

Os resultados foram organizados em duas categorias a fim de propiciar compreensão da análise e essência do material coletado.

Categoria 1 - Dificuldades vivenciadas por profissionais de saúde e gestores atuantes na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Essa categoria trata das dificuldades expressas nos depoimentos de profissionais de saúde e gestores atuantes em componentes de uma RUE. Entre as dificuldades, emergiu a falta de articulação entre os componentes e a descontinuidade da assistência, pois, por vezes, os usuários ficam “soltos” na rede ou acabam por utilizar continuamente o mesmo serviço de saúde, como no caso em que o usuário assistido pela equipe do SAD necessita de assistência no ambiente hospitalar e acaba, por vezes, sendo reinserido na rede como um novo caso, o que poderá trazer implicações à sua saúde, tendo em vista que este processo poderá ser moroso e burocrático.

[...] essa questão [...] da desarticulação do sistema é uma dificuldade [...] quando eu penso nessa questão [...] dessa rede [...] esse paciente ele deveria estar bem amarradinho sabendo o que aconteceu com ele e isso se quebra, a gente vê que ele fica sempre solto (P-32/UTI-HGPV)

[...] se a gente olhar o desenho do fluxo da urgência e emergência, ele é lindo! Ele é perfeito! Mas alguns profissionais talvez por desconhecimento [...] acabam não seguindo esse fluxo corretamente (P03/Gestora)

[...] dificuldade é em relação [...] aos retornos [...] quando um paciente tem intercorrências e precisa retornar para o hospital [...] às vezes esse paciente não é absorvido [...] tem uma dificuldade em ser atendido [...] ele tem que ir pela porta de entrada que é o pronto-socorro [...] então, a gente tem essas dificuldades de retorno também para avaliação, principalmente, cirurgia [...] os pacientes ficam indeterminadamente usando sonda nasogástrica, nasoenteral [...] então... são essas coisas [...] realmente dificultam a nossa assistência (P-30/SAD)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), a implementação da RUE requer pactuações entre as três esferas de gestão, a fim de permitir uma melhor organização da assistência e articular os diversos pontos de atenção, definir os fluxos e as referências

adequadas, com a finalidade de modificar o modelo de atenção, fragmentado e desarticulado.

Nessa perspectiva, reconhece-se que apesar das legislações brasileiras vigentes na área da urgência e emergência e de todo o esforço empreendido pelo Ministério da Saúde junto ao SUS em estimular a cultura da assistência à saúde no âmbito da rede, a fala dos participantes remete ao entendimento de que há desarticulação e descontinuidade da assistência e fragmentação das ações entre os componentes da RUE. Assim, pode-se inferir que a organização dessa RUE ainda é incipiente. Entretanto, não se trata de uma realidade isolada, tendo em vista que estudos em diferentes cenários evidenciaram a desarticulação e ineficiência das redes, o que pode repercutir diretamente na resolutividade do cuidado prestado aos usuários (Uchimura et al., 2015; Carvalho et al., 2017).

Outra dificuldade apontada pelos participantes diz respeito à função que deve ser desempenhada por cada componente da RUE. Os relatos remetem à compreensão de que, talvez, a função de cada serviço no âmbito da RUE não esteja ainda bem definida, tanto para os usuários do SUS quanto para os profissionais de saúde. Associa-se a isso, a ausência de compartilhamento do cuidado ao usuário entre os componentes da RUE.

[...] nós precisamos do [...] fortalecimento da unidade básica, para que nós tenhamos um maior amadurecimento da urgência e emergência, porque ainda nós temos aquele resquício de que tudo nós conseguimos abarcar e muitos casos não [...] é de urgência e emergência (P01/Gestora)

[...] o SAMU hoje está descaracterizado, infelizmente. As pessoas chamam o SAMU, de SAMU-táxi [...] porque é só pra transportar os pacientes [...] vai pra qualquer coisa [...] e o que que tem acontecido muito? É o excesso de ocorrências [...] ao invés de triar o máximo possível, eles (se referindo ao médicos reguladores) começam a mandar ambulâncias para todo tipo de ocorrência [...] sobrecarregando com ocorrências que realmente não são ocorrências do SAMU [...] tem que orientar [...] referenciar a atenção básica [...] (P-42/SAMU)

[...] nós somos um serviço de transição, então o paciente a gente desospitaliza e dá esse suporte [...] esse treinamento para a família para referenciar para a rede básica. E aí, às vezes, a gente não consegue que esse paciente [...] dê continuidade a assistência na rede básica [...] Eles (se referindo a equipe da atenção básica) não vão lá, acham que o paciente já está sendo assistido pela atenção domiciliar [...] (P-30/SAD)

De acordo com Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.600 de 07 de julho de 2011 que reformulou a PNAU e instituiu a RUE, esta última tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (Brasil, 2011).

Cabe trazer à discussão, a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600/2011, visto que traz as finalidades dos componentes da RUE. Nessa medida, a atenção básica deve realizar a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, até à transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção – quando necessário – com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2011).

Já o componente hospitalar é formado pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritários; enquanto que o SAMU e suas centrais de regulação médica precisam chegar, precocemente, a vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, de qualquer natureza, capaz de levar a sofrimento, sequelas ou óbito, sendo necessária a garantia de atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Por fim, o serviço de atenção domiciliar que foi constituído com a premissa de reorganizar o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2011).

Mediante o que foi revelado neste estudo e o que está preconizado na Portaria 1.600/2011 é possível perceber certa incongruência entre a teoria e a prática em componentes da RUE. Foi possível apreender, ainda, que há uma forte centralidade na atenção hospitalar como porta de entrada nos serviços de saúde, por meio dos prontos-socorros de usuários em situações não urgentes ou em urgências de baixa gravidade. Esse entendimento foi reportado também na fala do participante (P-20).

As dificuldades começa porque [...]a gente atende muitos pacientes ambulatoriais[...] isso dificulta muito o serviço, porque quando chega uma emergência [...] o hospital está cheio de pacientes que não deveriam estar ali [...]Era para estar vazio, pra atender só urgência e emergência de média e alta complexidade. [...] Isso dificulta, tem ainda a questão dos postos que não funcionam, então os pacientes vem pra cá (P-20/Pronto-

socorro/Sala de estabilização/Sala de trauma/Emergência pediátrica-HGPV).

Aliada a essa dificuldade, reforça-se a falta de critérios de profissionais médicos da central de regulação do SAMU ao realizar o encaminhamento dos usuários. Nesse sentido, evidencia-se que os participantes compreendem que o próprio componente SAMU pode estar sendo colaborador nesse processo de centralizar as ações em saúde ao hospital, ao passo em que deveria fazer mais orientações ou encaminhamentos para outros pontos da RUE.

[...] o problema que a gente tem é que o Samu é porta aberta [...] o Samu [...] o próprio sistema já é assim, o próprio projeto foi criado dessa forma para trazer o paciente, porque de qualquer forma é regulado pelo médico [...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

A decisão de referenciar o usuário, desnecessariamente, para o hospital pode contribuir para a superlotação dos prontos-socorros e, conseqüentemente, interferir na qualidade da assistência.

[...] a dificuldade nossa é a quantidade de pessoas que nós assistimos dentro de uma unidade dessa, é surreal para uma quantidade de profissionais [...] a maior dificuldade [...] é a quantidade de pacientes encaminhados para essa instituição [...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

[...]mas a gente vê ainda a questão da superlotação que ainda dificulta a assistência de qualidade para os pacientes que realmente são classificados como urgente ou de situação de emergência (P-32/UTI-HGPV)

De acordo com o Ministério da Saúde a regulação das urgências deve considerar a necessidade do cuidado imediato dos usuários com quadro clínico agudo, provendo o acesso aos recursos necessários, mediante uma grade de referência pactuada e qualificada a partir da disponibilidade do suporte necessário ao usuário (Brasil, 2016).

Dentre os objetivos das centrais de regulação, destaca-se que o médico regulador deverá julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida, enviando os recursos necessários ao atendimento, ponderando as necessidades e as ofertas disponíveis, definindo e acionando o estabelecimento ou serviço de destino do paciente, além de

informá-lo sobre as condições e previsão de chegada, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento (Brasil, 2016).

Nesse particular, os profissionais das centrais de regulação devem ter conhecimento acerca dos protocolos de regulação do acesso, dos critérios de encaminhamentos, dos fluxos de acesso aos serviços de saúde, da classificação de risco e vulnerabilidade, bem como, da priorização dos casos. Portanto, é necessário que esses profissionais participem de programas de capacitação permanente de trabalhadores da saúde (Brasil, 2016).

Emergiu também dificuldade relacionada à falta de compartilhamento do cuidado aos usuários quando se deslocam entre os componentes da RUE, notadamente no SAD e na atenção básica. Os relatos revelaram que, por vezes, não há o compartilhamento com a atenção básica do cuidado aos usuários assistidos pelo SAD. Entretanto, essa é uma questão que diverge das propostas definidas na Portaria nº 825/2016 que redefine a atenção domiciliar no SUS, tendo em vista que no Art. 19, parágrafo § 3º fica estabelecido que, durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, cabe à equipe de atenção básica compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário (Brasil, 2016).

Muitas das dificuldades percebidas pelos participantes deste estudo se assemelham ao que é relatado na literatura. Assim sendo, os componentes da RUE possuem características inerentes: o acesso irrestrito dos serviços de urgência e emergência; o número excedente de usuários nos prontos-socorros; a diversidade da natureza clínica dos usuários que variam desde pacientes estáveis até aos casos críticos; a descontinuidade do cuidado; o desconhecimento da população, quanto à função do SAMU (Luchtemberg; Pires, 2017; Spagnuolo, 2017; Almeida, 2016; Soares; Scherer; O'Dwyer, 2015).

O quantitativo reduzido de profissionais em componentes da RUE também foi revelado.

O quantitativo de nutricionista que é muito pouco ainda [...]E acaba que você não dá assistência ao paciente, que você deveria [...] (P-12/ Pronto-socorro/Unidade de terapia intensiva/Sala de estabilização/Sala de trauma/Emergência Pediátrica-HGPV)

*[...] a dificuldade é que falta técnico de enfermagem, médicos [...]
(P8-SAMU)*

Dificuldade [...] é o efetivo da área da enfermagem que ainda não é adequado para o número de pacientes que a gente tem recebido (P-16/ACCR-HGPV)

[...] a dificuldade maior é a questão da falta de profissional [...]nem todas as áreas tem os profissionais, a gente teve ausência de cirurgiões, que a gente tinha uma dificuldade grande de cobrir o plantão, porque a uma unidade de Urgência e Emergência não pode ficar sem cirurgião geral, então teve um momento que os cirurgiões plantonistas tiveram problemas de saúde e tiveram que se afastar do setor [...] (P-05/gestor)

Corroborando com o que ocorre nessa realidade, outros estudos (Scolari et al., 2018; Silva, Andrade; Bosi, 2014; Dubeux; Freese; Felisberto, 2013) realizados em diferentes cenários apresentaram um panorama que também apontou a insuficiência de recursos humanos.

Outras dificuldades mencionadas pelos participantes, dizem respeito às condições de trabalho para os profissionais e, à possibilidade de manifestação de agravos em virtude das condições de trabalho inadequadas. Nessa medida, foi relatada a falta de equipamentos de proteção individual (EPI's), a dificuldade de subir na ambulância devido à altura da mesma e problemas de assistir ao usuário em domicílio.

[...] uma dificuldade grande [...] é a questão da condição de trabalho [...] (P-42/SAMU)

A dificuldade é [...]a falta de EPI's para o atendimento. (P-44/Pronto-socorro/sala de estabilização-HGPV)

[...] Acho que falta mais o cuidado em relação a proteção do profissional em relação às doenças infectocontagiosas dentro da unidade (P-12/Pronto-socorro/Unidade de Terapia Intensiva/Sala de estabilização/Sala de trauma/Emergência Pediátrica -HGPV)

[...] eu tenho dificuldade em subir na ambulância, é muito alta, tanto que eu estou com problema no ciático devido isso (P7-SAMU)

[...]tem a dificuldade em prestar assistência [...] geralmente são domicílios bem diferentes, [...] então a gente pega desde casa que é chão de terra, até casas muito boas [...] às vezes é uma casa muito pequenininha que não tem um banheiro dentro da casa, a gente tem que prestar assistência, por exemplo, para fazer um curativo na cama (refere-se ao paciente acamado), cama baixa, não é um leito hospitalar. Dificulta! (P-30/SAD)

Segundo Silva et al. (2011) as condições de trabalho são constituídas por um conjunto de fatores interdependentes que, direta ou indiretamente, atuam na qualidade de vida de quem trabalha, bem como, nos resultados obtidos por eles.

Nesse sentido, sabe-se que os profissionais de saúde estão vulneráveis a diferentes riscos ocupacionais. O risco ocorre quando há possibilidade de algum elemento ou situação que, quando presente no ambiente ou no processo de trabalho, seja capaz de ocasionar danos à saúde, seja por doença, acidente, sofrimento ao trabalhador ou por poluição ambiental (Loro et al., 2014).

Nos relatos apresentados, os participantes enunciaram a possibilidade de estarem expostos a riscos biológicos e ergonômicos. Achados semelhantes foram encontrados na literatura em diferentes estudos (Sousa; Souza; Costa, 2014; Silva et al., 2011).

Quanto aos riscos presentes na assistência domiciliar, outro estudo aponta que são semelhantes aos hospitalares. Contudo, nos domicílios prevalecem algumas dificuldades como o próprio espaço destinado à prestação de cuidados, a iluminação e a disponibilidade de recursos materiais (Cordeiro et al., 2016).

Os participantes citaram, ainda, a falta de EPI's em componentes da RUE. Sobre essa questão, Loro et al. (2016) chamam a atenção para a necessidade e importância do uso dos dispositivos de segurança para o desenvolvimento de ações em saúde, pois atuar no âmbito da urgência e emergência implica em desempenhar atividades em ambientes de imprevisibilidade, incertezas, onde os usuários, na maioria das vezes, não possuem diagnóstico definido.

Associada às questões dos riscos ocupacionais, foi revelado que durante a assistência à saúde dos usuários, os profissionais podem estar expostos a violência física, deixando-os em situações de vulnerabilidade.

[...] o paciente que vem para a porta do hospital ele quer ser atendido de qualquer jeito ou ele quebra a porta [...] como já aconteceu de quebrar e de colega tomar murro nas costas [...] (P05-Gestor).

[...] em determinadas ocorrências de PAF (se refere a Perfuração por arma de fogo) ou PAB (se refere a perfuração por arma branca) [...] muitas vezes tem aglomerações e o agressor está no local, então [...] a equipe fica vulnerável [...] já tivemos momentos, não digo por experiência própria, mas a gente sabe de ocorrências de outros colegas [...] que o agressor estava no

local e [...] terminou de matar o paciente [...] então, expõe muito. Tem também as ocorrências de madrugada em determinadas regiões da cidade [...] extremamente perigoso. E isso [...] também se torna uma dificuldade, às vezes a viatura da polícia não tá no local, então você fica vulnerável [...] (P-43/SAMU).

O problema da violência física relatado durante os atendimentos em componentes da RUE não se trata de um fato isolado, visto que Loro et al., (2016) corroboram ao afirmarem que os serviços que atendem urgência e emergência possuem características que lhes são peculiares, como: pacientes em risco de morrer e a presença de familiares inseguros e aflitos com a situação em busca de respostas imediatas e, quando não atendidas, podem extravasar sua ansiedade e angústia através da agressão física, psicológica e verbal.

Destaca-se que a atuação do profissional de saúde fora do ambiente hospitalar pode potencializar os riscos ocupacionais e a possibilidade de ocorrência de alterações físicas e psíquicas, tendo em vista o elevado grau de complexidade das funções executadas, as responsabilidades do conhecimento técnico e científico, o ritmo acelerado, as condições inapropriadas de trabalho e o cenário imprevisível (Nascimento; Araújo, 2017).

Categoria 2 - Facilidades experienciadas por profissionais de saúde e gestores atuantes na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A presente categoria trata das facilidades mencionadas nos depoimentos de profissionais de saúde e gestores atuantes em componentes de uma RUE. O processo de inclusão do componente Unidade de Ponto Atendimento (UPA) na RUE de Jequié/BA foi apontado como uma facilidade. E, ainda, foi destacada a boa integração entre três componentes (SAMU, UPA e HGPV) da RUE. Tal achado, de certo modo, difere do revelado na categoria dificuldades, quando os depoimentos apontam que há desarticulação entre os componentes da RUE.

A nossa Rede de Urgência e Emergência de Jequié [...] está começando a ser estruturada [...] com a chegada da UPA e com a ampliação do Prado Valadares ela tende a si encorpar ainda mais [...] nós trabalhamos numa integração muito boa, a UPA, o SAMU e o Prado Valadares [...] temos que trabalhar unidos [...] nós não temos problemas em nenhum componente da rede, nós

conseguimos fazer com que [...] tenhamos um [...] contato muito bom, um dinamismo [...] (P-01/Gestor)

[...] a UPA ajudou muito a emergência, ela atende a urgência e atende também alguns casos de emergência dentro [...] do nosso ciclo, então ela dá esse suporte pra gente, que conseguiu desafogar a emergência [...] na UPA eles atendem alguns casos amarelos, uns verdes e alguns vermelhos também, quando eles observam que o paciente ele não consegue ter uma evolução favorável, eles transferem para gente (P03/Gestora)

[...] A UPA é uma facilidade [...] muitas vezes a gente chegou [...] a acolher clientes [...] com pulseirinha da UPA, que fez atendimento lá [...] hoje é muito difícil ter entrada verde (se referindo a pacientes com classificação de risco urgência relativa) aqui, mas a unidade lá não tem [...] uma tomografia, tem que trazer pra cá [...] se for necessário, lá eles trazem porque não tem como internar lá, então traz pra internar aqui, então essa parceria é muito boa (P-24/Pronto-socorro/Emergência Pediátrica-HGPV)

Quanto à inserção da UPA na RUE de Jequié/BA como fator facilitador, acredita-se que, de fato, um componente dessa magnitude tende a qualificar a assistência prestada aos usuários do SUS. As UPA's compõem a rede organizada de atenção às urgências e emergências, sendo um serviço de complexidade intermediário entre a atenção básica e a rede hospitalar, deve atuar com pactos e fluxos previamente definidos, a fim de garantir o acolhimento dos usuários, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos da rede de atenção à saúde de acordo a necessidade (Brasil, 2013).

Outra facilidade declarada nas falas dos participantes, diz respeito à disponibilidade de exames complementares diagnósticos e tratamentos de alta complexidade.

[...] a facilidade é que a gente estar recebendo [...] Novos exames [...] Podemos fazer uma tomografia aqui dentro, uma ressonância [...] (P-16/ACCR-HGPV)

A facilidade que nós temos ressonância, [...]tomografia, [...]eletro, [...]laboratório, [...]cirurgião, [...] neurocirurgião [...] (P-35/UTI-HGPV).

A facilidade apontada pelos participantes no que tange à disponibilidade de recursos diagnósticos terapêuticos de alta complexidade pode ser vista como uma potencialidade que auxilia na assistência prestada ao usuário. Contudo, é importante trazer à discussão que, mesmo nesses cenários, os profissionais de saúde precisam, necessariamente, lançar mão de tecnologias leves, estando atentos para que a centralidade de suas ações não esteja ligada apenas às tecnologias duras. Nem sempre os cuidados em saúde serão resolutivos somente com grandes avanços tecnológicos, é necessário que haja qualidade nas relações interpessoais e comunicação efetiva entre os atores que convivem nos cenários de assistência à saúde (Cielo; Camponogara; Pilon, 2013).

As tecnologias em saúde são classificadas em três categorias: a tecnologia dura que está relacionada aos equipamentos tecnológicos, às normas, às rotinas e às estruturas organizacionais; a tecnologia leve-dura que envolve todos os saberes, bem estruturados no processo de saúde e a tecnologia leve que diz respeito às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (Merhy, 1997).

Ainda que as categorias tecnológicas se inter-relacionem, é preciso ter atenção para que não prevaleça a lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados (Silva; Alvim; Figueiredo, 2008). Mais que isso, o ser humano ao ser assistido nos serviços de saúde, necessita das tecnologias de relações, de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, ou seja, das ‘tecnologias leves’ (Silva; Alvim; Figueiredo, 2008; Merhy, 1997).

A outra facilidade relatada pelos participantes é o empenho da equipe em componentes da RUE. Foi destacada a equipe de enfermagem, como resolutiva e comprometida. Os depoimentos expressaram, ainda, que os profissionais sentem-se orgulhosos e seguros em atuar junto a outros, que compartilham conhecimentos.

[...]o que facilita nosso trabalho é quando vemos o empenho da equipe para o reestabelecimento da saúde do paciente [...] (P-44/Pronto-socorro/Sala de estabilização-HGPV)

[...] facilidades [...] é essa equipe de enfermagem daqui, uma equipe resolutiva, comprometida, então assim [...] fico muito orgulhosa, fico segura de trabalhar com os profissionais que eu trabalho na maioria, dos profissionais daqui, a gente tem uma troca bem legal de conhecimento [...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGVP)

[...] a facilidade é [...] a gente tem uma equipe boa de enfermeiros que realmente são comprometidos, que estão à frente do processo[...] (P-21/Pronto-socorro/Sala de trauma-HGPV)

A literatura sinaliza o quanto é importante o comprometimento e a determinação de todos os envolvidos nos serviços de saúde, a fim de buscar a melhoria e a consolidação da assistência à saúde, independentemente dos desafios a serem enfrentados (Torres; Belisário; Melo, 2015). Assim, vê-se a necessidade da qualificação dos profissionais de saúde que atuam nas urgências e emergências, por meio da formação continuada e permanente, a fim de garantir a prestação efetiva de cuidados (Soares; Scherer; O'Dwyer, 2015; Cielo; Camponogara; Pillon, 2013).

Sendo a equipe de enfermagem a que passa mais tempo junto aos usuários e seus familiares/acompanhantes, essa equipe torna-se o elemento mobilizador das ações do cuidado (Cielo; Camponogara; Pillon, 2013), visto que consegue se comunicar com os usuários e os demais profissionais de saúde.

Desse modo, pode-se inferir que o fato da equipe de enfermagem ter sido mencionada neste estudo como resolutiva e comprometida, se deve ao poder de comunicação que o(a) enfermeiro(a) desenvolve ou deve desenvolver junto à sua equipe e, com os demais profissionais, objetivando promover a melhor organização do trabalho e uma assistência de qualidade (Cielo; Camponogara; Pillon, 2013).

Com base nos relatos, observou-se que há, entre os profissionais, um bom relacionamento interpessoal. Além disso, ficou demonstrada a satisfação pela escolha profissional.

[...] a facilidade é o trabalho em equipe, é o nosso esforço enquanto equipe, o gostar do que faz [...] e a gente tem uma equipe [...] que gosta do que faz [...] (P7-SAMU)

A facilidade é o [...] fato de você gostar, [...] de você poder dar a condição, poder ajudar essa pessoa nesse momento difícil, você se sente bem [...] (P-42/SAMU)

[...] assim, eu gosto do setor [...] então eu acho que esse gostar, facilita [...] (P-16/ACCR-HGPV)

O labor na área da saúde é um trabalho especial de cuidado humano e é, predominantemente, desenvolvido como um trabalho coletivo (Lima et al., 2014), visto que há a interação de uma equipe multiprofissional, usuários e seus familiares. A

satisfação e/ou insatisfação no trabalho em saúde gera implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada (Lima et al., 2014).

O trabalho em equipe foi apontado também como fator facilitador em outros cenários da área da saúde. O estudo de Ximenes Neto (2016) evidenciou que a boa dinâmica relacional no trabalho é fundamental para o adequado desenvolvimento do processo da assistência. Por isso, a prática intra/interequipe da mesma categoria e o trabalho com outros profissionais privilegiam relações amistosas e a interatividade com o outro, sendo uma maneira de alcançar objetivos comuns (Ximenes Neto, 2016).

Portanto, ambientes em que há um relacionamento harmonioso entre os profissionais e em que os trabalhadores sentem-se satisfeitos com o papel desenvolvido contribuem para uma assistência de qualidade.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi alcançado e apresentado nos relatos dos profissionais de saúde e gestores, através de duas categorias: uma relacionada às dificuldades e outra às facilidades.

A dissonância observada entre a teoria das políticas públicas para RUE e o cotidiano dos profissionais e gestores foi revelada na falta de articulação entre os componentes da RUE, sendo: a descontinuidade da assistência à saúde dos usuários, a superlotação do componente hospitalar com usuários que deveriam ser assistidos no nível ambulatorial, a falta de critérios de alguns profissionais médicos na central de regulação, o quantitativo deficiente de profissionais, com destaque para a equipe de enfermagem e as condições de trabalho que, por vezes, expõe os profissionais aos riscos ocupacionais.

Por outro lado, os profissionais de saúde e gestores destacaram aspectos favoráveis à inclusão da UPA na RUE estudada, como: a integração entre os componentes SAMU-UPA-HGPV, a disponibilidade de exames complementares diagnósticos e de tratamento de alta complexidade, o empenho dos profissionais, especialmente, os de enfermagem, o bom relacionamento interpessoal entre os profissionais e a satisfação profissional.

Para os componentes da RUE investigados, é necessário rever a falta de articulação, a descontinuidade da assistência, as atribuições de cada componente e o fluxo entre os serviços, a fim de possibilitar melhor qualidade na assistência aos usuários em

situação de urgência e emergência, de acordo com o que é normatizado na Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

Destaca-se como limitação deste estudo, a não inclusão de profissionais e gestores do componente UPA, devido à não anuência desse serviço em participar desta investigação, apesar de ter sido convidado.

Reforça-se a pertinência e a importância da realização de novos estudos acerca das dificuldades e facilidades para atuar em componentes da RUE, com vistas a contribuir com a superação dos desafios e, a alcançar melhorias na qualidade da assistência prestada.

Referências

ALMEIDA, P. M. V. DE et al. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 20, n. 2, p. 289–295, 2016.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes

habilitadas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 abr. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 25 jan. 2019.

CARVALHO, M.F.A.A.; COELHO, E.A.C.; OLIVEIRA, J.F.; ARAÚJO, R.T.; BARROS, A.R. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrity of care. *Rev Esc Enferm USP*, v. 51:e03295, p. 1-7, 2017.

CIELO, C.; CAMPONOGARA, S. PILLON, R.B.F. The communication in health care in an Urgency and Emergency unit: experience report. *J Nurs Health*, v.3, n. 2, p. 204-12. 2013.

CORDEIRO, F. J. C. et al. Acidentes ocupacionais com profissionais de enfermagem de um serviço de atenção domiciliar do interior paulista. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, v. 18:e1175, 2016.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 345-69, 2013

LAMOTHE, L. SYLVAIN, C.; SIT, V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. *Sante Publique*, v. 27(Supl. 1), p. 129-35, 2015.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.867-74, 2011.

LIMA, L.; PIRES, D.E.P.; FORTE, E.C.N.; MEDEIROS, F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014

LORO, M. M.; ZEITOUNE, R. C. G.; GUIDO, L. A.; SILVA, R. M.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Riscos ocupacionais e a saúde do trabalhador de enfermagem – buscando evidências. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 6, n. 4, p. 1610-21, 2014.

LORO, M. M.; ZEITOUNE, R.C.G.; GUIDO, L. D. A.; SILVEIRA, C. R.; SILVA, R.M. DA. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 20, n. 4, p. 1-8, 2016

LUCHTEMBERG, M.N.; PIRES, D.E.P. Trabalhar no SAMU: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um Estado da Região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Públ.*, v. 10, n. 1, p. 31-45, 2017.

MENDES, E.V. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MORAIS, A.S.; MELLEIRO, M.M. The quality of nursing care at an emergency unit: the patient's perception. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 15, n.1, p. 112-20, 2013.

NASCIMENTO, M. O.; ARAÚJO, J. F. Riscos Ocupacionais dos Profissionais de Enfermagem atuantes no SAMU 192. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v.10, n. 33, p. 212-23, 2017.

OLIVEIRA J.L.C.; GABRIEL, C.S.; FERTONANI, H.P.; Matsuda, L.M. Management changes resulting from hospital accreditation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.25:e2851, 2017.

SCOLARI, G.A.S.; RISSARDO, L.K.; BALDISSERA, V.D.; CARREIRA, L. Emergency care units and dimensions of accessibility to health care for the elderly Unidades de pronta atención y las dimensiones de acceso a la salud del anciano. *Rev Bras Enferm* [Internet]. v. 71(suppl 2), p. 864-70, 2018.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.12, n. 2, p. 291-8, 2008.

SILVA, L.A. da et al. Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde. *Rev. enferm. UERJ*, v.19, n.2, p.317-23, 2011.

SILVA, M.Z.N. da; ANDRADE, A.B. de; BOSI, M.L.M. Access and user embracement in prenatal care through the experiences of pregnant women in Primary Care. *Saúde Debate*, v. 38, n. 103, p. 805-16, 2014.

SIQUEIRA, J. E. de. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? SUS. *O Mundo da Saúde*, v. 37, n.1 p.56-64, 2013.

SOARES, E. P.; SCHERER, M.D.A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região centro-oeste. *Saúde debate* v. 39, n. 106, p. 616-26, 2015.

SOUSA, A. T.O. DE; SOUZA, E.R. DE. COSTA, I.C.P. Riscos ocupacionais no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: produção científica em periódicos online. *Revista Brasileira de ciências da Saúde*, v. 18, n. 2, p. 167-74, 2014.

SPAGNUOLO, R.S.; SILVA, M.N.L.; MENEGUIN, S.; BASSETTO, J.G.B.; FERNANDES, V.C. Percepção dos usuários sobre a triagem com classificação de risco em um serviço de urgência de cabo verde. *Rev Bras Promoç Saúde*, v. 30, n. 2, p. 249-54, 2017.

TORRES, S. F. DE S.; BELISÁRIO, S.A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais : um estudo de caso. *Saúde Soc.*, v.24, n.1, p.361-73, 2015.

UCHIMURA, L.Y.T.; VIANA, A. L. D'A. SILVA, H.P.; IBAÑEZ, N. Unidades de Pronto Atendimento (UPA's): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Debate*, v. 39, n. 107, p. 972-83, 2015.

XIMENES NETO, F.R.G. et al. Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na estratégia saúde da família. *SANARE*, v.15 n.01, p.47-54, 2016.

Contribuição das autoras:

Constâncio concebeu o estudo, coletou, analisou e discutiu os resultados e refinamento do artigo. Nery concebeu o estudo, contribuiu com o refinamento e a revisão final do artigo