



**FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP  
ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**PATRICA ALMEIDA BATISTA**

**URGENCIA E EMERGENCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**TERESINA (PI)  
2019**

**PATRICA ALMEIDA BATISTA**

**O USO DOS INSTRUMENTOS LÚDICOS NO ENSINO/APRENDIZAGEM DA  
LINGUAGEM NA EDUCAÇÃO INFANTIL.**

Trabalho de conclusão de curso – TCC,  
apresentado para cumprimento das  
exigências do Curso de Graduação em  
Pedagogia, na Faculdade do Médio  
Parnaíba – FAMEP, para obtenção do  
diploma de graduação.

**Orientadora:** Prof.(a) Msc. Cidianna  
Emanuelly Melo do Nascimento.

# URGENCIA E EMERGENCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Patrícia Almeida Batista<sup>1</sup>  
Cidianna Emanuely Melo do Nascimento<sup>2</sup>

## RESUMO

Busca-se com esta pesquisa mostrar que no campo da atenção básica, os pilares do SUS que falam da integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado é o potencial para ser o primeiro ponto de contato com os usuários são atributos explorados nesta produção científica e que aqui são reconhecidos em normativas oficiais. Para tanto elegeram-se o tema Urgência e Emergência na atenção primária, pois acreditamos que os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer, por meio da avaliação dos sinais e sintomas de cada faixa etária, os sinais de gravidade. Contudo falaremos especificamente do Reconhecer rápido a instabilidade fisiológica; definir o diagnóstico específico e que o tratamento apropriado seja instituído para corrigir o problema subjacente. e evitar risco iminente de morte. Destaca-se que a metodologia aplicada se trata de pesquisa bibliográfica qualitativa e descritiva, onde foram analisados 8 artigos com os seguintes descritores: Atenção Primária, Urgência, Emergência, Avaliação e Reconhecimento. Através desse estudo, verificamos que os profissionais em momentos de grande tensão, apresentam dificuldade em reconhecer e desenvolver uma situação de urgência ou emergência, e muitos deles, desinformados dos aspectos legais, não consideram como de sua responsabilidade esse tipo de atendimento.

**Palavras Chave:** Atenção Primária. Urgência. Emergência. Avaliação e Reconhecimento.

---

<sup>1</sup> Graduada Em Enfermagem - FAMEP, Especializanda em Urgência e Emergência, pela Faculdade FAMEP – 2019 Especializanda em Saúde Pública . [patyalmeidaif@gmail.com](mailto:patyalmeidaif@gmail.com)

<sup>2</sup> Prof<sup>a</sup>. Msc. Cidianna Emanuely Melo do Nascimento. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestra em Antropologia. Docente da Faculdade do Médio Parnaíba - FAMEP. [cidy\\_mello@hotmail.com](mailto:cidy_mello@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer, por meio da avaliação dos sinais e sintomas de cada faixa etária, os sinais de gravidade. A impressão inicial do paciente em situação de urgência forma uma “fotografia instantânea” mental que possibilita o reconhecimento rápido de instabilidade fisiológica. As funções vitais devem ser sustentadas até que se defina o diagnóstico específico e que o tratamento apropriado seja instituído para corrigir o problema subjacente.

Conforme Santana (2009, 73): “considera-se gravemente enfermo aquele paciente que apresente sinais de instabilidade nos sistemas vitais do organismo, com risco iminente de morte”. Por conta disso a detecção precoce dos sinais de deterioração clínica e as abordagens específicas são decisivas para o prognóstico. O suporte avançado de vida inclui, além do suporte básico, o uso de equipamentos e técnicas especiais para estabilização e manutenção da circulação e ventilação, monitorização, estabelecimento de linha venosa, administração de drogas e fluidos, desfibrilação e cuidados pós-reanimação. Nesta pesquisa o que se pretende de acordo Torres (2009, 91) é:

Como propiciar o ensino teórico do suporte básico e avançado de vida, utilizando mídia digital para o repasse de alguns tópicos essenciais ao aprendizado. Para que o estudo seja proveitoso você deverá fazer a leitura do material, da bibliografia recomendada, assistir aos vídeos indicados e praticar com a sua equipe as ações e procedimentos orientados (TORRES, 2009. 91).

Por conta disso em todo o corpo dessa pesquisa se pretende propiciar ao Enfermeiro o desenvolvimento do raciocínio e a aquisição de habilidades, que visão melhorar a sua competência e de sua equipe diante do atendimento a pacientes graves ou na iminência de um evento agudo em qualquer faixa etária, o que pode ocorrer em qualquer Unidade Básica de Saúde.

Para Mendes (2007, 106), “as situações de urgência e emergência chegam a qualquer ponto de atenção da rede de atenção à saúde, por ocorrências no domicílio ou em vias públicas”. Entretanto para que os profissionais de saúde possam prestar assistência no tempo e local certos e com recursos adequados a cada necessidade, é preciso saber como é organizada a rede de atenção, bem como os fluxos que essas situações exigem. Segundo Vasconcelos (2009, 142): “Para muitos profissionais as questões de urgência e emergência na atenção básica à saúde podem ser algo novo, mas para outras essas situações fazem parte do seu cotidiano de trabalho.

Conforme acima, é dessa forma que se pretende com essa pesquisa sistematizar e ao mesmo tempo recuperar conhecimentos adquiridos nas experiências vividas, aplicadas as práticas teóricas que aqui serão abordadas. Contudo espera-se que ao final desta pesquisa: se identifique as principais situações de urgência e emergência dos pacientes que dão entrada nos pontos de atenção à saúde e se compreenda a abordagem do usuário em situação de urgência e emergência. Para assim aplicar no menor espaço de tempo possível as técnicas necessárias no atendimento as pessoas que forem usar os serviços e para proporcionar comodidade no atendimento dos mesmos.

## **2. Organização do serviço de urgência na rede de atenção à saúde**

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe critérios que:

“para o desenho das redes de atenção à saúde, sob a denominação de integração do sistema em sentido ampliado, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com a finalidade de coordenar suas interdependências e permitir cooperação para a realização de um projeto coletivo” (OMS, 2012. 74).

Nessa perspectiva, integram-se diferentes subsistemas, relacionando a clínica e a governança a valores coletivos. Essas dimensões da integração correspondem, na tipologia proposta.

Contudo Mendes (2007) diz que, “à gestão da clínica é a dos pontos de atenção”. As redes são conjunto de pontos de atenção à saúde que se articulam, pela via das tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua à população adscrita.

Mendes (2007) afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização. A função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação consiste em organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a função de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Na organização de redes de resposta às condições agudas, a atenção primária tem funções de resolução nos casos que lhe cabem (baixo risco) e de responsabilização, mas a função de coordenação passa a ser de outra estrutura (no caso, o complexo regulador).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000), a atenção primária à saúde deve ser parte integral dos sistemas de saúde e o melhor enfoque para produzir melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas.

O Ministério da Saúde, (MS, 2000) “respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário”. Realizou experiência de vanguarda com processo de micro regionalização dos serviços de saúde, tendo como base a concepção de redes de atenção à saúde, que incorporou o nível das urgências e emergências na mesma, de acordo com o resultado através da Portaria 1.169/GM (BRASIL, 2000), instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

Trata-se, na realidade, da proposição de uma rede de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo.

Seguindo o proposto pelo Ministério, as Secretarias de Estado de Saúde do Ceará e de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006) priorizaram a implantação de redes de atenção à saúde e considerou que a situação da saúde do estado se caracteriza pelo rápido envelhecimento da população e por uma situação epidemiológica de dupla carga de doença.

Essas redes são constituídas a partir de um processo de gestão da clínica, decorrendo de diretrizes clínicas desenvolvidas sob forma de linhas-guia. O estado foi dividido em microrregiões assistenciais respectivamente que devem ser autossuficientes em atenção secundária e macrorregiões, com autossuficiência em atenção terciária.

É de fundamental importância que você conheça a rede de atenção à saúde do seu município e os pontos que a compõem para facilitar o fluxo e o contra fluxo dos usuários, destacando-se o fluxo para a urgência e emergência, pois é imprescindível que se conheça de acordo com (MS 2006):

O ponto de comunicação da rede de atenção à saúde é a Unidade Básica de Saúde (UBS) onde deve ser realizado o primeiro atendimento ao cidadão. Para atingir o objetivo de organização da rede de atenção à saúde em urgência, é necessário: Elaborar perfil demográfico e epidemiológico atual e projetado, do município.

Mendes (2007, 92) Descrever que para uma rede de atenção à saúde existir no município, deve:

Conhecer o modelo de atenção à saúde do município; Avaliar os recursos humanos disponíveis e sua qualificação; Avaliar a funcionalidade e a produção das Unidades Básicas de Saúde; Realizar o diagnóstico integral da rede, a análise da oferta, a estimativa de demanda atual e projetada e a identificação dos vazios de atenção e a proposição de alternativas de solução MENDES (2007, 92).

Vamos relembrar as discussões ocorridas sobre processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde, também quando se discutiu a implantação do acolhimento. O dia-a-dia das UBS são repletos de experiências acolhedoras e, às vezes, também de não acolhedoras.

Conforme (VASCONCELOS et al., 2009, p. 37): “O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento” (VASCONCELOS et al., 2009, p. 37). Sendo assim acolher é, portanto, escutar de forma qualificada o usuário do sistema e prestar atendimento resolutivo e responsável.

O ato de acolher engloba, ainda, orientar adequadamente o usuário, visando à garantia da continuidade do tratamento, atentando para os limites do serviço. A postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo. É importante, no momento do acolher, identificar os riscos e vulnerabilidade que o usuário enfrenta, conjugando com sua necessidade.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004):

acolhimento é uma ação assistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional de saúde e usuário com a sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade reconhece o usuário como sujeito e, ao mesmo tempo, participante ativo, no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Conforme, assim, é deste o acolhimento, que o paciente deve receber e perceber a confiança no atendimento que lhe é aplicado. Devido a isso a postura acolhedora envolve todo o processo, chegando até mesmo ao encaminhamento responsável.

## **2.1 Classificação dos tipos de risco**

Em situação de atenção à urgência e emergência, o acolhimento deve estar associado a uma classificação de risco. Conforme BRASIL, 2004, 63:

Entende-se um pouco desse processo para qualificar a assistência a ser prestada, pelo que se destaca que a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento (BRASIL, 2004, 63).

O objetivo do acolhimento com classificação de risco é a melhoria do atendimento, pois os objetivos operacionais esperados são: determinar a prioridade e hierarquizar o atendimento conforme a gravidade, onde lembramos que de acordo com (OMS 2012, 42):

A classificação de risco não é um instrumento de diagnóstico de doença. Seu objetivo é estabelecer uma prioridade clínica para o atendimento de urgência e emergência e que existem no mundo vários modelos de classificação de risco ou triagem na urgência, e que no Brasil, os modelos adotados foram o canadense (CTAS), o norte-americano (ESI) e o do Sistema Manchester (MTS) (OMS 2012, 42).

A classificação dos riscos aos quais são submetidos os pacientes que chegam para receberem atendimentos, são os mais variados, com isso, torna-se a triagem uma etapa primordial dentro da linha de atendimento.

De acordo com Rocha 2005, p. 81, destaca-se também que:

O quão é importante a forma de como se classificam as queixas de urgência e emergência, pois estas devem ser as mesmas em todos os pontos da rede pelo país afora, porém somente dessa forma teremos uma linguagem única na rede, inclusive a da equipe de saúde da UBS.

O que se espera que aconteça na organização do serviço quando implantamos a classificação de risco na urgência, é que os resultados esperados com a implantação da classificação de risco com acolhimento sejam conforme Santana (2005, 76):

Diminuir as mortes evitáveis; Extinguir a triagem por funcionário não qualificado; Priorizar de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada; Criar a obrigatoriedade de encaminhamento responsável, com garantia de acesso à rede; Aumentar a eficácia do atendimento; Reduzir o tempo de espera; Detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado; Diminuir a ansiedade do usuário, acompanhantes e funcionários; Aumentar a satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais e por fim Padronizar dados para estudo e planejamento de ações (Santana 2005, 76).

Contudo para que haja o acolhimento e o mesmo seja resolutivo são imprescindíveis a utilização da classificação de risco e o atendimento com critérios de priorização. Os usuários categorizados em situação de emergência ou em casos de muita urgência devem receber avaliação e tratamento simultâneos e imediatos. Eles devem receber o primeiro atendimento no ponto de atenção no qual derem entrada,

sendo importante que a equipe de Saúde da Família esteja preparada tecnicamente e com equipamentos adequados para prestar esse atendimento.

Os usuários categorizados em situação pouco urgente ou não urgente devem receber avaliação e tratamento na própria UBS, pois a equipe de Saúde da Família é a competente para o tratamento desses casos.

## **2.2 Acolhimento e classificação de risco na urgência**

Vamos lembrar as discussões ocorridas sobre processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde de Vila Formosa 1 e também quando se discutiu a implantação do acolhimento. O dia-a-dia da nossa unidade é repleto de experiências acolhedoras e, às vezes, também de não acolhedoras.

Relembrando que para VASCONCELOS et al., (2009, 37):

“O acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento” (VASCONCELOS et al., 2009, p. 37).

Acolher é, portanto, escutar de forma qualificada o usuário do sistema e prestar atendimento resolutivo e responsável. O ato de acolher engloba, ainda, orientar adequadamente o usuário, visando à garantia da continuidade do tratamento, atentando para os limites do serviço.

Postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo. É importante, no momento do acolher, identificar os riscos e vulnerabilidade que o usuário enfrenta, conjugando com sua necessidade. A postura acolhedora envolve todo o processo, chegando até mesmo ao encaminhamento responsável.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), acolhimento é uma ação técnico assistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional de saúde e usuário com a sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Reconhece o usuário como sujeito e, ao mesmo tempo, participante ativo, no processo de produção de saúde.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada pesquisa do tipo bibliográfica com leituras sob análise de base de dados e periódicos em português na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e artigos relacionados em texto completo entre os anos de 2009 aos dias atuais, empregando como descritores os termos “saúde da família”, “urgência” e “emergência”, via descritores em Ciências da Saúde (DeCS/ MeSH).

Utiliza-se como critério de seleção, estudos que envolveram a urgência emergência como situações de acolhimento na Estratégia Saúde da Família. Foram selecionadas ainda, 9 documentos técnicos como portarias, normas regulamentadoras, resoluções e manuais do Ministério da Saúde, assim como 10 artigos referências dos artigos localizados e encontrados no Google acadêmico de relevante contribuição teórica ao que foi abordado.

Na base de dados da literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), foram encontrados vários trabalhos científicos com o termo “saúde da família, urgência e emergência”. Porém, afinando a pesquisa com o descritor “urgência” não foram encontrados trabalhos relevantes e relacionados, com os termos “Atenção primária”, e “urgência” ou “emergência”, na Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foram encontrados 91 artigos, dentre os quais 12 atenderam os critérios de seleção para análise temática. Na base de dados Scientific, Eletronic Library Online (SCIELO), utilizando os mesmos descritores em refinamento, foi encontrado apenas 7 artigos, sendo 4 já localizado na base LILACS, 1 isolado e 2, de considerável relevância para o estudo, publicados a partir do ano de 2009 até os dias atuais. De posse dos artigos selecionados e documentos técnicos, 19 referências foram submetidas à revisão, categorizadas em eixos temáticos e colocadas à discussão suas defesas no tocante à temática proposta.

Em posse dos artigos selecionados e documentos técnicos, 19 referências foram submetidas à revisão, categorizadas em eixos temáticos aqui constantes na figura 1 que segue na próxima página.

### Critérios para amostra da seleção utilizada:

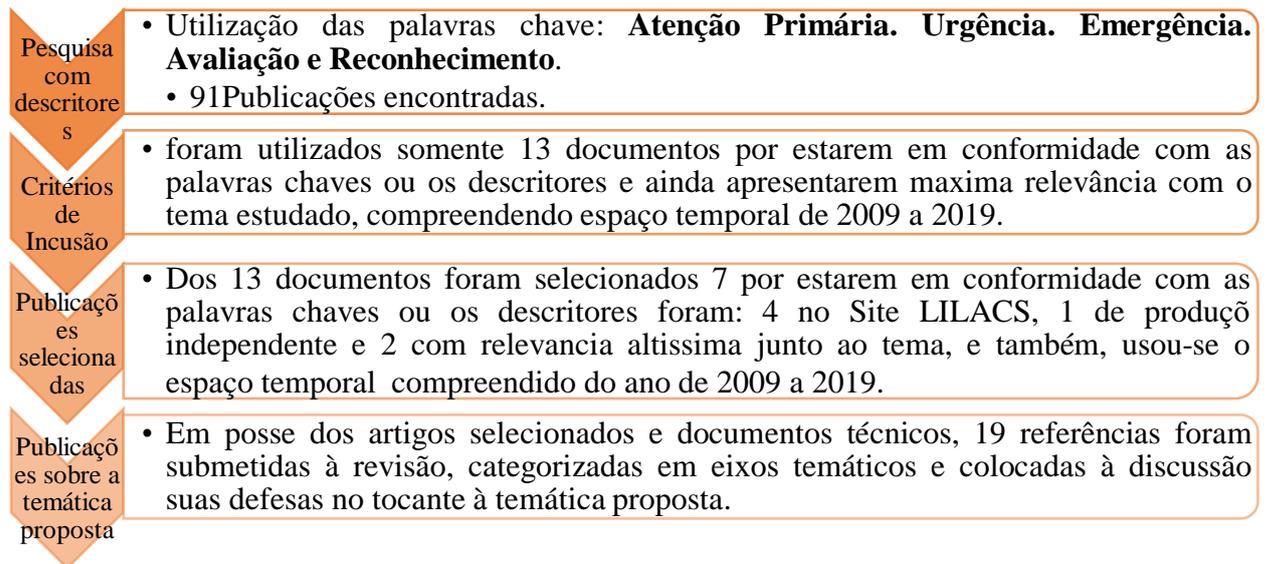


FIGURA 1. Própria autora.

A seguir, segue os critérios para eleição e os artigos escolhidos:

CRITÉRIOS PARA ELEIÇÃO DOS TRABALHOS	ARTIGOS ESCOLHIDOS
Principais situações de urgência e emergência	1 – Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil; 2 – Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência e emergência brasileiro. 3 – Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao Serviço de Urgência/Emergência de um hospital universitário; 4 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. 5 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira.
Visão do usuário na atenção básica em situação de urgência e emergência.	6 – Uma visão assistencial dos usuários da urgência e emergência no sistema de saúde; 7 – Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência; 8 – Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário 9 – Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.
Situação da Equipe de atendimento	10 – Estresse do enfermeiro em unidade de urgência e emergência 11 – Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. 12 – Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência; 13 – A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência.

Figura 2: Própria autora.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo a Resolução 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina, urgência significa a ocorrência de aparecimento rápido, mas não necessariamente imprevisto, de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida e cujo portador necessita de tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

De acordo com GARCIA (2012, 201):

Cabe ao enfermeiro, sempre estar preparado para reconhecer, de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo usuário, os sinais de gravidade de cada faixa etária. As funções vitais devem ser mantidas até que se defina o diagnóstico específico, e o tratamento apropriado seja instituído (GARCIA 2012, 201).

Dessa forma, este profissional presente na atenção básica deve estar preparado para reconhecer situações de urgência que podem surgir em suas áreas de atuação. Acerca dessas situações, verifica-se a importância da qualificação profissional. O diagnóstico precoce e a abordagem dos sinais de piora são decisivos para um prognóstico bem-sucedido. Atraso na detecção, formulação de diagnóstico precoce, planejamento da assistência e implementação de um tratamento rápido e efetivo de doenças, com conseqüente agravamento dos casos, perda de qualidade e duração de vida para os doentes, geram grande impacto no processo assistencial, além de aumento de custo para o sistema.

Para que os profissionais de saúde possam reconhecer uma situação de urgência e adotar as condutas necessárias, é fundamental que estejam capacitados para exercer a função.

Conforme a PNAB (2018), determina que:

Nos casos considerados de emergência, deve-se dar um primeiro atendimento e transferir para um serviço especializado; e, ainda, discorre acerca da necessidade de capacitações para o enfrentamento das situações de emergência na Atenção Básica, visto que reconhece a formação insuficiente dos profissionais de saúde PNAB (2018).

As equipes de saúde presentes na atenção básica são de caráter multidisciplinar e responsáveis pelo atendimento integral aos usuários de seu território, sendo o acolhimento de urgências incluído no rol de deveres constantes na Política Nacional de Atenção Básica. De acordo com essa publicação, em situações de recebimento de casos de urgência na unidade básica, é dever da equipe de saúde realizar escuta eficaz para a correta classificação do risco, avaliação da situação de saúde e nível de vulnerabilidade, prestando o primeiro atendimento e ponderando a

necessidade de realizar o encaminhamento para a atenção em nível secundário. Dessa forma, esta dinâmica deve ser realizada por qualquer profissional presente na UBSF.

Nesse sentido TORRES (2009, 97) afirma que:

Cabe ao enfermeiro o acolhimento das necessidades de caráter emergencial, além de preconizado na Política Nacional de Atenção Básica, é uma prática essencial, pois tende a humanizar o serviço de saúde, promovendo uma interação mais efetiva entre usuário e profissional, pois é de suma importância considerar que, nesses momentos, o usuário que procura a unidade de atenção básica para um atendimento de urgência está fragilizado por seu estado de saúde tanto físico, quanto emocional e deve receber o atendimento preconizado TORRES (2009, 97).

Conforme (BRASIL 2011, 32), “em relação à equipe de profissionais que deve fazer o acolhimento das urgências na Atenção Básica”, a portaria que rege esse nível de atenção afirma que se trata do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, devendo ser realizado por qualquer profissional de saúde presente na UBSF no momento da demanda. Dessa forma deve ser observado que o acolhimento das urgências é realizado por todo e qualquer profissional, inclusive aqueles não pertencentes à equipe de saúde.

Com isso verificou-se que tal realidade vem contribuindo de forma morosa para a reorganização do processo de trabalho, pois é uma forma de mudar o modelo de saúde vigente, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional. Mas, cabe aqui ressaltar, que é importante que qualquer atendimento de saúde deve ser executado apenas por profissionais qualificados, e estes devem estar disponíveis para a prestação da assistência do início ao desfecho do atendimento aos pacientes que procurem os serviços de urgência e emergência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através desse estudo, verifica-se que os profissionais em momentos de grande tensão, apresentam dificuldade em reconhecer e desenvolver uma situação de urgência, e muitos deles, desinformados dos aspectos legais, não consideram como de sua responsabilidade esse tipo de atendimento.

Verifica-se também que este fato, associado à falta de infraestrutura, leva os profissionais a utilizarem a referência como única alternativa de resolubilidade desses casos. Além disso, as equipes dos plantões nas unidades de atenção primária não

estão integradas aos demais níveis de complexidade da rede de serviços, para facilitar a referência e contrarreferência e garantir a integralidade da atenção.

Desta forma, esse estudo retrata a necessidade urgente de uma melhor capacitação profissional, com a elaboração, junto aos componentes das equipes de acolhimento para elas mesmas conforme cada realidade, promovendo-se também educação em saúde para todos os usuários do serviço, a fim de que possam se apropriar da Estratégia Saúde da Família como verdadeira porta de entrada para os demais serviços da rede.

Uma das limitações desta pesquisa é o fato de não contemplar equipes de unidades rurais, que podem estar mais preparadas para o atendimento dessas situações, já que o acesso dessa população a hospitais e serviço móvel de urgência é mais dificultado. Além disso, a amostra é formada por poucos profissionais médicos, que também poderiam estar mais capacitados para uma urgência.

## **ABSTRACT**

It is sought with this research to show that in the field of basic care, SUS pillars that speak of integrality, longitudinality, coordination of care is the potential to be the first point of contact with users are attributes explored in this scientific production and which are hereby acknowledged in official regulations. For this purpose, the theme Urgency and Emergency was chosen in primary care, since we believe that health professionals should be prepared to recognize, through the evaluation of the signs and symptoms of each age group, the signs of severity. However we will specifically talk about the quick recognition of physiological instability; define the specific diagnosis and that appropriate treatment is instituted to correct the underlying problem. and avoid imminent risk of death. It should be emphasized that the applied methodology is a qualitative and descriptive bibliographical research, where some articles with the following descriptors were analyzed: Primary Attention, Urgency, Emergency, Evaluation and Recognition. Through this study, we find that professionals in times of great stress, have difficulty recognizing and developing a situation of urgency or emergency, and many of them, uninformed of the legal aspects, do not consider as their responsibility this type of care.

**KEYWORDS:** Primary Care. Urgency. Emergency. Assessment and Recognition.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/portaria\\_1169\\_ac.htm](http://bvsms.saude.gov.br/portaria_1169_ac.htm). Acesso em: 20 Dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PRT MS/GM 548/2013**, Art. 3º, § 2º). Art. 19. A implantação de novas equipes PSF deverá seguir os critérios da Política Nacional de Atenção Básica. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília-DF, 2011, 32.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasil, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução normativa nº 1451**, de 17 de março de 1995. Publicada no D.O.U. de 17 mar. 1995, Seção I, p. 3666).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. GABINETE DO MINISTRO. DOU de 24/02/2000 (nº 39-E, Seção 1, pág. 23) .... constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11/02/2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/040923FL.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

GARCIA, A. B.; PAPA, M. A. F.; CARVALHO JÚNIOR, P. M. **Estratégia da Saúde da Família**: capacidade da equipe para o atendimento de urgência e emergência. Nursing, São Paulo, v. 14, n. 167, p. 2190- 201. 2012.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. [S. l.]: SES/MG, 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Papel da OMS**. Disponível em: [www.who.int/about/role/en/index.html](http://www.who.int/about/role/en/index.html), 2012>. Acesso em: 20. Jan.2019.

OPAS/OMS, CD49.R19 – **Atendimentos em Urgências e Emergências relacionadas**. [paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Port.\).pdf](http://paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Port.).pdf)> Acessado em 20/01/2019.

ROCHA, C. M. F. **As redes em saúde: entre limites e possibilidades**. 2005. Disponível em:<[http://www.opas.publicacoes/textos\\_apoio/redes\\_cap3.pdf](http://www.opas.publicacoes/textos_apoio/redes_cap3.pdf)>. Acesso em: 20 Dez. 2018, p. 81.

SANTANA, J. P. **Desafios para as redes no campo da saúde**. [S.l.]: OPAS, 2005, 76.

TORRES, A. A. P.; SANTANA, B. P. **Atuação dos Profissionais de Enfermagem frente às situações emergenciais**. Universidade Federal de Pelotas. 2009. Pelotas. Anais... Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009.

VASCONCELOS. A. M. **A prática da Urgência e Emergência**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009, 142.