

COMPRESIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE UNA RED MUNICIPAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE UMA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MUNICIPAL

UNDERSTANDING OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT A MUNICIPAL URGENCY AND EMERGENCY NETWORK

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

Cómo citar este artículo: Santos IN, Silva RML, Silva RKV, Santos AKT, Carvalho MRP, Lopes LASL, Canto MOM, Pinheiro RT, Silva FM. Comprensión de los profesionales de la salud sobre una red municipal de urgencias y emergencias. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2022 [consultado en: ____]; 11(1):e202239. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v11i1.4760>

¹ Enfermera, Máster en Patología por la Universidad Federal de Pernambuco, profesora del IFPE IPOJUCA. Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, California, Ipojuca - PE.

² Odontólogo, Máster en Nutrición por la UFP. Supervisor de Pacs\Psf de la Municipalidad de Recife, Director de la Escola de Aperfeiçoamento de la Fundação Odontológica Presidente Castello Branco, Profesor Maestro de la Faculdade Maurício de Nassau, Subdirector del Departamento de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Pernambuco y Adjunto Profesor IV de la Universidad de Pernambuco. Regente de la Disciplina de Salud Pública de la Fac. de Odontología de la UPE y Gerente de Pasantía en el Campus Camaragibe de la UPE. Facultad de Odontología/UPE. Ipojuca-PE.

³ Psicóloga, Maestra en Prácticas e Innovación en Salud Mental por la UPE, Coordinadora de Salud Mental, Alcohol y Drogas del Municipio de Paudalho, Supervisora Clínico-Institucional, integrante del grupo de dirección de la RAPS. Departamento de Salud del Estado de Pernambuco. Ipojuca-PE.

⁴ Enfermera - Facultad de Enfermería FENSG por la UPE, Maestra del Programa de Posgrado de las Maestrías Asociadas en Enfermería de la UPE y UEPB. Enfermera Residente en Cuidados Cardiovasculares en el Servicio de Urgencias Cardiológicas de Pernambuco - PROCAPE/UPE. Miembro del Grupo de Investigación GESAM (Grupo de Estudio de Salud de la Mujer). UPE y UEPB Ipojuca-PE.

⁵ Enfermera, Especialista en Salud de la Familia por el Programa de Residencia Multiprofesional Integrada en Salud de la Familia - FCM/UPE, Enfermera de la Unidad Básica de Salud Francisco Medeiros Dantas, Paulista/PE. Secretario Municipal de Paulista/PE Paulista-PE.

⁶ Enfermera, Especialista por el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia de la Secretaría de Salud de Recife (COREMU IMIP). Recife PE.

⁷ Cirujano Dentista, Magíster en Prótesis Oral y Maxilofacial y Odontología Deportiva por la FOUSP. Becaria del proyecto de investigación y extensión PET - Redes con acción de emergencia en el municipio de Camaragibe; Miembro de los proyectos de extensión Liga Académica de Ortodoncia. Universidad de São Paulo (USP) São Paulo -SP.

⁸ Enfermera, Especialista en Enfermería de Urgencias y Emergencias de la Faculdade Redentor-IDE, Enfermera Residente de Cardiología del Hospital Dom Helder Câmara-IMIP. Recife PE.

⁹ Enfermera graduada en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pernambuco - UPE. Especialista en Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Fernando Figueira - IMIP. Escuela de Enfermería de la Universidad de Pernambuco - UPE. <https://orcid.org/0000-0003-2432-7668>

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.

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.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por emergencia los casos que requieren atención inmediata por existir riesgo inminente de muerte. La urgencia, en cambio, se presenta en situaciones en las que la salud está comprometida, pero sin riesgos inmediatos, si no se trata, puede progresar a complicaciones más graves o incluso fatales. Normalmente, las situaciones pueden ser en ocasiones urgencias o emergencias, variando según los cuidados y el abordaje inicial para estabilizar el cuadro.¹

En la red asistencial, los Servicios de Urgencias y Emergencias (SUE) son imprescindibles y actúan como “puertas abiertas”. Sin embargo, estas unidades enfrentan un escenario complejo e inestable, que involucra varios problemas operativos, tales como: estructura física inadecuada, alta demanda de pacientes, falta de material y personal, sobrecarga y jornadas laborales prolongadas, que pueden impactar negativamente en la salud e interferir en la ejecución de los trabajos proporcionados por profesionales.^{2,3}

Según el Ministerio de Salud, la Política Nacional de Atención de Urgencias y Emergencias (PNAUeE) fue homologada y posteriormente reformulada en la Red de Atención de Emergencias del

Sistema Único de Salud (SUS) por el Decreto N° 1.600 del 7 de julio de 2011, en el cual se El concepto estructurante a utilizar es la ampliación del acceso y la recepción de casos agudos a través de la clasificación de riesgo, posibilitando la resolución de su problema o transportándolo a un servicio más complejo, dentro de un sistema jerárquico y regulado, siendo eslabones de una red para el sostenimiento de la vida en niveles crecientes de complejidad y responsabilidad.⁴

En esta concepción de diagrama de flujo en la integralidad de la atención, la demora en la atención y la no aceptación de la demanda espontánea son factores para la baja satisfacción de los usuarios, especialmente la falta de conocimiento del flujo del servicio, ya que conducen a altas demandas y tiempo de espera en algunos. ubicaciones, que representan factores que complican el funcionamiento de las unidades de emergencia en general.⁵ La identificación de estos obstáculos y el desarrollo de estrategias para minimizar los obstáculos en la consolidación de la Red de Atención de Urgencias y Emergencias (RAUE) del Sistema Único de Salud (SUS) desde la perspectiva de los profesionales de la salud permite implementar cambios en una asistencia integral y dirigida a mejorar la calidad de vida de la población.

Sin embargo, las publicaciones relacionadas con el tema y la atención secundaria de salud aún son escasas.⁶

Así, el objetivo era evaluar la comprensión de los profesionales de la salud sobre la red de urgencia y emergencia en la ciudad de Camaragibe-PE. También, 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 condiciones de trabajo. Esta investigación fue desarrollada por el Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Saúde) Redes de Atenção, asociado al Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pró-Saúde) en colaboración con el Ministerio de la Salud.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de carácter cuantitativo, realizado en las tres unidades que componen la red pública de Urgencias y Emergencias del municipio de Camaragibe-PE, a saber: Centro de Especialidades Médicas de Camaragibe - CEMEC, Unidades Centro, Tabatinga y

Veracruz. Los datos fueron recolectados en el segundo semestre de 2015.

Participaron del estudio 255 profesionales de la salud de los CEMEC, activos y registrados en la Secretaría de Salud. Este número se obtuvo de la fórmula para la determinación de la muestra a partir de la estimación de la proporción poblacional y considerando un nivel de confianza del 95%. La proporción de empleados de los CEMEC representó el 21% de la función pública, considerando los 1393 empleados del Ministerio de Salud. Los criterios de inclusión fueron: estar trabajando en la unidad referenciada en el proyecto y realizando sus actividades laborales durante el período de recolección de datos. Mientras que los criterios de exclusión: ausencia por motivos de salud, participar en la producción y ser autor, coautor o asesor de esta investigación.

Los profesionales de la salud autocompletaron un pruebaestudio semiestructurado desarrollado por los investigadores y basado en los fundamentos recomendados por la literatura científica sobre el tema. Se dividió en dos sesiones: la primera contenía una variable referente al perfil sociodemográfico de los profesionales (género, edad, profesión, antigüedad, formación profesional, título y lugar de

trabajo); y la segunda sesión fue relevante a la red de apoyo de los servicios de urgencia y emergencia, a las relaciones interprofesionales, a la relación del profesional con el usuario, a la percepción del SUS, PAE, factores de riesgo en el ambiente de trabajo y enfermedades profesionales.

El instrumento de recolección de datos fue autodilucidado en aproximadamente 30 minutos en los servicios de salud en horario laboral, colocado en sobre cerrado y no identificado, mientras que el consentimiento informado fue devuelto en otro sobre no cerrado para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Cada trabajador fue abordado en turno por los autores de esta investigación, para que las respuestas no fueran influenciadas, por lo que el cuestionario fue respondido en un ambiente reservado, en una oficina sin atención ni área de descanso, lo que garantizaría comodidad y confidencialidad.

Los datos fueron organizados sistemáticamente en una hoja de cálculo electrónica, emparejados y presentados en tablas con frecuencia relativa y absoluta.

Para ello se utilizó estadística descriptiva y el software Microsoft Excel.

Se cumplieron todos los principios éticos y legales que rigen la investigación en seres humanos, recomendados en la Resolución del Consejo Nacional de Salud n° 466/12, previa presentación y aprobación del comité de ética de la Universidad de Pernambuco, CAAE n° 47225615.4.0000.5192.

RESULTADOS

Al caracterizar el perfil sociodemográfico de los encuestados, se encontró que la mayoría de los profesionales de salud de los CEMEC se desempeñan en cargos de recepcionista, seguridad, cocinero y servicios generales (41,3%), seguidos por técnicos de enfermería (31,1%), enfermeros (16,5%), médicos (8,3%) y dentistas (2,4%). Con predominio de la población femenina (63,6%), edad entre 30 y 39 años (30,1%) y antigüedad de 1 a 5 años (31,6%). La Tabla 1 presenta las principales características sociodemográficas de la población estudiada.

Tabla 1- Variables sociodemográficas de los profesionales de la salud de los Centros de Especialidades Médicas. Camaragibe, Pernambuco.

Variable	%
Profesiones	
Médico	8.3
Cirujano dentista	2.4
Enfermero	16.5
Técnico de enfermería	31.1
Otros	41.3
No respondió	0.4
Sexo	
Masculino	36.4
Femenino	63.6
Grupo de edad	
20 a 29 años	16.5
30 a 39 años	30.1
40 a 49 años	23.3
50 a 59 años	18.9
> 60 años	4.9
No respondió	6.3
Tiempo de servicio	
< 1 año	30
1 a 5 años	31.6
6 a 10 años	6.8
11 a 15 años	3.9
16 a 20 años	6.8
> 20 años	3.9
No respondió	17

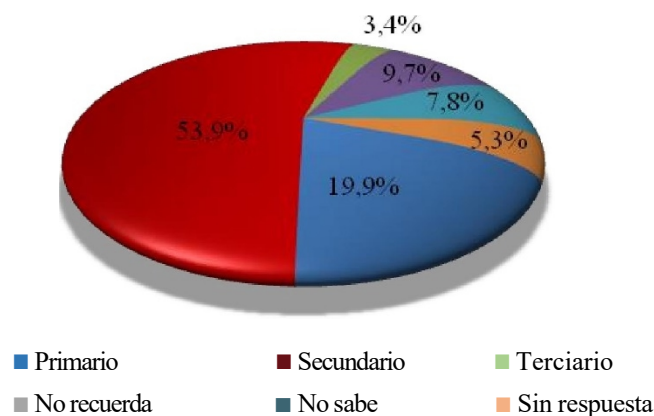
Fuente: Datos de la encuesta, 2015.

Acerca de En la distribución del conocimiento sobre el nivel de atención en la unidad donde laboran, el nivel secundario (53,9%) representó el mayor porcentaje de respuestas de los participantes, seguido del primario (19,9%) y no recuerdo (9,7%). (Gráfico 1). Asimismo, sobre los componentes

necesarios para la existencia del servicio de emergencia, el 77,7% respondió los componentes fijo y móvil, el 10,2% fijo, el 1,5% móvil, y el resto (10,4%) no recordaba o no sabía o no respondía. Y, en cuanto al conocimiento sobre el Plan Municipal de Urgencias y Emergencias, el 73,8% respondió negativamente.

Gráfico 1- Distribución porcentual del conocimiento sobre el nivel de atención en la unidad donde trabaja. Camaragibe, Pernambuco.

Distribución porcentual del conocimiento sobre el nivel de atención en la unidad donde trabaja



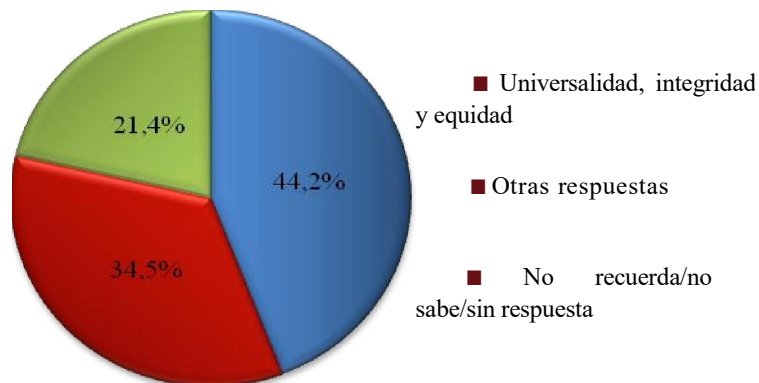
Fuente: Datos de la encuesta, 2015.

Finalmente, en cuanto al conocimiento sobre la ley que regula el SUS, la mayoría de los encuestados (59,7%) indicó la ley 8080 de 1990. El gráfico 2 muestra la distribución porcentual del conocimiento sobre los

principios doctrinales del SUS, la mayoría informó que universalidad, integralidad y equidad (44,2%), mientras que otras respuestas con cada ítem respondido por separado (34,5%) también obtuvieron valor relevante, y, No recuerdo o no sé (21,4%).

Gráfico 2 -Distribución porcentual sobre el conocimiento de los principios doctrinales del SUS. Camaragibe, Pernambuco.

Distribución porcentual sobre el conocimiento de los principios doctrinales del SUS



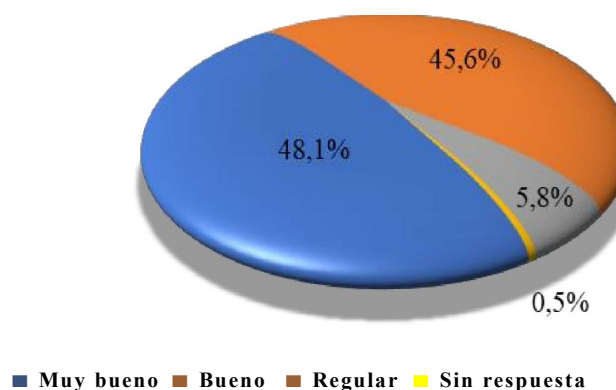
Fuente: Datos de la encuesta, 2015.

Con respecto a la relación interpersonal del equipo de salud en el ambiente de trabajo, 48,1% de los profesionales consideró la relación óptima (Gráfico 3). Asimismo, el 65% de los participantes está parcialmente satisfecho con las condiciones físicas del ambiente de

trabajo, el 17% totalmente satisfecho, el 13,6% insatisfecho y el 4,4% no respondió; y el 56,8% se siente infravalorado en el trabajo, frente al 38,8% que no expresó la misma opinión y el 4,4% no respondió.

Gráfico 3 -Distribución porcentual por nivel de interrelación profesional. Camaragibe, Pernambuco.

Distribución porcentual por nivel de interrelación profesional



Fuente: Datos de la encuesta, 2015.

La Tabla 2 presenta las principales enfermedades/tratamientos de salud que llevaron a la salida de los profesionales de la salud de este estudio, las enfermedades

del aparato respiratorio (19%) fueron la principal causa de esa ausencia, seguidas de cirugías (12%) y conjuntivitis (10%).

Tabla 2 -Enfermedades/Tratamientos de salud que dieron lugar a la baja de profesionales sanitarios. Camaragibe, Pernambuco.

Enfermedades	(%)
Enfermedades del sistema respiratorio	19
Cirugías	12
Conjuntivitis	10
Dolor en la columna	6
Dengue	5
Esguince/dislocación/fractura	5
Desórdenes psicológicos	5
Enfermedades del aparato genitourinario	5
Lesiones por esfuerzos repetitivos/trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo	5

Fuente: Datos de la encuesta, 2015.

DISCUSIÓN

En cuanto a los datos de identificación, en este estudio hubo

predominio de mujeres (63,6%). Esta situación ya era previsible debido al progresivo aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral, de cara al

acceso a la educación, lo que llevó al mantenimiento simultáneo de dos frentes, uno enfocado al hogar y otro al trabajo externo⁷, que pueden conducir a sobrecarga de trabajo y problemas de salud. En Brasil, las mujeres ya representan la mitad de la fuerza laboral remunerada.⁸

También, según el Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - IPE, en los cursos de graduación, mientras los hombres son mayoría en áreas relacionadas con finanzas, negocios e informática, las mujeres son mayoría en áreas relacionadas con cuidados y asistencia.⁹ Además, en 2014, en cuanto a la diferencia en el porcentaje de hombres y mujeres en algunas de estas áreas, hubo un predominio de mujeres en los campos de la salud y el bienestar (76,6%).⁹ Adicionalmente, el presente estudio identificó en la personal profesional del equipo de salud en el sector de urgencias, prevaleció la enfermería, 47,6% de enfermeros y técnicos de enfermería, revelando el predominio de la mujer en las profesiones dirigidas al cuidado, lo que puede ser explicado por los estereotipos femeninos socialmente construidos y absorbidos por el trabajo mercado.

En cuanto a la edad, hay predominio del grupo etario entre 30 y 39 años (30,1%), caracterizando una muestra

de adultos. De acuerdo, un estudio sobre la calidad del Servicio de Atención Móvil de Emergencia en Maringá-PR, presentó 50% de profesionales también entre 30 y 39 años.¹⁰ Este perfil de trabajador se encuentra en su fase más productiva de la vida, y es común en el área de la salud acumular más de un vínculo y largas jornadas laborales.

Asimismo, los participantes afirmaron tener, en su mayoría, 1 y 5 años de servicio (31,6%). Las cuestiones que rodean la relación entre el tiempo y el empleo en el servicio público, y la calidad estructural de las unidades de urgencia y emergencia, son complejas y superpuestas. Cabe agregar que, entre los profesionales del ámbito hospitalario, existe una fragilidad del vínculo profesional en una institución pública y con la función que desempeñan frente a la masificación de las unidades.¹¹ Este tipo de precariedad laboral no debe ocurrir. en cualquier tipo de actividad, especialmente en el área de la salud, por ser una rama de servicios esenciales para la vida humana.

Luego de presentar la caracterización de la muestra, se discutirá el conocimiento de los profesionales sobre la RAU del Sistema Único de Salud (SUS) y del Plan de Emergencia. primero y En relación a la jerarquía del SUS, aunque el 53,9% de la muestra respondió a un nivel secundario,

es necesario orientar a estos profesionales sobre el tema, ya que el 46,1% tuvo respuestas divergentes. Es importante que el profesional de la salud conozca el nivel de atención en el que se inserta su unidad y el funcionamiento de las redes de atención en salud, pues actualmente constituyen las formas de articulación con los diversos equipos de salud para brindar atención a la población de manera forma humanizada e integrada, según los principios del SUS.¹²

Cabe señalar que, según la ordenanza que reformula la Política Nacional de Atención de Emergencias e instituye la Red de Atención a Emergencias en el SUS⁴, la contratación de puntos de atención, como la adopción de planes municipales, tiene la función de monitorear y regionalizar el organigrama en las redes de emergencia de cada gerencia, además de contar con componentes fijos y móviles como garantía de servicio y orientación en forma jerárquica, servicio e integrado al SUS. En este sentido, el 77,7% de los entrevistados corrigió los componentes que constituyen el servicio de emergencia (fijo y móvil), sin embargo, el 73,9% desconoce el plan municipal de urgencias y emergencias, por lo que es necesario realizar una educación permanente con los profesionales destacados en estas unidades para evaluar la atención de emergencia.

Se constató en este artículo que el 59,7% de los participantes conocen la ley 8080/90 de regulación del SUS.¹³ Esto fue regulado en todos los territorios nacionales a través de la Constitución Federal (CF) de 1988, con el objetivo de cambiar la situación de desigualdad en la atención de la salud de la población, haciendo obligatorio el servicio público para cualquier ciudadano, desde la oferta de servicios en la atención primaria, secundaria y terciaria.

Todavía sobre el conocimiento sobre el SUS, se constató que solo el 44,2 % conocía las directrices doctrinales de universalidad, equidad e integralidad, los demás respondieron no recuerdo o no sé (21,4 %) u otras respuestas (34,4 %). En esa perspectiva, los resultados obtenidos demuestran un conocimiento incipiente sobre el SUS por parte de los servidores de los servicios de urgencia y emergencia de Camaragibe, siendo relevante la implementación de acciones educativas relacionadas con las políticas del SUS.

A partir de ahí, la comprensión real de lo que es el SUS y cómo funciona la atención en salud en la red por parte de los profesionales de la salud que actúan en el nivel secundario de salud, en la perspectiva de una visión más amplia del sujeto, de lo colectivo a lo individual, considerando sus necesidades de salud y condiciones de vida,

será posible contar con acciones y servicios que respondan a las demandas de la población. Este profesional también podrá orientar a la población sobre sus derechos; para que se defiendan una sociedad más igualitaria, solidaria y participativa.¹⁴

Además, se busca la igualdad de derechos y condiciones de trabajo adecuadas para los profesionales de la salud, ya que estas últimas, cuando son precarias, pueden favorecer la enfermedad física y mental de los trabajadores.

No sólo eso, sino que las presiones y condiciones físicas del trabajo pueden influir en la dimensión relacional, caracterizada por la forma en que las personas realizan sus actividades, ya que la vivencia cotidiana de este trabajo, su organización, planificación y ejecución están ligadas a las relaciones que se establecen entre pares.¹⁵ En este estudio la mayoría de los participantes considero excelentes (48,1%) y buenas (45,6%) relaciones interpersonales, además de estar parcialmente (65%) y totalmente satisfecho (17%) con las condiciones físicas del ambiente de trabajo.

A pesar de sentirse satisfecho en el ambiente laboral, el 58,4% de los participantes se siente infravalorado profesionalmente. La devaluación, sumada a la precariedad del trabajo, las

innovaciones tecnológicas y la inminencia de la pérdida del empleo, puede tener un impacto negativo en la salud y, por ende, en las tasas de ausentismo, como las enfermedades mentales.¹⁶

Ante la pregunta sobre qué enfermedades/tratamientos de salud habrían motivado la ausencia del trabajo, en cualquier momento de la actividad laboral, los problemas más citados por los profesionales fueron: enfermedades respiratorias (19%), cirugías (12%), conjuntivitis (10%), espalda dolor (6%) y dengue, esguince/luxación/fractura, trastornos psicológicos, enfermedades del aparato genitourinario y aparato locomotor (5%). Las exposiciones ocupacionales y ambientales pueden contribuir al desarrollo y progresión de la mayoría de las enfermedades respiratorias, pero su impacto es poco reconocido en la práctica clínica, por lo que existe la necesidad de evaluar los factores contribuyentes ocupacionales y ambientales y establecer medidas para prevenir la exposición de los profesionales que atienden a pacientes con enfermedades respiratorias.¹⁷

Además, acerca de haber enfermado a causa del trabajo, el 30,2% de los participantes creía que el ambiente laboral podría estar relacionado con alguna enfermedad que habría adquirido. Por lo tanto, si bien la forma de producción y

organización del trabajo incide en la salud de los individuos no necesariamente provoca accidentes o enfermedades, ante un ritmo intenso de trabajo, demanda de productividad, multifuncionalidad, pérdida de autonomía, jornadas prolongadas, salarios bajos, entre otros, se establece la deshumanización del trabajador¹⁸, generando cansancio, desmotivación y ausentismo laboral.

Vale la pena señalar que, para prevenir el ausentismo y la enfermedad, y por lo tanto contribuir a la satisfacción de las necesidades humanas de los profesionales de la salud, se debe conocer sus factores de riesgo ocupacional, a saber: condiciones de trabajo inadecuadas, largas jornadas de trabajo, exposición a sustancias potencialmente peligrosas. (quimioterapéuticos, antibióticos, desinfectantes, esterilizantes, gases anestésicos, sangre y secreciones), riesgos ergonómicos (movimiento y transporte de pacientes y cargas, inadecuación del área física e instrumentos para el desarrollo de actividades, movimientos repetitivos, posturas estereotipadas), riesgos psicológicos (tensión, estrés, violencia, sufrimiento y muerte de los pacientes), superposición de actividades (múltiples tareas, organización ineficaz del trabajo), además de factores externos al trabajo.¹⁹

Asimismo, los estudios de ausencias motivadas por enfermedad, que son fundamentales en el ámbito de la función pública, debido al creciente número de bajas por enfermedad y días no trabajados. Los trabajadores de la salud se encuentran entre la categoría profesional más expuesta a las licencias, especialmente aquellos que actúan en instituciones hospitalarias.²⁰ Por lo tanto, frente a lo anterior, es importante fomentar debates sobre las condiciones de trabajo que afectan la salud del equipo de enfermería y del equipo médico, así como la elaboración de políticas encaminadas a promover, prevenir y rehabilitar la salud de esta población. Se entiende que su análisis y comprensión puede reducir sus impactos organizacionales y contribuir a la calidad y eficacia de la atención brindada en los hospitales, interfiriendo positivamente en el ambiente de trabajo.²⁰

CONCLUSIÓN

Este estudio, que evaluó la comprensión de los Profesionales de la Salud de la Red de Urgencias y Emergencias del Municipio de Camaragibe, reveló, en su mayoría, una muestra femenina, compuesta por adultos, de enfermeros y técnicos de enfermería, y tiempo de servicio de 1 a 5 años. El corto

tiempo de trabajo en el servicio puede justificar el desconocimiento de los trabajadores sobre la red municipal de salud, ya que los empleados de los CEMEC en su totalidad ni siquiera conocían los principios doctrinales del SUS ni del Plan Municipal de Urgencia y Emergencia.

En este contexto, es importante realizar educación continua con los profesionales de la salud sobre la red de atención a la salud en el municipio de Camaragibe, en particular, sobre los servicios de urgencia y emergencia, además de realizar reuniones de equipo para la planificación de acciones y el fortalecimiento de práctica profesional. Así como implementar políticas de valorización de los servidores públicos municipales con el fin de brindar mejoras en la atención integral de la salud de los trabajadores, lo que repercutirá en el bienestar y la calidad del servicio que prestan, ya que más de la mitad de los participantes en este estudio se sienten profesionalmente devaluado.

Como limitantes del estudio, se considera la representación del escenario de las unidades de emergencia en el municipio de Camaragibe, destacando la necesidad de realizar nuevas investigaciones sobre el tema, de carácter

cuantitativo, con personal de salud a nivel estatal y nacional.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos los sujetos que participaron en la investigación, ya que fueron de gran importancia para la realización de este estudio.

REFERENCIAS

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://bvsmms.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/10.1590/1807-0310/2018v30i174090>
 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/centso_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/ciencucidsaude.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/BDJdjXfkJbb3cxC879kMkXx/?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 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>

RECIBIDO: 07/06/20
APROBADO: 17/12/21
PUBLICADO: 22/04