

**COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE UMA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MUNICIPAL****UNDERSTANDING OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT A MUNICIPAL
URGENCY AND EMERGENCY NETWORK****COMPRESIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE UNA RED
MUNICIPAL DE EMERGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Iraneide Nascimento dos Santos¹, Regina Maria Lopes da Silva², Riva Karla Vieira da Silva³,
Ana Karla Tertuliano dos Santos⁴, Maria Ramona da Penha Carvalho⁵, Larissa Angélica Silva
Lima Lopes⁶, Rebeka Maria de Oliveira Melo do Canto⁷, Rayanna Thaís Pinheiro⁸, Fábria
Monique da Silva⁹

Como citar esse artigo: Santos IN, Silva RML, Silva RKV, Santos AKT, Carvalho MRP, Lopes LASL, Canto MOM, Pinheiro RT, Silva FM. Compreensão dos profissionais de saúde sobre uma rede de urgência e emergência municipal. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2022 [acesso em: ____]; 11(1):e202239. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v11i1.4760>

¹ Enfermeira, Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco, professora do IFPE IPOJUCA. Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, Califórnia, Ipojuca – PE.

² Cirurgiã-dentista, Mestre em Nutrição pela UFP. Supervisora do Pacs\Psf da Prefeitura do Recife, Diretora da Escola de Aperfeiçoamento da Fundação Odontológica Presidente Castello Branco, Professor Mestre da Faculdade Maurício de Nassau, Subchefe de Departamento de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco e Professor Adjunto IV da Universidade de Pernambuco. Regente da Disciplina de Saúde Coletiva da Fac. de Odontologia da UPE e Gerente de Estágios do Campus Camaragibe da UPE. Faculdade de Odontologia/UPE. Ipojuca-PE.

³ Psicóloga, Mestre em Práticas e inovação em saúde mental pela UPE, Coordenadora de saúde mental, álcool e drogas da Prefeitura Municipal de Paudalho, Supervisora Clínico-institucional, membro do grupo condutor da RAPS. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Ipojuca-PE.

⁴ Enfermeira - Faculdade de Enfermagem FENSG pela UPE, Mestre do Programa de Pós-Graduação do Mestrado associado em Enfermagem da UPE e da UEPB. Enfermeira Residente em Atenção Cardiovascular no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco- PROCAPE/UPE. Membro do grupo de Pesquisa GESAM (Grupo de estudos em Saúde da mulher). UPE e UEPB Ipojuca-PE.

⁵ Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família - FCM/UPE, Enfermeira na Unidade Básica de Saúde Francisco Medeiros Dantas, Paulista/PE. Secretaria Municipal de Paulista/PE Paulista-PE.

⁶ Enfermeira, Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Recife (COREMU IMIP). Recife-PE.

⁷ Cirurgiã-dentista, Mestre em Prótese Bucomaxilofacial e Odontologia do Esporte pela FOU SP. Bolsista do projeto de pesquisa e extensão PET - Redes com atuação em emergência no município de Camaragibe; Membro dos projetos de extensão Liga acadêmica de Ortodontia. Universidade de São Paulo (USP) São Paulo –SP.

⁸ Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade Redentor-IDE, Enfermeira residente em Cardiologia pelo Hospital Dom Helder Câmara-IMIP. Recife – PE.

⁹ Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco - UPE. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Fernando Figueira - IMIP. Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco - UPE. <https://orcid.org/0000-0003-2432-7668>

RESUMO

Objetivo: avaliar a compreensão dos profissionais de saúde sobre rede de urgência e emergência no município de Camaragibe-PE. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de natureza quantitativa, realizado no Centro de Especialidades Médicas de Camaragibe. Amostra com 255 profissionais. Coleta de dados por meio de questionário semi-estruturado e análise descritiva. **Resultados:** o quadro profissional apresentou, em sua maioria, 47,6% de enfermeiros e técnicos de enfermagem, 63,6% de mulheres, faixa etária entre 30-39 anos (30,1%), tempo de serviço de 1 a 5 anos (31,6%) e relacionamento ótimo (48,1%). Acerca do conhecimento sobre a rede de atenção à saúde, a maioria respondeu atuar no nível secundário (53,9%), serem necessários para existência do serviço de urgência os componentes fixo e móvel (77,7%), e não conhecer o plano municipal de urgência e emergência (73,8%). **Conclusão:** o estudo evidenciou déficit de conhecimento dos profissionais sobre o plano municipal de urgência e emergência de Camaragibe-PE. **Descritores:** Pessoal de Saúde; Emergências; Serviços Médicos de Emergência; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to assess the understanding of health professionals about the urgency and emergency network in the municipality of Camaragibe-PE. **Method:** descriptive, exploratory study of a quantitative nature, carried out at the Centro de Especialidades Médicas de Camaragibe. Sample with 255 professionals. Data collection through a semi-structured questionnaire and descriptive analysis. **Results:** the professional staff had mostly 47.6% nurses and nursing technicians, 63.6% women, aged between 30-39 years (30.1%), length of service from 1 to 5 years (31.6%) and great relationship (48.1%). Regarding knowledge about the health care network, the majority responded that they work at the secondary level (53.9%), that fixed and mobile components (77.7%) are necessary for the emergency service to exist, and that they do not know the plan emergency and emergency municipal services (73.8%). **Conclusion:** the study showed a lack of knowledge of professionals about the municipal plan of urgency and emergency of Camaragibe-PE. **Descriptors:** Health Personnel; Emergencies; Emergency Medical Services; Health Policy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la red de urgencia y emergencia en el municipio de Camaragibe-PE. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio de carácter cuantitativo, realizado en el Centro de Especialidades Médicas de Camaragibe. Muestra con 255 profesionales. Recolección de datos mediante cuestionario semiestructurado y análisis descriptivo. **Resultados:** la plantilla profesional estuvo compuesta en su mayoría por 47,6% enfermeras y técnicos de enfermería, 63,6% mujeres, edad entre 30-39 años (30,1%), antigüedad de 1 a 5 años (31,6%) y gran relación (48,1%). En cuanto al conocimiento sobre la red asistencial, la mayoría respondió que trabaja en el nivel secundario (53,9%), que los componentes fijos y móviles (77,7%) son necesarios para que exista el servicio de emergencia y que desconocen el plan de emergencia. y servicios municipales de emergencia (73,8%). **Conclusión:** el estudio mostró un desconocimiento de los profesionales sobre el plan municipal de urgencia y emergencia de Camaragibe-PE. **Descriptor:** Personal de Salud; Urgencias Médicas; Servicios Médicos de Urgencia; Política de Salud.

INTRODUÇÃO

Entende-se por emergência casos que exigem cuidados imediatos por haver risco iminente de morte. Já a urgência apresenta-se nas situações as quais há comprometimento da saúde, porém sem riscos imediatos, caso não seja tratada pode evoluir para complicações mais graves ou até mesmo fatais. Normalmente, as situações ora podem ser urgências ora emergências, variando conforme o atendimento e a abordagem inicial para estabilização do quadro.¹

Na rede de atenção à saúde os Serviços de Urgência e Emergência (SUE) são imprescindíveis e atuam como “portas abertas”. No entanto, essas unidades lidam com um cenário complexo e instável, que envolve diversos problemas de funcionamento, tais como: estrutura física inadequada, alta demanda de paciente, carência de material e pessoal, sobrecarga e longas jornadas de trabalho, o que pode impactar negativamente na saúde e interferir no desempenho do trabalho prestado pelos profissionais.^{2,3}

Conforme o Ministério da Saúde foi normatizada a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (PNAUeE) e posteriormente reformulada para Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS) pela

Portaria Nº 1.600 de 07 de julho de 2011, no qual o conceito estruturante a ser utilizado é a ampliação ao acesso e acolhimento aos casos agudos por meio da classificação de risco, possibilitando a resolução de seu problema ou transportando-o para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, sendo elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.⁴

Nessa concepção de fluxograma na integralidade da assistência, a demora do atendimento e o não acolhimento da demanda espontânea constituem fatores para uma baixa satisfação dos usuários, em especial o desconhecimento do fluxo do serviço, pois acarretam elevadas demandas e tempo de espera em algumas localidades, representando fatores dificultadores para o funcionamento das unidades de emergências em geral⁵. A identificação desses obstáculos e o desenvolvimento de estratégias a fim de minimizar os entraves na consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica dos profissionais da saúde permite que mudanças possam ser implementadas em prol de uma assistência holística e voltada para a melhoria na qualidade de vida da população. Contudo, ainda são escassas as

publicações relacionadas à temática e atenção secundária à saúde.⁶

Assim, objetivou-se avaliar a compreensão dos profissionais de saúde sobre rede de urgência e emergência no município de Camaragibe-PE. Também, caracterizar e identificar a relação dos trabalhadores de saúde, averiguar o conhecimento dos profissionais a respeito da RAUE do Sistema Único de Saúde (SUS) e Plano de Atendimento às Emergências (PAE), como caracterizar a estrutura, o modelo de prática e as condições de trabalho. Esta pesquisa foi desenvolvida pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes de Atenção, associado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) em parceria com o Ministério de Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, realizado nas três unidades que compõem a rede pública de Urgência e Emergência do município de Camaragibe-PE, sendo elas: Centro de Especialidades Médicas de Camaragibe - CEMEC, unidades Centro, Tabatinga e Vera Cruz. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2015.

Participaram do estudo 255 profissionais de saúde dos CEMECs, ativos e cadastrados na Secretaria de Saúde. Este número foi obtido a partir de fórmula para determinação da amostra com base na estimativa da proporção populacional e considerando nível de confiança de 95%. A proporção de funcionários dos CEMECs representou 21% do funcionalismo, considerando os 1393 funcionários da Secretaria de Saúde. Os critérios de inclusão foram: estar lotado na unidade referenciada no projeto e exercendo suas atividades laborais no período da coleta de dados. Enquanto os critérios de exclusão: estar afastado por motivos de saúde, estar envolvido na produção e ser autor, coautor ou orientador desta pesquisa.

Os profissionais de saúde autoperceberam um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores e baseado nos fundamentos preconizados pela literatura científica acerca do assunto. Foi dividido em duas sessões: a primeira continha variável referente ao perfil sociodemográfico dos profissionais (gênero, idade, profissão, tempo de serviço, formação profissional, titulação e local de trabalho); e segunda sessão foi pertinente à rede de apoio ao serviço de urgência e emergência, aos relacionamentos interprofissionais, à relação do profissional com o usuário, à

percepção sobre o SUS, PAE, fatores de risco no ambiente de trabalho, e, às doenças ocupacionais.

O instrumento de coleta de dados foi autopreenchido em cerca de 30 minutos nos serviços de saúde durante o horário de trabalho, colocado em um envelope lacrado e sem identificação, enquanto os TCLE voltaram em outro envelope não lacrado para garantir o sigilo e anonimato dos participantes. Cada trabalhador foi abordado por vez pelas autoras desta pesquisa, de modo que as respostas não fossem influenciadas, por isso o questionário foi respondido em um ambiente reservado, em um consultório sem atendimento ou área de repouso, que garantisse conforto e sigilo.

Os dados foram organizados de forma sistemática em uma planilha eletrônica, emparelhados e apresentados em tabelas com frequência relativa e absoluta. Para tanto, utilizou-se a estatística descritiva e o software Microsoft Excel.

Todos os princípios éticos e legais que regem a pesquisa em seres humanos foram obedecidos, preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12, mediante submissão e aprovação pelo comitê de ética da Universidade de Pernambuco, CAAE de número 47225615.4.0000.5192.

RESULTADOS

Ao caracterizar o perfil sociodemográficos dos pesquisados, detectou-se que a maioria dos profissionais de saúde dos CEMECs desempenha cargos de recepcionista, segurança, cozinheira e serviços gerais (41,3%), seguido de técnicos de enfermagem (31,1%), enfermeiros (16,5%), médicos (8,3%) e cirurgiões-dentistas (2,4%). Com predomínio da população feminina (63,6%), na faixa etária dos 30 a 39 anos (30,1%) e tempo de serviço de 1 a 5 anos (31,6%). A tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas da população estudada.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde dos Centros de Especialidades Médicas. Camaragibe, Pernambuco.

Variável	%
Profissões	
Médico	8,3

Cirurgião-dentista	2,4
Enfermeiro	16,5
Técnico de enfermagem	31,1
Outras	41,3
Não respondeu	0,4
Sexo	
Masculino	36,4
Feminino	63,6
Faixa etária	
20 a 29 anos	16,5
30 a 39 anos	30,1
40 a 49 anos	23,3
50 a 59 anos	18,9
> 60 anos	4,9
Não respondeu	6,3
Tempo de serviço	
< 1 ano	30
1 a 5 anos	31,6
6 a 10 anos	6,8
11 a 15 anos	3,9
16 a 20 anos	6,8
> 20 anos	3,9
Não respondeu	17

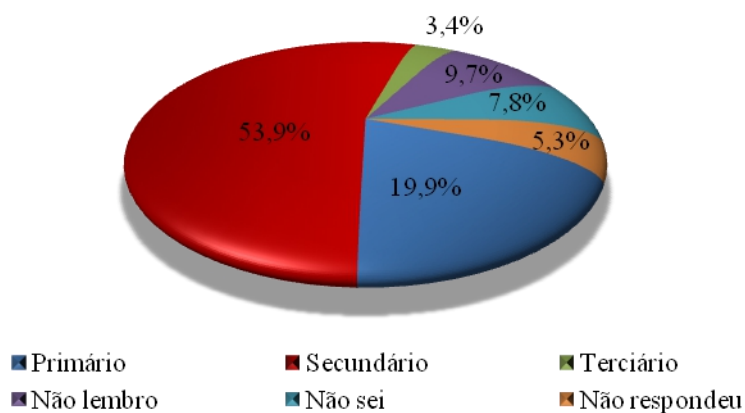
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A respeito da distribuição do conhecimento acerca do nível de atenção da unidade em que trabalha, o nível secundário (53,9%) representou o maior percentual de respostas dos participantes, seguido do primário (19,9%) e não lembro (9,7%) (Gráfico 1). Também, sobre os componentes necessários para existência

do serviço de Urgência, 77,7% responderam os componentes fixo e móvel, 10,2% fixo, 1,5% móvel, e o restante (10,4%) não lembrava ou não sabia ou não respondeu. E, no que tange o conhecimento sobre o Plano Municipal de Urgência e Emergência, 73,8% responderam negativamente.

Gráfico 1 - Distribuição percentual do conhecimento a respeito do nível de atenção da unidade em que trabalha. Camaragibe, Pernambuco.

Distribuição percentual do conhecimento a respeito do nível de atenção da unidade em que trabalha



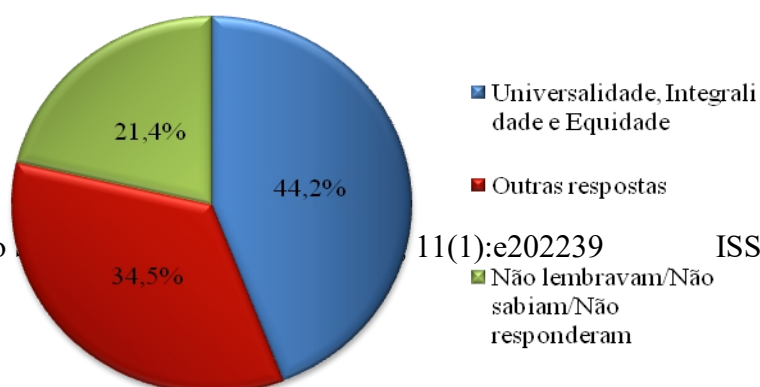
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Por fim, sobre o conhecimento a respeito da lei que regulamenta o SUS, a maioria dos respondentes (59,7%) assinalou a lei 8080 de 1990. O gráfico 2 apresenta a distribuição percentual sobre conhecimento a respeito dos princípios

doutrinários do SUS, a maioria relatou que universalidade, integralidade e equidade (44,2%), enquanto que outras respostas com cada item respondido separadamente (34,5%) também obteve valor relevante, e, não lembro ou não sei (21,4%).

Gráfico 2

Distribuição percentual sobre o conhecimento a respeito dos princípios doutrinários do SUS



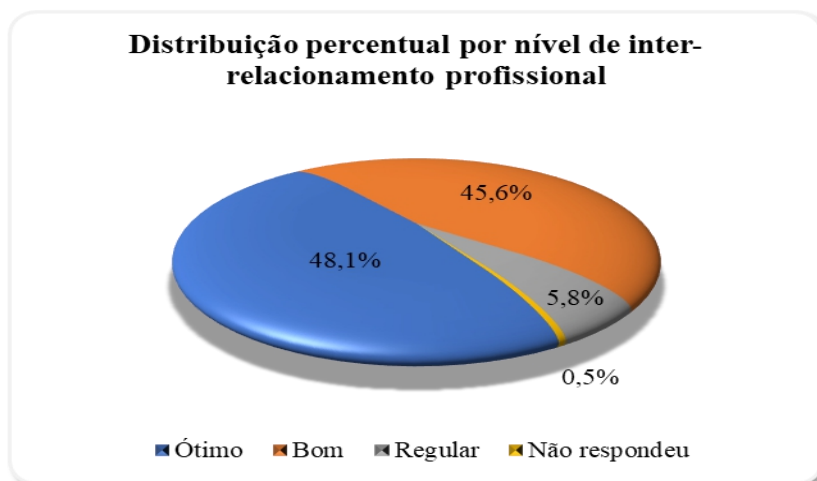
Distribuição percentual sobre o conhecimento a respeito dos princípios doutrinários do SUS. Camaragibe, Pernambuco.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No que diz respeito ao relacionamento interpessoal da equipe de saúde dentro do ambiente de trabalho, 48,1% dos profissionais consideraram o relacionamento ótimo (Gráfico 3). Como também, 65% dos participantes estão parcialmente satisfeitos com as condições

físicas do ambiente de trabalho, 17% totalmente satisfeito, 13,6% insatisfeito e 4,4% não respondeu; e, 56,8% sentem-se desvalorizados no trabalho, contra 38,8% que não exprimiram a mesma opinião e 4,4% não responderam.

Gráfico 3 - Distribuição percentual por nível de inter-relacionamento profissional. Camaragibe, Pernambuco.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A tabela 2 apresenta as principais doenças/tratamentos de saúde que motivaram o afastamento dos profissionais de saúde desse estudo, as doenças do

aparelho respiratório (19%) representaram a principal causa desse afastamento, logo após as cirurgias (12%) e conjuntivite (10%).

Tabela 2 - Doenças/Tratamentos de saúde que motivaram o afastamento dos profissionais de saúde. Camaragibe, Pernambuco.

Doenças	(%)
Doenças do aparelho respiratório	19
Cirurgias	12
Conjuntivite	10
Dor na coluna	6
Dengue	5
Entorse/luxação/fratura	5
Transtornos psicológicos	5
Doenças do aparelho geniturinário	5
Lesões por esforço repetitivo/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

DISCUSSÃO

Quanto aos dados de identificação, neste estudo observou-se um predomínio de mulheres (63,6%). Esta situação já era previsível em razão do aumento

progressivo da participação das mulheres no mercado de trabalho, frente ao acesso à educação, que levou à manutenção simultânea de duas frentes, uma voltada para o lar e outra para o trabalho externo,⁷ o que pode levar a sobrecarga de trabalho e

a problemas de saúde. No Brasil, as mulheres já representam metade da força de trabalho remunerada.⁸

Ainda, segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - IPE, nos cursos de graduação, enquanto os homens são a maior parte nas áreas ligadas a finanças, negócios e computação, as mulheres são maioria em áreas relacionadas ao cuidado e à assistência.⁹ Além do mais, em 2014, quanto à diferença no percentual de homens e mulheres em algumas dessas áreas, destacou-se a predominância de mulheres nos campos da saúde e bem-estar (76,6%).⁹ Adicionalmente, o presente estudo identificou no quadro de profissional da equipe de saúde do setor de emergência uma prevalência da enfermagem, 47,6% de enfermeiros e técnicos de enfermagem, revelando a predominância das mulheres em profissões direcionadas ao cuidado, o que pode ser explicado pelos estereótipos femininos socialmente construídos e absorvidos pelo mercado de trabalho.

Em relação à idade, verifica-se uma predominância da faixa etária entre 30 e 39 anos (30,1%), caracterizando uma amostra de adultos. Em concordância, estudo sobre a qualidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências em Maringá-PR, apresentou 50% dos profissionais também

entre 30 e 39 anos¹⁰. Este perfil de trabalhador encontra-se em sua fase de vida mais produtiva, sendo comum na área da saúde acumularem mais de um vínculo e jornadas de trabalho amplas.

Também, os participantes afirmaram possuir, em sua maioria, tempo de serviço de 1 e 5 anos (31,6%). As questões que cercam a relação entre tempo e vínculo no serviço público, e a qualidade estrutural das unidades de urgências e emergências, são complexas e se sobrepõem. Acrescenta-se que, existe entre os profissionais de ambientes hospitalares fragilidade do vínculo profissional em instituição pública e com a função que exerce diante da superlotação das unidades.¹¹ Este tipo de precarização do trabalho não deveria acontecer em nenhum tipo atividade, principalmente na área da saúde, pois é um ramo de prestação de serviços essenciais para a vida humana.

Após apresentar a caracterização da amostra, será discutido o conhecimento dos profissionais a respeito da RAUE do Sistema Único de Saúde (SUS) e Plano de Emergências. Primeiro, em relação à hierarquização do SUS, embora 53,9% da amostra tenham respondido nível secundário, faz-se necessário realizar a orientação desses profissionais acerca do assunto, pois 46,1% apresentaram respostas divergentes. É importante o

profissional da saúde conhecer em que nível de atenção sua unidade está inserida e o funcionamento das redes de atenção à saúde, porque atualmente compõem as formas de articulação com os diversos equipamentos de saúde para ocorrer o atendimento à população de forma humanizada e integrada, de acordo com os princípios do SUS.¹²

Cabe destacar que, de acordo com a portaria que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS⁴, a contratualização dos pontos de atenção, como a adoção de planos municipais, tem a função de monitorar e regionalizar o fluxograma nas redes de emergências de cada gestão, além de dispor dos componentes fixo e móvel como garantia de atendimento e direcionamento em um serviço hierarquizado e integrado ao SUS. Neste sentido, 77,7% dos entrevistados acertaram os componentes que constituem o serviço de urgência (fixo e móvel), porém, 73,9% desconhecem o plano de urgência e emergência municipal, logo, é mister a realização de educação permanente com os profissionais lotados nestas unidades para aquilatar o atendimento nas urgências.

Verificou-se no presente artigo que 59,7% dos participantes conhecem a lei 8080/90 de regulamentação do SUS.¹³ Esta

foi regulamentada em todo o território nacional por meio da Constituição Federal (CF) de 1988, com intuito de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, a partir da oferta de serviços na atenção primária, secundária e terciária.

Ainda sobre o conhecimento a respeito do SUS, verificou-se que apenas 44,2% conhecia as diretrizes doutrinárias de universalidade, equidade e integralidade, os demais responderam não lembro ou não sei (21,4%) ou outras respostas (34,4%). Nessa perspectiva, os resultados obtidos demonstram um conhecimento insipiente sobre o SUS por parte dos servidores dos serviços de urgência e emergência de Camaragibe, sendo relevante a implementação de ações educativas referentes às políticas do SUS.

A partir disso, do real entendimento do que é o SUS e como funciona a atenção à saúde em rede por parte dos profissionais de saúde que atuam no nível secundário de saúde, sob a ótica de uma visão mais abrangente do sujeito, do coletivo ao individual, considerando as suas necessidades em saúde e condições de vida, será possível existirem ações e serviços que respondam às demandas da população. Este profissional também poderá orientar a população sobre os seus direitos; para que

haja a defesa por uma sociedade mais igualitária, solidária e participativa.¹⁴

Outrossim, busca-se direitos iguais e condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde, pois estas últimas, quando são precárias, podem favorecer o adoecimento físico e mental dos trabalhadores.

Não só isso, mas as pressões e condições físicas do trabalho podem influenciar na dimensão relacional, caracterizada pelo modo como as pessoas realizam suas atividades, pois, a vivência diária deste trabalho, sua organização, planejamento e execução estão atrelados às relações estabelecidas entre os pares.¹⁵ Neste estudo a maioria dos participantes considerou o relacionamento interpessoal ótimo (48,1%) e bom (45,6%), como também, está parcialmente (65%) e totalmente satisfeitos (17%) com as condições físicas do ambiente do trabalho.

Apesar de se sentirem satisfeitos no ambiente laboral, 58,4% dos participantes sentem-se desvalorizados profissionalmente. A desvalorização somada à precarização do trabalho, às inovações tecnológicas e à iminência da perda do emprego, pode repercutir negativamente na saúde, e, por conseguinte, nos índices de absenteísmo, a exemplo das doenças psíquicas.¹⁶

Quando interrogados sobre quais doenças/tratamentos de saúde teriam motivado o afastamento do trabalho, em qualquer época da atividade laboral, os problemas mais citados pelos profissionais foram: doenças do aparelho respiratório (19%), cirurgias (12%), conjuntivite (10%), dor na coluna (6%) e dengue, entorse/luxação/fratura, transtornos psicológicos, doenças do aparelho geniturinário e do sistema osteomuscular (5%). As exposições ocupacionais e ambientais podem contribuir para o desenvolvimento e progressão da maioria das doenças respiratórias, mas seu impacto é pouquíssimo reconhecido na prática clínica, por isso, existe a necessidade de avaliar os fatores contribuintes ocupacionais e ambientais, e estabelecer medidas de prevenção à exposição dos profissionais que cuidam de pacientes com doenças respiratórias.¹⁷

Ademais, sobre ter adoecido por causa do trabalho, 30,2% dos participantes acreditavam que o ambiente laboral poderia ter relação com alguma doença que eles teriam adquirido. Logo, mesmo que o modo de produção e de organização do trabalho incidente sobre a saúde dos indivíduos não cause necessariamente acidente ou doença, diante de um ritmo intenso de trabalho, exigência de produtividade, multifuncionalidade, perda

de autonomia, longas jornadas, baixos salários, entre outros, estabelece-se a desumanização do trabalhador,¹⁸ gerando fadiga, desmotivação e ausência no trabalho.

Vale salientar que, para prevenir o absenteísmo e o adoecimento, e por conseguinte, contribuir para a satisfação das necessidades humanas dos profissionais de saúde, deve-se conhecer seus fatores de risco laborais, a saber: condições de trabalho inadequadas, longas jornadas de trabalho, exposição a agentes potencialmente perigosos (quimioterápicos, antibióticos, desinfetantes, esterilizantes, gases anestésicos, sangue e secreções), riscos ergonômicos (movimentação e transporte de pacientes e cargas, inadequação da área física e dos instrumentos para o desenvolvimento das atividades, movimentos repetitivos, posturas estereotipadas), riscos psíquicos (tensão, estresse, violência, sofrimento e morte dos pacientes), sobreposição de atividades (múltiplas tarefas, organização ineficaz do trabalho), além dos fatores externos ao trabalho.¹⁹

Ainda, os estudos das ausências motivadas por doença, que são imprescindíveis na esfera do funcionalismo público, em virtude do número crescente de afastamentos por licença médica e de dias não trabalhados. Os trabalhadores da

saúde estão entre a categoria profissional mais exposta ao afastamento, sobretudo, os que atuam em instituições hospitalares.²⁰ Portanto, diante do exposto, é importante se fomentar debates referentes às condições de trabalho que afetam a saúde da equipe de enfermagem e da equipe médica, assim como a elaboração de políticas voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde dessa população. Entende-se que sua análise e compreensão poderão reduzir seus impactos organizacionais e contribuir para a qualidade e efetividade da assistência prestada nos hospitais, interferindo positivamente no ambiente laboral.²⁰

CONCLUSÃO

Este estudo que avaliou a compreensão dos Profissionais de Saúde da Rede de Urgência e Emergência do Município de Camaragibe, revelou, majoritariamente, uma amostra feminina, composta de adultos, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, e tempo de serviço de 1 a 5 anos. O curto período de tempo de atuação no serviço pode justificar o déficit de conhecimento dos trabalhadores a respeito da rede de saúde municipal, pois os funcionários dos CEMECs em sua totalidade nem

conheciam os princípios doutrinários do SUS e nem o Plano de Urgência e Emergência Municipal.

Nesse contexto, é importante fazer educação permanente com os profissionais de saúde sobre a rede de atenção à saúde do município de Camaragibe, em especial, sobre os serviços de urgência e emergência, além da realização de reuniões de equipe para o planejamento de ações e o fortalecimento da prática profissional. Como também, implementar políticas de valorização dos servidores públicos municipais com o fim de prover melhorias na atenção integral da saúde do trabalhador que repercutirá no bem-estar e na qualidade do serviço prestado por eles, visto que mais da metade dos participantes deste estudo sentem-se desvalorizados profissionalmente.

Como fatores limitantes do estudo, considera-se a representação do cenário das unidades de emergência do município de Camaragibe, ressaltando-se a necessidade da realização de novas pesquisas sobre a temática, de natureza qualitativa, com o pessoal de saúde em nível estadual e nacional.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a todos os sujeitos participantes da pesquisa, pois foram de

grande importância para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Souza LMM. Suporte básico à vida. São Paulo: Érica; 2014. 152p.
2. Souza JD, Pessoa-Júnior JM, Miranda FAN. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2017 [citado em 21 maio 2018]; 4(12):107-16. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1125&codigo=
3. Soares SGC, Gomes MRS, Araújo MO. Relação entre condições de trabalho e saúde do enfermeiro emergencista. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2020 [citado em 21 jul 2021]; 9(2):95-110. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v9i2.3553>
4. Ministério da Saúde (Brasil). 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 05 abr 2022]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
5. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 Apr/Jun [citado em 13 jun 2021]; 22(65):387-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>
6. Ferro D, Zacharias FCM, Fabriz LA, Schonholzer TE, Valente SH, Barbosa SM, et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência:

- implicações na assistência. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 20 jun 2021]; 31(4):399-408. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800056>
7. Barros SCDV, Mourão L. Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. *Psicol Soc.* [Internet]. 2018 [citado em 03 jun 2021]; 30:e174090. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174090>
 8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PME - Pesquisa Mensal de Emprego [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado em 30 maio 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9180-pesquisa-mensal-de-emprego.html?=&t=destaques>
 9. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2014 – Notas Estatísticas [Internet]. Brasília, DF: INEP; 2015 [citado em 18 jun 2021]. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2015/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2014.pdf
 10. Garçon TL, Pupulim JSL. Qualidade do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência na perspectiva dos profissionais. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2017 out/dez [citado em 30 jun 2021]; 16(4):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.37306>
 11. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2008 out [citado em 06 jun 2021]; 13:1637-48. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDJdjXfkJbb3cx879kMkXx/?lang=pt>
 12. Bittencourt CS, Ataíde MA. As redes de atenção à saúde em urgência e emergência e sua efetividade nas redes intersetoriais no distrito de Ermelino Matarazzo. *Serviço Social e Saúde* [Internet]. 2019 [citado em 6 ago 2021]; 18:e019004. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8656815>
 13. Presidência da República (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 [Internet]. D.O.U., Brasília, 20 set 1990 [citado em 06 abr 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
 14. Viegas SMFP, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 jan [citado em 6 ago 2021]; 18(1):181-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HGwSMhK9Gmn8XbRXDcFWYCz/?lang=pt>
 15. Duarte FS, Mendes AMB. Da escravidão a servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica do trabalho no Brasil. *Farol: Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade* [Internet]. 2015 abr [citado em 4 jun 2021]; 2(3):71-134. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/2579/1519>
 16. Melo CF, Cavalcante AKS, Façanha KQ. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2019 [citado em 6 ago 2021]; 17(2):e0020132. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HPT6S5QXZrFjWRWQgRVXZPQ/?lang=pt>
 17. James E, Linde B, Redlich CA. Master Clinician and Public Health Practitioner: Selected Occupational and Environmental Pulmonary Cases. *Clin Chest Med.* [Internet]. 2020 Dec [citado em 6 ago 2021]; 50(6):1153-1163. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596320301322>

em 6 agosto 2021]; 41(4):567-80.

Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.ccm.2020.08.019>

18. Carreiro GSP, Filha MDOF, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. Rev Eletrônica Enferm. [Internet]. 2013 jan/mar [citado em 4 ago 2021]; 15(1):146-55. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14084/15532>
19. Santos M, Almeida A. Profissionais de saúde: principais riscos e fatores de risco, eventuais doenças profissionais e medidas de proteção recomendadas. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line [Internet]. 2016 [citado em 8 ago 2021]; 2:28-52. Disponível em: <https://www.rpso.pt/profissionais-de-saude-principais-riscos-e-factores-de-risco-eventuais-doencas-profissionais-e-medidas-de-protecao-recomendadas/>
20. Rocha FP, Saito CA, Pinto TCNO. Absenteísmo-doença entre profissionais de saúde de um hospital público estadual em São Paul. Rev Bras Med Trab. [Internet]. 2019 [citado em 4 ago 2021]; 17(3):355-62. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v17n3a09.pdf>

RECEBIDO: 06/07/20

APROVADO: 17/12/21

PUBLICADO: 04/22