicina, até então, optavam por uma área de atuação e passavam todo o tempo destinado ao internato na área de escolha.

primeira, a segunda e a terceira crise. Mas eu não tinha nada. Nem diazepam... nem nada.

P1, apesar de assumir que não gosta deste tipo de atendimento, reclama da falta de material de forma diferenciada. Talvez pela experiência vivida. Ele e P5 foram minoria em enxergar a responsabilidade do atendimento de urgência dentro das unidades. Eles reclamam da falta de material, mas parecem querer contar com o mesmo. Assumem a falta de preparo, mas percebem a necessidade e a responsabilidade da equipe.

Outra fala, no entanto, parece deixar claro que a falta de material é usada como desculpa para o não atendimento:

Se eles souberem que o Posto vai atender eles vão para o Posto porque o vínculo é comigo e não com a grande emergência. Eles não vêm **porque não tem material** [grifos meus]. Se tiver [material] eles vêm, com certeza [fala com ênfase] (P4) [fala ironicamente].

Durante a análise das falas do grupo focal é freqüente observamos falas no sentido de solicitar ajuda em casos de emergência, esquecendo suas condições de médicos. Não houve menção para o fato de estabilizar o paciente ou medicá-lo. A responsabilidade é sempre rapidamente transferida. E como sabemos da dificuldade do Sistema em receber este paciente grave, o que fazer com ele? Parecem culpar o Sistema de Saúde – como na falta de material, ambulância – sempre se referindo ao mesmo na terceira pessoa, como se fossem alheios ao mesmo:

Eu cato o primeiro que passar na rua. Até carro de polícia eu já chamei para levar uma gestante em período expulsivo (P4).  
Pelo amor de Deus! Rebocoterapia com urgência (P4).  
Tento fazer o máximo possível e chamar a ambulância. Isto a gente faz. [...] vou chamar a ambulância, o morador que passa, a patrulhinha. Quem estiver passando ali a gente vai chamar. Enquanto isto ficaremos atuando (P2).  
[...] a gente vai moderando até que a ambulância apareça (P1).  
Como transferir do Posto para o Hospital? (P3).  
É um problema não do PS, mas do **Sistema mesmo** [grifos meus]... da saúde. Estamos nos organizando na atenção básica, estamos fazendo este trabalho, mas os níveis secundário e terciário estão muito desorganizados. Às vezes pede ambulância e demora duas, três horas. Você deixa a enfermeira lá, a enfermeira vai embora e a ambulância não chegou (P1).  
Quando não é um jogo de empurra. É uma burocracia (P1).

Apesar das falhas do “Sistema” apontadas pelos participantes, não podemos esquecer das falhas inerentes ao próprio profissional de saúde, uma vez que é ele quem encaminha e quem recebe o paciente. É verdade que a comunicação entre os níveis de atenção encontra-se muito fragmentada, mas a meu ver, os médicos são os maiores responsáveis por esta situação, principalmente quando se excluem da

parte que lhe cabe dentro deste Sistema.

O médico se sente incapaz, seja por falta de material, seja por dificuldade em lidar com a situação ou mesmo pela desorganização da equipe de SF (despreparo para atuar em conjunto frente um caso grave). Todos os participantes referiram possuir vínculos fortes com seus pacientes e passaram a idéia de que se sentem responsáveis por eles. Se a solução, como dito acima, é mesmo a 'rebototerapia', isto faz supor que o MF talvez prefira que outro profissional mais capacitado o atenda, porque quer o melhor para seu paciente.

Outro problema mencionado pelos médicos foi a organização do serviço nas USF, cuja ênfase é o atendimento agendado, este fator foi claramente mencionado como um elemento que atrapalha a atenção aos casos de urgência:

Não é a falta de estrutura, porque isto aí podemos ter. Mas o nosso dia já está todo organizado. Se você pára pra atender uma grande emergência eu acho que muda muito e esta não é a nossa prioridade (P4).

[...] acho que cada estrutura de saúde é voltada para um paciente em questão. Muda toda sua agenda e organização. Desmonta toda sua articulação. O hospital está ali para isto (P3).

Porque se você não organizar, não consegue atender (P4).

Imagina: 16h50min chega uma urgência. Até que horas eu fico ali? (P4)

Imagina, você conquistando um paciente, fazendo todo um trabalho e aí chega uma emergência. É muito difícil (P3).

Se a população descobrir [que os profissionais realizam este tipo de atendimento] é o caos (P3).

[P4 defende o fato de não ter que atender urgência e é a mais segura em afirmar sua opinião].

[P5 tenta solucionar o problema]: Você não pode estipular horário, mas pode mostrar um diferencial entre as consultas.

Ainda que se tenha de concordar com os médicos em relação à falta de estrutura organizacional para a atenção de urgência (equipes pequenas, falta de previsão nas agendas para este tipo de atendimento), as falas enfatizam a possível desorganização que seria introduzida pelos casos de urgência. Todos manifestam um incômodo em ter de interromper um tipo de atividade programada para começar outra que é sempre inesperada e sem prazo para terminar. Além do problema de organização do trabalho, fica clara uma atitude negativa perante a questão.

### **Responsabilidades**

Os MF pesquisados, apesar de não aceitarem facilmente tal discussão percebem o peso de suas responsabilidades. É válido frisar que nas falas ficou nítido o comprometimento em relação aos seus pacientes, porém, alguns direcionam sua preocupação diretamente para os mesmos, enquanto outros para o Conselho de Classe (CRM). Este na opinião da maioria, parecendo agir nos casos de urgência

como um órgão mais punitivo do que regulador da profissão, como se observa nas frases abaixo:

No PSF se você tem a porta aberta e o paciente passa mal, você tem que atender (P1).

Você abre a porta do Posto e não sabe como encaminhar para o Hospital. E você é médico. [...] **temos uma coisa chamada CRM** [grifos meus] e a partir do momento que você assume aquele paciente, a responsabilidade é sua. Se você não tem material, não tem auxiliar o problema é seu. Você assumiu o paciente (P4).

Vão ser sempre acolhidos (P2).

[...] **cai sempre em cima do médico** [grifos meus]. Tudo fica em cima do médico (P1).

Se houver um problema com este paciente de emergência e se ele vier a falecer, **tudo vai pra cima do médico** [grifos meus] (P3).

Essa responsabilidade traz a questão da dúvida: o que fazer nos casos de urgência? Até onde o MF deve atuar e se tornar responsável? Os médicos parecem temer atuar e serem processados, como deixam a entender as falas de P4, P1 e P3, acima. A preocupação dos médicos diz respeito a um problema real (processos judiciais erro médico), mas afinal este é um problema vivido por todo médico que atende emergência ou não, tendo ou não vínculo com os pacientes.

Alguns médicos reconhecem a necessidade de capacitação e reivindicam treinamento com profissionais competentes:

Nós iríamos ter treinamento com colegas que estavam na urgência, mas que não tinham preparo (P2).  
Seria interessante (P6).

Outros acrescentaram que não é só o médico que está despreparado e sim toda a equipe, pois afinal de contas é responsabilidade de todos:

Por exemplo, no dia que atendi aquela menina [caso citado acima] todo mundo ficou doido (P1).

Eu tenho uma pessoa na minha equipe que, se chegar uma urgência ela vai embora na mesma hora. Ela fica maluquinha. Tenho que dar socorro pro paciente e pra ela (P4).

Desestrutura totalmente a equipe, que não estava preparada para isto (P1).

As opiniões acima parecem corretas, uma vez que toda a filosofia da ESF baseia-se no atendimento em equipe. Os casos de urgência não são diferentes dessa regra geral, além disso, a própria cadeia de sobrevivência, nada mais é do que uma atuação em equipe, como discutido neste trabalho no capítulo 3.

#### **4.3 Resultados da avaliação de competências**

A prova objetiva foi aplicada a 25 (65,8%) médicos de família atuantes nas USF de Petrópolis e contou com o apoio da coordenação de SF e dos médicos, que compareceram em sua maioria. A prova foi aplicada em dois dias respeitando o

horário da educação permanente dos médicos. Os locais utilizados para aplicação da prova foram os Hospitais Municipais Alcides Carneiro e Nelson Sá Earp, pois eram mais próximos das USF e, portanto, mais cômodos para os entrevistados. O tempo médio utilizado para resposta foi de 80 minutos. Após a aplicação da prova objetiva, o gabarito oficial foi colocado à disposição dos participantes. As provas foram corrigidas de acordo com este gabarito e as respostas sofreram uma análise quantitativa simples com cálculos percentuais e distribuição de frequência.

Vinte e cinco médicos atuantes na SF responderam à prova, sendo 13 do sexo feminino e 12 do sexo masculino; 6 deles têm entre 25 e 30 anos de idade e 11 têm mais de 50 anos. Sete dos participantes declararam ter menos de cinco anos de formados e sem nenhuma especialidade prévia e dez afirmaram ter mais de 20 anos de formados. Em relação à especialidade médica anterior ao trabalho em SF, houve grande variação nas respostas (Infectologia, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Pediatria, Homeopatia e Ginecologia foram citadas). Dezesesseis participantes (64%) trabalham em SF há menos de 5 anos e 36% o fazem há 5 anos ou mais. De todos os médicos entrevistados, 15 afirmaram ter participado de curso de especialização em Saúde da Família.

Quanto à prova aplicada, os resultados estão demonstrados com valores absolutos e percentuais nas tabelas a seguir:

**Tabela 1: Acertos e erros na prova objetiva de conhecimentos de atenção à urgência nas clínicas básicas**

<b>Questões</b>	<b>Acertos</b>	<b>Erros</b>	<b>Total</b>
Clínica Médica	190	185	375
Gineco-obstetrícia	236	139	375
Pediatria	218	157	375
<b>Total</b>	<b>644</b>	<b>481</b>	<b>1.125</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir da correção das provas aplicadas em 23/01/2008, com 25 participantes.

A análise dos resultados é apresentada nos comentários a respeito dos números relativos (tabela 2). Julgo fundamental apresentar alguns resultados específicos, cujo elevadíssimo percentual de erros chama a atenção. As duas questões de PCR, por exemplo, apresentarem grande número de erros, o que é muito preocupante<sup>11</sup>. A questão relativa à primeira conduta frente a um caso de PCR apresentou 93,3% de erro enquanto apenas metade dos participantes assinalou a necessidade de manter a via aérea pérvia após acidente automobilístico. A pergunta relativa à Intoxicação Exógena (cocaína), que relacionava o uso de propranolol como contra-indicação absoluta, teve 100% de respostas erradas, o que também é grave<sup>12</sup>.

**Tabela 2: Percentual de acertos e erros na prova objetiva de conhecimentos de atenção à urgência nas clínicas básicas**

Questões	% Acertos	% Erros
Clínica Médica	50,7	49,3
Gineco-obstetrícia	62,9	37,1
Pediatria	58,1	41,9
Total	57,2	42,8

Fonte: Elaboração própria, a partir da correção das provas aplicadas em 23/01/2008, com 25 participantes.

Como se pode ver nos dados da tabela 2, as notas obtidas foram baixas em todas as disciplinas, principalmente Clínica Médica (50,7%). A média geral de acertos obtida (57,2%) é baixa, o que demonstra pouco conhecimento teórico em relação as situações de urgência. É importante ressaltar que essas provas são

---

<sup>11</sup> Como se sabe, num caso de PCR cada minuto decorrido sem reanimação do paciente representa uma perda de 10% de chance de sobrevivência e após 10 minutos já não há mais chance de reversão do quadro.

<sup>12</sup> De acordo com o gabarito da prova de 2005 da Universidade de São Paulo (USP): "A cocaína é uma droga que tem o potencial de desencadear uma importante descarga adrenérgica, provocando vasoconstricção e taquicardia além de outros efeitos que não vem ao caso neste momento. Há um risco 25 vezes maior do paciente desenvolver IAM nos 60 minutos após o uso da droga. O quadro de dor do tipo anginoso deste paciente foi produzido por aumento importante do consumo de O<sub>2</sub> pelo miocárdio, mediado pela taquicardia, associado à diminuição do fluxo coronariano, mediado pela vasoconstricção coronariana. As drogas de primeira escolha para o tratamento são aspirina, nitratos e benzodiazepínicos e de segunda linha temos os bloqueadores dos canais de cálcio e a fentolamina (antagonista alfa adrenérgico). O uso de trombolíticos é controverso já que pouca experiência e relatos de reações adversas catastróficas. O bicarbonato de sódio deve ser feito para prevenir a rabdomiólise, através da alcalinização da urina. A droga que deve ser evitada nestas situações é o propranolol, pois ao ocupar somente os receptores beta, haverá melhora da frequência cardíaca porém, os receptores alfa (promotores da vasoconstricção) ficarão livres para a descarga adrenérgica, piorando o vasoespasm e levando ao agravamento do quadro clínico".

consideradas, pelas instituições de especialidades, como um bom resultado, quando apresentam índices de acertos acima de 70%.

#### **4.4 Síntese dos resultados**

O tema é de difícil abordagem dentro da SF. Seja por falta de vontade dos médicos (por ser mais fácil deixar de lado algo que incomoda) e/ou por parte dos coordenadores que apresentam grande dificuldade em conseguir mão-de-obra especializada para realizar a capacitação dos médicos. Além de não haver uma retaguarda de apoio (ambulância, material suficiente, supervisão) adequada e suficiente.

Os médicos reclamam de uma situação real que é a falta de respaldo (vaga em hospitais de referência, equipe bem treinada, entre outros) em casos graves. Por outro lado tais lacunas do sistema funcionam como uma “bengala” na argumentação, que serve para tentar encobrir sua falta de prática para realizar este tipo de atendimento. Em uma situação de urgência, não há tempo para dúvidas ou inseguranças. Nestes casos um segundo pode fazer a diferença entre a vida e a morte de um paciente.

A aplicação do questionário objetivo confirma a suposição inicial da pesquisa de que, muitos médicos atuantes na SF são recém-formados e sem residência médica (sete entre os 25 que participaram da prova objetiva tinham menos de cinco anos de profissão), isto indica que há pouca experiência profissional numa uma parte importante dos MF. Como bem exemplificado por uma participante do grupo focal, o atendimento ambulatorial oferece tempo suficiente para dirimir dúvidas e suscitar debates sobre um tema desconhecido, enquanto a urgência exige decisão rápida, o que exige conhecimento e experiência por parte do profissional responsável. Além disso, nas USF, um único médico assume toda a responsabilidade sobre a conduta a ser tomada, recaindo toda a responsabilidade sobre o mesmo, diferente do que ocorre num hospital, por exemplo.

Como vimos o percentual de acertos na prova objetiva, foi baixo por parte dos participantes, o aponta necessidade de treinamento. O problema é mais sério do que

se pensa, pois atinge a base da formação médica. A grande maioria das escolas médicas não aborda o tema emergências ou mesmo primeiros socorros durante o curso de graduação. Na verdade, grande parte dos médicos formados hoje no Brasil, sequer recebeu treinamento efetivo em SBV. É bem verdade que já existem iniciativas de algumas escolas médicas e outras instituições no sentido de introduzir o assunto durante a graduação, porém, ainda são ações pontuais e longe do ideal (GUIMARÃES, 2007).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como especialista em medicina de família vivo os mesmos dilemas apresentados neste trabalho. Em nossa especialidade é não só possível nos defrontarmos com situações de urgência no dia a dia, como de fato isto ocorre com alguma frequência. O que pretendi com esta Dissertação foi alertar para a necessidade da inclusão da capacitação e da estruturação das condições necessárias para o atendimento das urgências, a fim de assegurar uma medicina de família levada a sério pelos gestores e por nós médicos de família. A análise da literatura, a pesquisa a respeito das competências e das percepções dos médicos desenvolvida nesta Dissertação confirmou a existência de debilidade dos conhecimentos e uma atitude praticamente de rejeição ao tema, que pode ser muito prejudicial para a ESF, para os pacientes e para os próprios profissionais.

A AP representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com os serviços de saúde. Também é responsável pelo cuidado contínuo e permanente das comunidades adscritas, ou seja, responsável pelo cuidado ao longo da vida desses indivíduos em qualquer circunstância, incluindo a urgência. E a concepção teórica da AP, no seu contexto primordial, inclui a atenção à urgência como uma das funções das equipes de SF.

Os resultados obtidos neste estudo, porém, demonstram que a prática é diferente. A análise da prova objetiva comprova a deficiência dos profissionais, ao menos na teoria, quando se trata do tema. Em Petrópolis, as USF ainda são ocupadas, em sua maioria, por médicos que não possuem a formação em medicina de família, muitos são recém-formados, outros foram realocados por necessidade do sistema, como visto no perfil dos participantes deste trabalho. Infelizmente a situação em todo território brasileiro é semelhante. Desta forma, muitos médicos não possuem experiência por não terem residência médica na área, ou por estarem afastados há muito tempo das situações de urgência.

Outro dilema é o fato da SF ser uma estratégia relativamente nova e o tempo é fator essencial para a formação de médicos especializados. O MS implantou a Estratégia recentemente e em grande escala sem, portanto, contar com recursos humanos em número suficiente. Apesar de todo esforço para uma especialização

rápida nem sempre esta é de qualidade. A grande rotatividade de médicos, que ocorre em grande parte do Brasil como mencionei anteriormente é outro fator dificultador, pois nem sempre aqueles que foram treinados se identificam com a metodologia de trabalho e acabam abandonando o mesmo após o treinamento.

A análise do grupo focal revelou que a maioria dos médicos entrevistados não se sente à vontade em lidar com casos de urgência ou não entendem as urgências como uma das atribuições da SF. Por conta disso não tem interesse ou segurança para atuar neste sentido. A análise realizada mostrou, também, que os profissionais se sentem desamparados, seja pela formação insipiente, seja pela carência de estrutura física, insumos ou retaguarda dos níveis de maior complexidade (sistema de referência deficiente). A maioria afirma que a estrutura para realização de atendimentos de urgências ainda não está adequadamente organizada no nível da SF em particular, pois há falta de medicamentos, de capacitação da equipe e de tempo hábil para atender a demanda prevista. Ao considerarem essas dificuldades, os participantes demonstraram desinteresse pelas urgências, pois estas podem ser vistas como um entrave, para atingir os resultados estipulados pelo Programa. Esse sentimento também é percebido quando dividem as responsabilidades entre as urgências dos pacientes e a possível repercussão negativa que falhas nestes procedimentos podem causar no Conselho de Classe.

Ficou explícito, na fala dos médicos durante o grupo focal, que a organização dos serviços nas USF é baseada na consulta agendada, nos grupos terapêuticos e de convivência. Essa característica se contrapõe ao modelo de atenção de urgências, que está pautado na ocorrência súbita e sem tempo previsível de atendimento - uma situação de urgência pode levar minutos ou horas para ser totalmente resolvido. Mas como foi dito os casos de urgência não escolhem hora nem local para acontecer, não podendo ser ignorados, portanto.

Entre outros problemas identificados pelos médicos na entrevista, destaca-se o fato de que os hospitais muitas vezes se recusam a receber o paciente encaminhado pela SF (por falta de vagas ou especialistas), o que dificulta o prosseguimento do atendimento inicial. Além disso, o paciente enxerga a emergência como porta de entrada fácil no sistema e superlota hospitais com problemas que poderiam ser resolvidos facilmente na atenção básica. Os fatores determinantes desta realidade são: a deficiência de informação da população, a

cultura hospitalocêntrica com supervalorização do nível terciário da atenção, entre outros. Se por um lado os pacientes não reconhecem as unidades de AP como responsáveis por atendimentos de urgências, de outro, muitos MF enfrentam enormes dificuldades no reconhecimento dos casos de urgência e na desordenação do planejamento para realizar tais atendimentos.

Na visita a Espanha pude observar que as urgências conseguem ser atendidas na AP sem qualquer dificuldade. Um dos motivos para que isto ocorra é a concepção do atendimento de urgências na SF que tem início na grade curricular da graduação, logo, a aceitação é maior e a capacitação e treinamento ocorre de fato e com qualidade. Durante o período da residência médica em MFyC – 3 anos, no mínimo – os residentes são obrigados a cumprir uma carga horária em plantões de hospitais de urgência. Os CS espanhóis contam, ainda, com estrutura própria, protocolos bem definidos e fixados em locais de fácil visualização para atendimentos desta natureza e recursos humanos que permite revezar os turnos de trabalho (como em um CS há sempre mais de um médico em serviço, é possível que o atendimento médico às urgências obedeça a uma escala de dias previamente estipulada pela equipe). Há também maior integração com a rede, que atende prontamente quando solicitada e com os demais níveis de complexidade.

A Medicina de Emergência é muito extensa, envolvendo áreas cirúrgicas, clínicas, pediátricas, gineco-obstétricas, geriátricas, toxicológicas e não são raras às vezes em que elas se combinam. Sem contar o Atendimento Pré-hospitalar que, em muitas ocasiões, coloca o profissional de saúde em um ambiente conflituoso, pois este tem que dar uma resposta imediata e precisa a situação de urgência apresentada que em muitas vezes não é entendida da mesma forma pelos demandantes do socorro (GUIMARÃES, 2007). A educação permanente é imprescindível para aumentar a confiança do MF, profissional que realizaria a primeira assistência. E deve haver apoio das unidades móveis para atender prontamente ao chamado da equipe do nível primário (ARACIL, 2005).

A atenção às urgências é um elemento essencial no sistema de saúde e deve garantir uma atenção de qualidade e uma continuação do cuidado para com os pacientes. A AP deve ser a porta de entrada no sistema, em casos eletivos e/ou de urgências e funcionar de maneira integrada e hierárquica com os outros serviços. Assim, o nível primário de atenção conseguiria racionalizar a atenção à saúde,

evitando o congestionamento dos serviços hospitalares de urgência, aliviando os gastos econômicos que se derivam da utilização inadequada dos recursos, o que, aliás, é preconizado pelo próprio Ministério da Saúde, como mostrei anteriormente.

Ainda há reparos a serem realizados na AP brasileira, na ESF, em particular, assim como no sistema de atenção às urgências. Estamos longe de um sistema perfeito. Penso que seria de grande valia a educação dos pacientes para que estes recorram às unidades primárias antes de se dirigirem aos hospitais e que as USF disponham de recursos materiais e profissionais capacitados para resolver os problemas e, se necessário, encaminhar corretamente para níveis hierarquicamente superiores. Além disso, faz-se mister a orientação da população por profissionais de saúde, com esclarecimentos sobre patologias existentes e sintomas que indicam a necessidade de atendimento imediato (ex: pacientes com risco cardiovascular, asmáticos, etc).

Penso ser necessária, também, uma comissão de urgências responsável por revisar e assegurar o funcionamento correto do circuito de material de urgência, revisão do carrinho de parada e esterilizações, referência e contra referência dos pacientes atendidos, registrando e estudando o perfil dos atendimentos em cada unidade. Além da criação e divulgação de protocolos de ações em casos agudos de patologias mais freqüentes e da ressuscitação cardiopulmonar – em locais acessíveis e de fácil consulta, contemplando a atuação coordenada de todos os profissionais da ESF e descrevendo as tarefas de cada um deles; educação continuada com sessões periódicas de treinamento.

É muito importante que todos os profissionais da equipe tenham segurança na realização da RCP básica, principalmente no meio urbano que dispõe de ambulâncias de atendimento avançado para suporte. Na zona rural e de difícil acesso a níveis de maior complexidade tecnológica, a capacitação da RCP avançada é imprescindível. Cada equipe deveria estabelecer sua rotina de acordo com a estrutura local e volume de demanda com interação de todos e com demonstração clara passo a passo de cada componente da equipe. Mas apoio governamental, incentivo aos profissionais e infra-estrutura adequada, como a sala acessível, disponível e sinalizada em caso de necessidade, são indispensáveis para o atendimento de qualidade e sucesso da ESF.

Estudos posteriores que focassem na definição precisa de atribuições dos

médicos de família em relação aos casos de urgência e na necessidade de diretrizes clínicas e protocolos específicos, poderiam contribuir muito para o avanço tanto da organização da atenção de urgências na ESF e no SUS como um todo, quanto da definição de parâmetros para a formação médica e a especialização na área de saúde da família.

## FONTES DE REFERÊNCIA

### Bibliografia

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for Cardiopulmonary: Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.** Circulation 2000 Aug; 22:102 (Suppl. 8): 1-384.
- ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestões e financiamento.** São Paulo: Hucitec; 2001.
- ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C; FONSECA, C. D. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.
- ARACIL, M. C. *et al.* Organización de la atención urgente en los equipos de Atención Primaria. **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**, Barcelona, v. 8, pral. 08002, 2005. Disponível em: [www.semfyec.es](http://www.semfyec.es) . Acesso em: 15 jan 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.
- BERDEN, H. J. J. M *et al.* **How frequently should basic cardiopulmonary resuscitation training be repeated to maintain adequate skills?** BMJ 1993 Jun; 306:1576-7.
- BLOOM, B. *et al.* **Taxonomia de objetivos educacionais: domínio cognitivo.** Porto Alegre: Globo, 1979.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.5/2000, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 18 ago 2006.
- BUSS, P.M; LABRA, M.E. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.** São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucites/Fiocruz, 1995.
- CANO, G. F; CARBALLO G. M. **Urgencias pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria (II): estudio epidemiológico.** RAP, v. 26 n. 02, jun. 2000.
- CARBONE, P. P *et al.* **Gestão por competências e gestão do conhecimento.** Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3. 1996.
- CHANDRA, N. C; HAZINSKI, M. F. **Suporte básico de vida para provedores de saúde (BLS).** São Paulo: American Heart Association, 1997.
- COSTA, E. M. A. Saúde da Família. In:\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2004. p. 8-17.
- CRIADO, E.I.G. Problemática de la urgencia en atención primaria. Resumen de mesa redonda. **XXI Congreso Nacional de la Medicina Rural y Generalista**,1999. Disponível em: [www.medynet.com/elmedico/congresos/semergen/abstracts/44-50.pdf](http://www.medynet.com/elmedico/congresos/semergen/abstracts/44-50.pdf). Acesso em: 27 dez 2006.
- CUMMINS, R. O; PAIVA E. F. **Suporte avançado de vida em cardiologia (ACLS).** Texas: American Heart Association; 1997.
- DEPRESBITERIS, L. **Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
- DUNCAN *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- DUTRA, J. S. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna.** São Paulo: Atlas, 2004.
- EISENBERG M. S; MENGERT T. J. Cardiac Resuscitation. **New England Journal Medicine**, v. 344, n. 17, Apr. 2001 p. 1304-13.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. Guidelines for adult single rescuer basic life support. **BMJ**, v. 316, Jun. 1998 p.1870-6.

EZEQUIEL, M. C. D. G. **O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de medicina**: um estudo de representações sociais. 2005.165f. Dissertação (Mestrado em Educação Médica) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI**: O dicionário da língua portuguesa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FREEMAN, R; MORAN, M. A saúde na Europa. In: NEGRI B. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime,2002.

GALLART, M. A; JACINTO C. **Competências Laborales**: tema clave em la articulacion educación-trabajo. Buenos Aires: CIID-CEDEP, 1995.

GARRIDO, C. B. Problemática de la urgencia en atención primaria. Resumen de mesa redonda. **XXI Congreso Nacional de la Medicina Rural y Generalista**,1999. Disponível em: [www.medynet.com/elmedico/congresos/semergen/abstracts/44-50.pdf](http://www.medynet.com/elmedico/congresos/semergen/abstracts/44-50.pdf). Acesso em 27 dez 2006.

GIGLIO-JACQUEMOT A. **Urgências e Emergências em Saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GOMES, M. E; BARBOSA, E. F. **A Técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais. Publicação interna, fev. 1999.

GÓMEZ-GASCON, T e CEITLÍN, G. **Medicina de Família, la clave de un nuevo modelo**. Madrid: semFYC, 1997.

GUIMARAES P; VARELA L. F. É preciso especializar. **Revista Emergência**, ano **2007**, n.6 p. 54, dez. 2007.

INSALUD. *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*. Disponível em: <http://www.ingesa.msc.es/> ; acesso em 18 ago 2007.

KLEIN R. Health Care Reform: The Global Search for Utopia. **British Medical Journal**, v. 307, n.6907. 1993. p. 752.

KRUEGER, R. A. **A focus group**: a practical guide for applied research. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

LE COUTOUR, X. **La planification sanitaire: recherche d'une éthique**. Université de Caen, Fra: Ufr de Médecine, 1990, 68p.

LIMA M. Análise de conteúdo: estudo e aplicação. **Rev Logos** v. 1. 1993. p. 53-8.

LUMER, S. **Papel da saúde da família na atenção às urgências**. 2007. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

MACEDO C. R. B. **As urgências e seus lugares**: Relatório final do I Fórum Brasileiro de Arquitetura e Engenharia de Serviços de Atenção às Urgências, 2006.

MACEDO C. R. B. **O tempo de espera nos serviços de urgências**. Disponível em: [www.rbce.org.br](http://www.rbce.org.br). Acesso em: 27 set 2006.

MCKEOWN T; LOWE C. R. **Introducción a la Medicina Social**. 4a ed. Siglo XXI, México, 1989.

MAGALHÃES, A. M. M et al. Implantação de um sistema de triagem em Unidade de Emergência. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v.9, n.3. 1989. p.182-187.

MARTIN D. P et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. **Am J Public Health**. V. 79. 1989. p.1628-32.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde

Pública do Ceará, 2002.

MERTON, R. K; Fiske, M; Kendall P. The Focused Interview: A **Manual of Problems and Procedures** Glencoe, Free Press, 1956.

NEGRI, B. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime, 2002.

NICHOL G, *et al* .A. Effectiveness of Emergency Medical Services for victims of out-of-hospital cardiac arrest: a metaanalysis. **Ann Emerg Med**. V.27, n.6, Jun. 1996. p.700-10.

\_\_\_\_\_ A cumulative metaanalysis of the effectiveness of defibrillator-capable Emergency Medical Services for victims of out-of-hospital cardiac arrest. **Ann Emerg Méd**. v.34 n. 517, out. 1999.

NOVAES, H. M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde SILOS**: Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina. São Paulo: 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Genebra: OMS, 1978.

ORTÚN, V; GÉRVAS, J. **Objetivo 28**: potenciar la atención primaria de salud. Sevilha: SESPAS, 1999.

PAIM, S, J. Artigo: **Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência**. Universidade Federal da Bahia, 1994.

POITRAS, J. *et al*. **L'environnement physique de l'Unité d'Urgence**, 2000.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN *et al*. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-75.

SCHNEID S *et al*. Suporte Básico de Vida nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Rede Municipal de Porto Alegre. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, jan. 2003.

SOARES, C.B. *et al*. Uso de grupo focal como instrumento de avaliação de programa educacional em saúde. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.3, set., 2000. p. 317-22, SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **SBMFC – História**. <http://www.sbmfc.org.br/sbmfc/historia.aspx>; acesso em 15/02/2006.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. *et al*. Atención Primaria y responsabilidades de Salud Pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. **Revista Española de Salud Pública**, Madri, v. 78 n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em: 12 jan 2007.

STIELL I. G, *et al*. Improved out-of-hospital arrest survival through the inexpensive optimization of an existing defibrillation program. **JAMA**, v.281, n.13, Apr. 1999. p.1175-81.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção à Saúde. In: DUNCAN *et al*. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 76-87.

TARRIO, E. B. Funciones general/de familia en la asistencia urgente. Resumen de mesa redonda. **XXI Congreso Nacional de la Medicina Rural y Generalista**, 1999.

Disponível em: [www.medynet.com/elmedico/congresos/semergen/abstracts/44-50.pdf](http://www.medynet.com/elmedico/congresos/semergen/abstracts/44-50.pdf). Acesso em 27 dez 2006.

TAVARES, M. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 101-106

WRIGHT, J. Development and importance of health needs assessment. **BMJ**, v.316. 1998. p.1310-3.

### **Fontes documentais**

BRASIL. **Código Penal** (1940), Art. 135.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Disponível em:

<http://www.ibge.com.br/cidadesat/xtras/perfil.php><http://www.ibge.com.br/cidadesat/default.php> acesso em: 12/10/07.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1.1.43, de 7 de julho de 2005**. Apóia programas de residência médica em medicina da família e comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho do Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 2.657/GM, de 16 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre a Organização dos serviços de urgência/emergência.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Dispõe sobre a Organização dos serviços de urgência/emergência.

\_\_\_\_\_. **Atenção Básica e a Saúde da Família**, Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saudedafamilia>; acesso em: 28 ago 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Política de Saúde, Departamento de Atenção Básica: **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família – médico e enfermeiro**. Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sqtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22848](http://portal.saude.gov.br/portal/sqtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848); acesso em: 28 ago 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução n.º 1.451/95, Publicada no DOU em 17.03.1995.

ESPAÑA. Ley General de Sanidad, 1986.

## **ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL)**

A pesquisa de dissertação de mestrado “Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade de Saúde da Família” será desenvolvida por meio de um questionário com perguntas objetivas e pela técnica de “grupo focal” com médicos atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Petrópolis no ano de 2007.

Ao final do estudo pretendo contribuir com a análise da situação atual nas USF em relação ao atendimento às pequenas urgências e quadros agudos e averiguar a percepção dos médicos em relação a este tipo de atendimento no primeiro nível de atenção.

Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Isabela Corrêa Vogel Koury que pode ser encontrada no endereço: Estrada da Saudade nº 160, Petrópolis. Telefone: 2243-5516.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Riachuelo, nº 27 – Lapa. Telefone: 3231-6000.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgado a identificação de nenhum dos participantes. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou dos resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, utilizar os dados coletados somente pra esta pesquisa.

### **O sujeito da pesquisa**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo: “Competências do médico para demandas ocasionais de

urgência na Unidade de Saúde da Família”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

---

Assinatura do médico de família

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura da testemunha

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do médico acima para a participação neste estudo.

---

Isabela Corrêa Vogel Koury

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (QUESTIONÁRIO)**

**Pesquisa:** “Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade de Saúde da Família”.

Caro colega, para um primeiro levantamento de dados para a pesquisa que estou desenvolvendo, gostaria de solicitar a você que respondesse este questionário com o objetivo de analisar seu conhecimento frente a casos agudos pertinentes à AP. Este questionário contém 45 questões objetivas de clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia retiradas de provas de título de Medicina de Família e Comunidade e concursos de residência médica. Você terá 90 minutos para finalizar este questionário.

Não será necessária identificação e as respostas serão para da pesquisa sem fins de classificação ou afins.

Não tenho dúvidas de que suas respostas contribuirão de forma importante para as conclusões do meu trabalho. Desde já agradeço imensamente.

### **ANEXO III - ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL**

Tema: “Competências do médico de família para demandas ocasionais de urgência”

O que motivou sua escolha para o trabalho no PSF?

Você gosta ou acha que tem o perfil para atendimentos de urgência?

Você trabalha ou já trabalhou em serviços de pronto atendimento? Se saiu, por quê?

Recebeu capacitação para atendimentos de emergência? Onde?

Qual sua opinião sobre o atendimento de casos de urgências no PSF?

Você se sente apto/capacitado para realizar estes tipos de atendimento?

Qual a distância entre sua Unidade de Saúde da Família e o PS?

Qual a orientação oferecida aos usuários da sua unidade em casos de urgências e emergências? Educação em saúde sobre o tema, é realizado na sua unidade?

Há horários fixos para demanda espontânea na sua unidade?Qual?

## ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Prova de Dissertação de Mestrado:

Isabela Vogel Koury

### **Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade de Saúde da Família.**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Especialidade anterior à medicina de família: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho em Saúde da Família: \_\_\_\_\_

Realizou capacitação em Saúde da Família? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo?

#### **Pediatria**

##### **Questão 1 (SBMFC, 2005):**

Criança de um ano apresentou febre alta (39,8 °C) por três dias. No quarto dia de doença, após redução brusca da temperatura, iniciou exantema maculo papular em tronco, que se estendeu para o pescoço.

Com base no quadro clínico descrito, o diagnóstico e o agente etiológico mais provável são, respectivamente:

- (A) Exantema súbito e herpes vírus humano 6.
- (B) Varicela e herpes vírus Zoster varicela.
- (C) Eritema infeccioso e parvovírus B19.
- (D) Sarampo e paramixovírus.
- (E) Rubéola e togavírus.

##### **Questão 2 (SBMFC, 2005):**

Criança de um ano e nove meses é trazida à consulta com quadro de febre, espirros, coriza, obstrução nasal, hiperemia de orofaringe, tosse seca e recusa alimentar há dois dias.

Assinale a conduta mais adequada, considerando o caso relatado.

- (A) Deve-se iniciar amoxicilina, na dose de 40 mg/kg/dia, de oito em oito horas, para tratamento de amigdalite.
- (B) A hipótese diagnóstica mais provável é de resfriado comum, visto que crianças menores, especialmente as pré-escolares, apresentam de três a nove episódios de resfriado por ano, devendo o tratamento ser sintomático.
- (C) Uma vez que o vírus sincicial respiratório é o agente mais freqüente do resfriado comum, o tratamento deve ser sintomático.
- (D) Caso a criança evolua para tosse produtiva, com escarro escasso e mucóide no início e posteriormente abundante e purulento, deve-se iniciar antibiótico, independentemente do seu estado geral.
- (E) A associação de anti-histamínicos e descongestionantes sistêmicos pode ser prescrita visando a reduzir a tosse e a congestão nasal.

##### **Questão 3 (SBMFC, 2005)**

Criança de três anos é trazida ao Ambulatório com quadro de dor intensa no joelho esquerdo, acarretando dificuldade de deambulação. O quadro iniciou na noite anterior, acompanhado de febre, edema e vermelhidão da articulação acometida.

Em relação à conduta nessa situação, pode-se:

I - prescrever antiinflamatórios não-esteróides.

II - prescrever compressas quentes sobre a articulação acometida.

III - suspeitar de artrite séptica e encaminhar com urgência para hospitalização.

Quais condutas estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

**Para responder às questões 4 e 5, considere o caso abaixo.**

Um pai leva seu filho de três anos até a Unidade de Saúde, pois a criança apresenta, há quatro dias, diarreia líquida (aproximadamente 4 vezes/dia), vômitos esporádicos, dor abdominal e febre (pico máximo 38,5 °C). O pai nega aparecimento de muco, pus e/ou sangue nas fezes. Aproveita a consulta e mostra o resultado de um exame de fezes (três amostras) solicitado numa consulta prévia, cujo resultado foi a presença de *Entamoeba coli* nas três amostras. Ao exame físico, a criança apresenta-se afebril, com FC = 88 bpm, turgor da pele diminuído, membranas mucosas levemente secas, olhos normais e abdome com ruídos aumentados, plano e sem defesa. O pai relata ainda que a irmã mais velha teve um quadro semelhante na semana anterior.

**Questão 4 (SBMFC, 2005):**

Com base no relato acima, o provável diagnóstico dessa criança é:

- (A) cólera.
- (B) disenteria aguda.
- (C) diarreia aquosa aguda.
- (D) diarreia prolongada.
- (E) infecção intestinal por *Entamoeba coli*.

**Questão 5 (SBMFC, 2005):**

Dentre as condutas terapêuticas abaixo, a melhor para o caso dessa criança é

- (A) encaminhá-la ao hospital em virtude da gravidade da desidratação e do tempo prolongado da diarreia.
- (B) tratá-la com metronidazol 40 mg/kg/dia em três doses, por sete dias.
- (C) realizar TRO, interromper a alimentação até a criança melhorar e administrar antibiótico.
- (D) realizar hidratação EV na Unidade de Saúde e prescrever sulfa por sete dias.
- (E) realizar TRO, oferecer dieta branda, prescrever um probiótico e orientar sobre cuidados com a higiene.

**Questão 6 (SBMFC, 2004):**

A otite média aguda (OMA) é uma doença comum na infância, principalmente entre os 6 e os 24 meses de idade.

Em relação a essa patologia, **NÃO** é correto afirmar que

- (A) o *Haemophilus influenzae* é o agente etiológico mais comum da OMA em todas as faixas etárias.
- (B) a OMA geralmente é precedida de uma infecção de vias aéreas superiores.
- (C) as manifestações costumam ser inespecíficas nas crianças menores (choro, febre, recusa alimentar, inquietação, sono agitado).
- (D) a amoxicilina (20 - 40 mg/dia) em três doses diárias, por 10 dias, é o antibiótico de escolha.

(E) mastoidite, perda da audição e meningite são possíveis complicações da OMA.

**Questão 7 (SBMFC, 2004):**

Considere as seguintes orientações ambulatoriais na consulta de uma criança com doença diarreica.

I - O programa para controle das doenças diarreicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a manutenção da alimentação durante a diarreia, especialmente o aleitamento materno.

II - É recomendado que as refeições tenham pouco volume e sejam pouco frequentes, procurando-se diluir o leite na vigência da doença diarreica.

III - As drogas anti-diarreicas não devem ser indicadas para o tratamento da diarreia aguda em crianças.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I
- (B) Apenas I e II
- (C) Apenas I e III
- (D) Apenas II e III.

**Questão 8 (SBMFC, 2004):**

Menino de 7 anos é trazido à consulta pela mãe, pois, há cerca 2 dias, iniciou com febre que chegava a 39,5°C, dor de garganta, vômitos e prostração. No dia anterior a esta consulta, foi levado à emergência e medicado com uma injeção de penicilina benzatina 1.200.000 UI/IM. Na presente consulta, persiste com febre de 38 °C e dor de garganta, mas seu estado geral é um pouco melhor. Apresenta hiperemia de orofaringe e placas na amígdala esquerda. O restante do exame físico é normal. A conduta mais adequada, no momento atual, é

- (A) iniciar outro antibiótico.
- (B) iniciar antiinflamatório e outro antibiótico.
- (C) tranqüilizar a mãe, manter tratamento com anti-térmico e observar evolução.
- (D) coletar secreção da orofaringe pensando em difteria.
- (E) aplicar nova dose de penicilina benzatina.

**Questão 9 (SBMFC, 2004):**

Uma criança de 9 meses vem ao Posto de Saúde, trazida pela mãe, com febre, taquipnéia, retração intercostal e chiado no peito. Esta é a primeira vez que apresenta sintomatologia semelhante. A mãe relata que, no dia anterior, a criança iniciou com tosse e coriza, que todos os seus irmãos são asmáticos e o pai é tabagista pesado, fumando dentro de casa, apesar do aconselhamento contra esse hábito. O diagnóstico mais provável é

- (A) asma brônquica.
- (B) sinusite.
- (C) aspiração de corpo estranho.
- (D) bronquiolite.
- (E) coqueluche.

**Questão 10 (UERJ, 1988):**

Lactente desnutrido do 1º grau começou a apresentar subitamente queda do estado geral, febre alta, estado torporoso, restrição respiratória, dor e distensão abdominal.

Há uma semana teve sinais e sintomas de virose respiratória. Neste caso, o diagnóstico mais provável é:

- (A) Meningococemia
- (B) Íleo paralítico
- (C) Endocardite séptica
- (D) Pneumonia bacteriana
- (E) Síndrome de choque toxêmico

**Questão 11 (FMUSP, 1999):**

Criança de três anos de idade apresenta história de tosse há cinco dias, falta de ar e gemência há um dia. No início do quadro recebeu "Benzetacil" em Pronto-Socorro, por diagnóstico de amigdalite, segundo a mãe. Ao exame físico apresenta: regular estado geral, taquidispnéia leve/moderada, com tiragem intercostal e subdiafragmática 2+/4+, acianótica. Murmúrio vesicular diminuído globalmente à direita, com estertores crepitantes em ápice, broncofonia diminuída em hemitórax direito, principalmente em base. Assinale a hipótese diagnóstica mais provável:

- (A) Pneumonia extensa à direita por *Streptococcus pneumoniae*
- (B) Pneumonia extensa e derrame pleural à direita por *Streptococcus pneumoniae*
- (C) Pneumonia extensa à direita por *Staphylococcus aureus*
- (D) Pneumonia extensa à direita por *Haemophilus influenzae*

**Questão 12 (SBP, 1992):**

Os sintomas de sinusite aguda, em lactentes, são:

- (A) Cefaléia e febre
- (B) Coriza e tosse
- (C) Tosse e sibilos noturnos
- (D) Voz anasalada e congestão nasal

**Questão 13 (USP, 2006):**

Criança de 1 ano de idade chega a Unidade de Saúde da Família com história de vômitos e diarreia há 2 dias. A mãe refere que a urina está mais escurecida, com volume diminuído e que a criança apresentou temperatura axilar de 38°C durante todo o período. Ao exame clínico: regular estado geral, descorado (2+/4+), PA: 80/30mmHg, FC=170bpm, Temperatura axilar: 38°C, perfusão periférica: 2seg, FR 30irpm, pulso braquial presente e cheio, fontanela deprimida, olhos encovados, saliva espessa, murmúrio vesicular audível bilateralmente, sem ruídos adventícios, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros, abdome flácido, sem visceromegalias, peristalse presente e aumentada. A criança mostra-se reativa a manipulação. A conduta inicial neste caso é:

- (A) Iniciar hidratação endovenosa com solução cristalóide e reavaliar em 1 hora.
- (B) Alta com prescrição de soro de reidratação oral, fornecer orientações gerais para a mãe e explicar que a diarreia pode durar 14 dias.
- (C) Pesar a criança, iniciar terapia de hidratação oral, fazer controle da diurese e calcular o índice de retenção em 1h.
- (D) Administrar dipirona IM e avaliar após 1 hora.
- (E) Realizar coleta por sonda vesical para exames de urina e urinocultura, iniciar hidratação endovenosa e antibióticoterapia parenteral.

**Questão 14 (UNICAMP, 2005):**

Menina de 2 anos, apresentou há 2h perda de consciência, cianose labial e enrijecimento seguido de abalos clônicos dos 4 membros, com duração de mais ou menos 2 min, seguindo-se de sono. Criança previamente hígida, iniciou febre e dor de garganta há um dia, estando febril na hora do evento. Nega história familiar de crises epiléticas. Desenvolvimento neuropsicomotor e exame neurológico normais. A conduta é:

- (A) Ministrando benzodiazepínico IV para prevenir novas crises
- (B) Prescrever benzodiazepínico oral para próximos eventos febris
- (C) Prescrever fenobarbital proflático
- (D) Pedir EEG e então decidir tratamento
- (E) Seguir o paciente sem qualquer prescrição

**Questão 15 (SBP, 1992):**

Quais os antibióticos abaixo estariam bem indicados no tratamento da sinusite aguda não complicada em crianças?

- (A) amicacina, tetraciclina, teicoplanina.
- (B) cefixizima, cefuroxima, amoxicilina.
- (C) gentamicina, vibramicina, amoxicilina.
- (D) cefixizima, aztreonam, gentamicina.
- (E) gentamicina, cefuroxima, teicoplanina.

**Ginecologia e Obstetrícia**

**Questão 1 (PROVÃO, 2000):**

Mulher de 18 anos utiliza anticoncepcional hormonal combinado oral. No 24º dia do ciclo, após relacionamento sexual com preservativo, passou a apresentar prurido vulvar intenso e leucorréia, que se acentuaram há um dia. O diagnóstico mais provável e o tratamento são, respectivamente:

- (A) Candidíase e uso de nistatina ou semelhantes
- (B) Vulvite alérgica e tratamento local com hidrocortisona
- (C) Tricomoníase e tratamento específico incluindo o parceiro
- (D) Candidíase e conduta expectante até a menstruação
- (E) Infecção por *Gardnerella vaginalis* e tratamento específico

**Questão 2 (UERJ, 1996):**

O diagnóstico diferencial da doença inflamatória pélvica aguda pode ser feito com:

- (A) retocèle 2º grau
- (B) colpíte micótica
- (C) infecção urinária
- (D) polipose cervical
- (E) cistocele acentuada

**Questão 3 (SMS-RJ, 1998):**

Em relação a contracepção hormonal de emergência, pode-se afirmar que:

- (A) Não pode ser feita no Brasil porque não se dispõe do preparado hormonal adequado
- (B) Não pode ser feita no Brasil porque não é permitida pelo Ministério da Saúde
- (C) É eficaz quando iniciada até 72 horas após a relação sexual desprotegida

- (D) Para ser eficaz, tem que ser iniciada até 12 horas após a relação sexual desprotegida

**Questão 4 (UERJ, 2001)**

Mulher de 25 anos, atraso menstrual de 15 dias, beta-hCG positivo há uma semana, procura atendimento com sangramento vaginal moderado e dor em baixo-ventre do tipo cólica. Ao exame apresenta colo uterino dilatado para 2 cm. Diante desse quadro, o diagnóstico provável é:

- (A) Mola hidatiforme
- (B) Penhez ectópica íntegra
- (C) Trabalho de abortamento
- (D) Incompetência istmocervical

**Questão 5 (CINAEM, 1999):**

Paciente com quadro de dor abdominal baixa, atraso menstrual de 15 dias. Ao exame constata-se PA: 90x60 mmHg, pulso: 120bpm, Tax: 36,8°C, mucosas descoradas. Abdome doloroso com leve descompressão brusca em fossa ilíaca direita, sangramento uterino discreto e dor intensa ao toque vaginal, principalmente no fundo de saco posterior. Diante desse quadro impõe-se o diagnóstico de:

- (A) Doença inflamatória pélvica
- (B) Ameaça de aborto
- (C) Aborto incompleto
- (D) Apendicite aguda
- (E) Penhez tubária rota

**Questão 6 (FESP, 1998):**

Paciente jovem, apresentando sangramento vivo durante o primeiro trimestre, com cólicas leves, sem febre, com volume uterino compatível com idade gestacional e com colo fechado. Este quadro clínico é condizente com:

- (A) Abortamento infectado
- (B) Ameaça de abortamento
- (C) Abortamento incompleto
- (D) Incompetência istmocervical
- (E) Mola hidatiforme incompleta

**Questão 7 (USP, 2000)**

Paciente no quarto dia de puerpério de parto cesariana apresentando febre de 39°C nos dois últimos dias consecutivos. Ao exame físico apresenta-se com orofaringe normal, ausculta pulmonar normal, abdome flácido, indolor, RHA (ruídos hidroaéreos) (+), cicatriz cirúrgica normal e loquiação fisiológica. A conduta mais adequada é:

- (A) Deve-se aguardar o aparecimento de sinais clínicos de infecção para iniciar antibióticoterapia
- (B) A hipótese mais provável é de uma fase inicial de virose e, portanto, deve-se tratar como tal
- (C) O quadro clínico afasta uma morbidade febril puerperal
- (D) Trata-se de uma infecção puerperal e deve-se empregar antibióticoterapia abrangente
- (E) Deve-se aguardar pois se trata de febre decorrente de reabsorção de sangue do procedimento cirúrgico

**Questão 8 (TEGO, 2002):**

Adolescente, vítima de abuso sexual, dá entrada em unidade de emergência com sangramento vaginal. O agressor não foi identificado. Qual a conduta?

- I. encaminhar ao Serviço de Medicina Legal.
- II. exame clínico detalhado e eventual intervenção sobre o períneo para estancar o sangramento.
- III. solicitar teste de HPV.
- IV. fazer anticoncepção de emergência.

Está correto o contido apenas em

- (A) I, II e III.
- (B) I e III.
- (C) II e IV.
- (D) IV.

**Questão 9 (TEGO, 2002):**

Após queda à cavaleiro e formação de volumoso hematoma vulvar, deve-se

- I. drenar;
- II. realizar ultra-sonografia transvaginal;
- III. observar a diurese;
- IV. proceder à vaginoscopia de rotina.

Está correto o contido apenas em

- (A) I, II e III.
- (B) I e III.
- (C) II e IV.
- (D) IV.

**Questão 10 (TEGO, 2002):**

Paciente com dor pélvica aguda nega dismenorréia e refere atividade sexual sem método anticoncepcional. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com:

- I. gravidez ectópica;
- II. cisto hemorrágico;
- III. anexite;
- IV. diverticulose.

Está correto o contido apenas em

- (A) I, II e III.
- (B) I e III.
- (C) II e IV.
- (D) IV.

**Questão 11 (TEGO, 2004):**

Paciente de 32 anos de idade, com ciclos menstruais regulares, iniciou o uso de contraceptivo injetável mensal, contendo estrogênio e progestogênio, no primeiro dia de sangramento menstrual. Doze dias após a primeira injeção, ocorreu novo episódio de sangramento vaginal. A conduta é:

- (A) administrar nova injeção trinta dias após a primeira.
- (B) administrar nova injeção imediatamente.
- (C) associar um método contraceptivo de barreira durante um mês.
- (D) trocar o injetável mensal pelo trimestral.

**Questão 12 (USP,2000):**

Gestante de 22 anos, primigesta com 34 semanas, dá entrada no pronto-socorro com queixa de edema. Ao exame: BEG (bom estado geral), corada, PA=170x105mmHg, edema +++, proteinúria+++, AU=32 cm, BCF 144 bpm, toque: colo grosso e impérvio. Em relação ao quadro, podemos dizer que:

- (A) Trata-se de iminência de eclâmpsia. A paciente deverá receber sulfato de magnésio, com parto imediato
- (B) Trata-se de uma crise hipertensiva. Deve-se diminuir a PA agudamente utilizando-se hidralazina EV
- (C) O caso sugere um quadro de pré-eclâmpsia. A paciente deverá ser internada e medicada com anti-hipertensivo
- (D) O caso sugere um quadro de distúrbio neuro-vegetativo. Deve-se medicar com analgésico e sedativo
- (E) Como o diagnóstico não está claro, deve-se deixar a paciente em observação

**Questão 13 (USP, 1999):**

Gestante de 26 anos, primigesta, com idade gestacional de 37 semanas, com queixa de cefaléia e dor em baixo ventre. Ao exame físico: bom estado geral, corada, PA=140x90mmHg, a altura uterina de 33 cm, BCF=132 bpm, edema de membros inferiores: 2+/4+. Ao toque vaginal: colo grosso, posterior e impérvio. Monitorização fetal: feto ativo. A conduta inicial é:

- (A) Manter a gestante em repouso (decúbito lateral esquerdo) e em observação e, posteriormente reavaliar a PA
- (B) Orientá-la quanto à dieta hipossódica e dispensá-la
- (C) Interná-la, medicá-la com sulfato de magnésio, e em seguida, interromper a gestação através da cesárea
- (D) Interná-la, medicá-la com hipotensores e, em seguida, interromper a gestação através de cesárea
- (E) Realizar a dopplervelocimetria e, se normal, dispensá-la

**Questão 14 (USP, 2007):**

Paciente de 38 anos, gestante de 30 semanas, com dor abdominal.

Antecedentes pessoais: hipertensa há 4 anos, em uso de medicação hipotensora desde os 35 anos. Antecedentes obstétricos: gesta III, para II, aborto I.

1ª gestação: sem intercorrências. Parto transpélvico, a termo, há 10 anos. RN vivo, pesou 2.800g

2ª gestação: aborto espontâneo no primeiro trimestre da gravidez

3ª gestação: parto prematuro (34 semanas), transpélvico, RN vivo, pesou 1,600g.

Exame físico: PA= 150/100 mmHg, pulso= 128 bpm, afebril. Hipocorada, hidratada, anictérica, sem alterações cardiorespiratórias. Abdome globoso, útero palpável 2 dedos acima da cicatriz umbilical, de consistência lenhosa permanente.

BCF inaudível no sonar-doppler

Toque: colo longo, grosso, posterior, dilatado para 2 cm

Apresentação cefálica. Bolsa protusa e tensa .

O diagnóstico é de:

- (A) Descolamento prematuro de placenta
- (B) Trabalho de parto prematuro com feto morto
- (C) Iminência de rotura uterina
- (D) Eclâmpsia iminente

**Questão 15 (UFF, 1996):**

Em uma mulher de 40 anos de idade, múltipara, com sangramento genital de grande monta, a principal conduta a ser tomada no pronto-socorro é:

- (A) Exame especular
- (B) Estrogenioterapia venosa
- (C) Infusão de vitamina K
- (D) Ultra-sonografia transvaginal
- (E) Citologia oncótica

**Clínica Médica**

**Questão 1 (SBMFC, maio-2005):**

Foi ministrado um antibiótico injetável a um paciente, e ele iniciou reação anafilactóide. Além de assegurar permeabilidade de via aérea, o Médico de Família e Comunidade deverá, em primeiro lugar, determinar a aplicação de:

- (A) cânfora sobre o peito.
- (B) anti-histamínicos sistêmicos.
- (C) hidrocortisona por tubo endotraqueal.
- (D) epinefrina em solução milesimal via subcutânea.
- (E) nebulização com fenoterol diluído em solução fisiológica.

**Questão 2 (SBMFC, maio-2005):**

Uma mulher de 23 anos vem à consulta com queixas de disúria intensa, polaciúria e urgência miccional de início súbito desde o dia anterior. Informa quadros semelhantes na mesma época nos dois últimos anos, período correspondente ao início das férias.

Com relação a esse caso, considere as seguintes afirmações.

I - O diagnóstico mais provável é de infecção urinária baixa não-complicada.

II - Em função do passado da paciente, deve ser feito o diagnóstico de infecção urinária recorrente, estando indicado o uso de nitrofurantoína em dose profilática por seis a doze meses.

III - Na avaliação da paciente pelo Médico, a presença de febre, dor nos flancos ou calafrios é fundamental no manejo da situação.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

**Questão 3 (SBMFC, maio-2005):**

Paciente feminina de 74 anos, hipertensa há dez anos, com bom controle tensional, em uso de hidroclorotiazida 25 mg ao dia e apresentando sobre-peso (IMC = 29 kg/m<sup>2</sup>), procurou o Posto de Saúde quinze minutos após o início, ao acordar pela manhã, de dor precordial em aperto e sudorese. No momento da consulta, ainda apresentava dor precordial, a PA era de 162/100 mmHg e a frequência cardíaca era de 66 batimentos por minuto.

Com relação a esse caso, considere as seguintes condutas.

I - Dar à paciente dinitrato de isossorbida 5 mg sublingual.

II - Encaminhar a paciente ao serviço de emergência para realização de

eletrocardiograma e dosagem de enzimas cardíacas.

III - Dar à paciente, para ela mastigar, ácido acetilsalicílico 325 mg.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

**Questão 4 (SBMFC, maio-2005):**

Um senhor de 56 anos apresenta dor, vermelhidão e edema na primeira articulação metatarsofalangiana do pé esquerdo, de início abrupto. O paciente informa um episódio semelhante após as festas de final de ano. A partir da história e do exame físico, o Médico estabelece o diagnóstico de gota.

Com relação a esse quadro, pode-se afirmar que

I - o episódio agudo deve-se à deposição de cristais de monourato de sódio e à liberação de agentes inflamatórios na articulação.

II - o tratamento da crise aguda com ácido acetilsalicílico na dose de 500 mg a cada 4 horas tem resultado equivalente ao uso de outros antiinflamatórios.

III - o início imediato de hipouricemiantes acelera o período de recuperação do paciente na crise.

Quais afirmações estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e III.
- (E) I, II e III.

**Questão 5 (SBMFC, 2004):**

Injeções aplicadas na prática geral são, em sua maioria, pela via intramuscular ou subcutânea. Muitas vezes, como em atendimentos domiciliares, o Médico se vê diante da necessidade de aplicar medicações de emergência. O conhecimento dos pontos de referência na superfície, das estruturas da pele e da anatomia dos músculos é essencial para que injeções sejam aplicadas com segurança.

Considerando a necessidade de aplicar injeção de metoclopramida intramuscular em um paciente que está com náuseas e vômitos, identifique, (referindo-se à região glútea esquerda), o local apropriado e correlacione-o com as opções de resposta, assinalando a correta.

- (A) Quadrante superior interno
- (B) Quadrante inferior interno
- (C) Quadrante superior externo
- (D) Quadrante inferior externo
- (E) Quadrante superior interno ou externo

**Questão 6 (SBMFC, 2005):**

Mulher de 40 anos apresentou cefaléia súbita de forte intensidade, com náuseas e vômitos, seguido de perda de consciência. Deu entrada no hospital, consciente, orientada, sem déficits motores, pupilas isocóricas e rigidez de nuca importante. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Acidente vascular cerebral hemorrágico
- (B) Enxaqueca
- (C) Hemorragia meníngea
- (D) Acidente vascular cerebral isquêmico
- (E) Hematoma intraparenquimatoso

**Questão 7 (USP, 2004):**

Homem de 66 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, com quadro de movimentos anormais no braço direito, ininterruptamente, há 2 horas. Ao exame físico: o paciente se encontra consciente e orientado, PA= 160x120mmHg, P= 86bpm, FR= 12irpm, apresenta movimentos clônicos em membro superior direito, sem outras alterações do exame neurológico. A glicemia capilar de entrada é de 370mg/dL. O primeiro medicamento a ser administrado é:

1. Inibidor da enzima conversora
2. Fenitoína
3. Diazepam
4. Fenobarbital
5. Insulina

**Questão 8 (USP, 2005)**

Adolescente com 15 anos de idade é levado à Unidade Básica de Saúde apresentando dor torácica, taquicardia e hipertensão arterial grave, após uso de cocaína. Dentre as drogas abaixo relacionadas, qual é a CONTRA-INDICADA nesta situação:

- (A) Benzodiazepínico
- (B) Bicarbonato de sódio
- (C) Propranolol
- (D) Nitroglicerina
- (E) Aspirina

**Questão 9 (FESP, 1999)**

Após traumatismo abdominal, verifica-se, à percussão, desaparecimento de macicez hepática. Este sinal sugere o diagnóstico de:

- (A) Rotura duodenal para parede posterior.
- (B) Hérnia inguinoescrotal encarcerada.
- (C) Rotura do parênquima hepático.
- (D) Pancreatite necro-hemorrágica.
- (E) Perfuração de víscera oca.

**Questão 10 (UFF, 1997)**

Você atende um paciente em via pública, na frente da sua unidade, com fratura simples de membro inferior, trauma torácico, turgência de jugulares, queda acentuada de pressão arterial, murmúrio vesicular presente e normal bilateralmente, e abafamento de bulhas. A conduta de emergência será:

- (A) Imobilização da fratura.
- (B) Entubação orotraqueal.
- (C) Punção do foco de fratura.
- (D) Punção venosa com hidratação.

**Questão 11 (USP, 2005)**

Qual o melhor parâmetro para avaliação da eficiência da reposição volêmica na fase aguda da queimadura?

- (A) pressão venosa central
- (B) frequência cardíaca
- (C) débito urinário
- (D) pressão arterial
- (E) nível de consciência

**Questão 12 (UERJ, 2004)**

Paciente de 25 anos, com cerca de 80 Kg, foi retirado de um foco de incêndio em ambiente fechado, com queimaduras de segundo e terceiro grau em toda a superfície dos membros superiores e faces anteriores do tronco, pescoço e cabeça. Apresentava-se lúcido, taquipnéico, disfônico, referindo sede intensa. Tinha sombrancelhas e pelos nasais chamuscados. O pulso pedioso estava diminuído, com frequência de 124 batimentos por minuto.

A reposição volumétrica inicial deve ser feita em infusão de 400ml/hora com:

- (A) glicose a 5%
- (B) albumina a 20%
- (C) ringer com lactato
- (D) cloreto de sódio a 7,5%

**Questão 13 (USP, 2005)**

Paciente com história de queimadura por ácido sulfúrico há 10 minutos. A melhor conduta é:

- (A) utilização de uma substância de pH básico para neutralizar o ácido.
- (B) Não há nada a se fazer, pois o ácido tem ação de queimadura somente imediata
- (C) Cobertura local imediata com raion vaselinado
- (D) Lavagem exaustiva com água
- (E) Uso de pomadas protetivas para o local

**Questão 14 (SUS Bahia, 2004)**

Paciente, sexo masculino, de meia idade, apresentou síncope há poucos minutos, no ambulatório. Na abordagem inicial, o médico verifica que, além da irresponsividade, o paciente aparentemente não respira. No local, além do pessoal administrativo, há uma enfermeira, com um dispositivo bolsa-máscara (ambu) e uma maleta de urgência sem desfibrilador.

A conduta mais imediata indicada é:

- (A) verificar a ausência de pulsos carotídeos
- (B) fazer duas insuflações de resgate
- (C) abrir vias aéreas e checar atentamente a respiração
- (D) pedir mais ajuda e providenciar desfibrilador
- (E) verificar se há corpos estranhos na orofaringe com manobra digital

**Questão 15 (USP, 2006)**

Homem de 22 anos de idade, vítima de acidente automobilístico é trazido inconsciente. Dentre as alternativas abaixo assinale a que deve ser feita mais precocemente no atendimento a este paciente:

- (A) Intubação oro-traqueal
- (B) Retirada da roupa e avaliação clínica geral
- (C) Dissecção de veia basílica
- (D) Rigoroso exame neurológico
- (E) Colocação colar cervical

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)