UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação

Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

RIBEIRÃO PRETO

2007

Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima

RIBEIRÃO PRETO

2007

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Condorimay Tacsí, Yolanda Rufina

Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação. Ribeirão Preto, 2007.

197 f.: fig.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Urgência 3. Emergência. 3. Serviços de saúde 4. Qualidade dos cuidados de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Yolanda Rufina Condorimay Tacsi

Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo sobre avaliação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Regina Aparecida Garcia de Lima

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICAÇÃO ESPECIAL

In memoriam de minha avó FLORA pessoa fortalecedora de meu crescimento profissional no dia-a-dia e que será sempre o incentivo de minha vida.

DEDICATÓRIA DO TRABALHO

Aos trabalhadores de saúde, familiares e usuários das Unidades Básicas Distritais de Saúde no Município de Ribeirão Preto.

A meus pais pela dedicação.

A meus irmãos: Maria, Sócrates e José, pela ajuda nos momentos precisos, e para todos os meus sobrinhos.

A meus tios por ensinar a construir cada momento vivido.

OBRIGADA A TODOS PELA COMPREENSÃO DE MINHA LONGA AUSÊNCIA E POR DEIXAR DE COMPARTILHAR MOMENTOS IMPORTANTES DE NOSSAS VIDAS, E SAIBAM QUE SEMPRE PENSEI EM TODOS VOCÊS, TORCENDO PARA QUE SEJAM TODOS FELIZES.

AGRADECIMENTOS

A Nossa Senhora Aparecida sempre confiante e amiga, presente nos diferentes momentos de alegrias e tristezas, para continuar em frente, nesta nova visita ao Brasil.

A meus pais, irmãos, e sobrinhos que sempre confiaram e ajudaram em todo momento da minha profissão.

À professora Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, pela compreensão e por acreditar neste trabalho, obrigada porá sempre.

Às professoras Dras.: Ione Carvalho Pinto e Martha Angélica Iossi Silva pelas sugestões na qualificação, para a construção deste trabalho.

Às professoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Margarita Vilar, Miyeko Hayashida, Silvia Cassiani, Maria Célia Dalri e Clarice Ferraz, por terem demonstrado sempre seu carinho e preocupação em cada momento de encontro.

À Adriana Amaro pelo carinho, amizade, compreensão e sempre atenciosa, meu especial agradecimento.

Às Professoras da UNMS: Juana Durand, Tula Espinoza, Maria I., que acreditaram e facilitaram para eu alcançar este Doutorado.

A vocês, Liliiani e Maria do Socorro, obrigada pela ajuda neste trabalho, além de escutar minhas preocupações e sempre estar ajudando-me com suas palavras de conforto.

A minha família do Brasil: Mariluci, por compartilhar nos momentos precisos, sejam pessoais e profissionais. Senti-me sempre dentro de uma família, tendo uma mãe como Dona Lúcia por quem sempre tive o carinho de filha. Obrigada, por ser sempre minha mãe.

À Marisa, Márcia, Roxana, André, Marita, Mônica, Larissa, Favinho, pela amizade e ajuda pessoal.

A meus amigos da Pós-graduação que me acolheram com sua amizade e compartilhamos os diferentes trabalhos, pelos momentos de reflexão que foram cimento na formação do doutorado.

Aos amigos da moradia: Cristina, Paula, Selma, Gláucia, Telma, Dennys E., José Wilson, António, Glauber, Rogério, Priscila, Leandro e Luciana.

Às amigas do Peru: Adriana, Silas, Rosita, Maricarmen, Eliana M. Gladys G., Maribel e Carmen Del Carmen.

Ao pessoal da Secretaria de Pós-graduação: Kethlyn, Martha, Rossana e Carla.

Aos funcionários do Departamento de MISP: Andréia, Rossana e Augusto.

À Lourdes e Bernadete por serem os meios para o conhecimento adquirido, obrigada pelos momentos de atenção.

À Cristina pelo carinho e pela revisão das referências bibliográficas.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de RP-USP: Aparecida, Francisco, Geraldo, José, Gilberto, Otaiades, Luis e Joseli.

Ao pessoal administrativo da Secretaria da Saúde e das Unidades Básicas Distritais de Saúde de Ribeirão Preto.

Aos usuários e trabalhadores de saúde das Unidades Básicas Distritais de Saúde por compartilhar suas vivências e confiar no trabalho, valeu muito o carinho sempre demonstrado por vocês.

À EERP, por abrir um novo horizonte em minha vida profissional, com o saber acadêmico e com o compromisso de poder passar todo este saber a outras enfermeiras ou futuros enfermeiros com quem aprendi e seguirei aprendendo.

A todas as pessoas que, com sua orientação, deram vida a este trabalho.

A cada uma das pessoas que conheci no Brasil pela amabilidade e receptividade.

Ao CNPq que facilitou minha permanência e convivência e ajudou a ampliar meus conhecimentos na pesquisa e conhecer a cultura agradável que tem o Brasil.

*No desenvolvimento desta tese, a
autora recebeu auxílio do Conselho
Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico - Brasil*

RESUMO

CONDORIMAY TACSI, Y. R. Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação. 2007. 197 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

Atualmente, os índices de morbi-mortalidade na população pediátrica têm sido controlados por meio de diversas estratégias nos diferentes níveis de atenção, mas esta clientela ainda é vulnerável a diversas enfermidades de etiologia ambiental, social ou econômica. Os serviços de saúde de urgência e emergência para pediatria, integrantes da rede de serviços da saúde, também devem estar preparados, na sua organização estrutural e funcional, para responder as diferentes necessidades da população infanto-juvenil. Quando uma criança ou adolescente necessita de atendimento de urgência ou emergência as unidades não-hospitalares deverão estar preparados para seu acolhimento com avaliação e classificação de risco. Este estudo tem por objetivo avaliar a assistência à criança e ao adolescente nas unidades não-hospitalares de urgência e emergência, em um município do interior do Estado de São Paulo, nos componentes de estrutura, processo e resultados. A coleta de dados foi realizada em cinco unidades não-hospitalares de atenção a crianças e adolescentes em urgência ou emergência. A coleta de dados foi realizada por meio da observação e entrevista, complementadas com dados das fichas de atendimento. Os resultados do presente estudo evidenciaram no que diz respeito a estrutura planta física inadequada e materiais e equipamentos em quantidade e qualidade insuficiente. Na avaliação do processo observou-se que o atendimento prestado pela equipe de saúde é dirigido a queixa, não avaliando outros aspectos que podem prevenir riscos nesta clientela. A avaliação de resultado foi realizada a partir da percepção de satisfação dos acompanhantes e trabalhadores de saúde. Os acompanhantes assinalam aspectos de satisfação como a escuta, a orientação e o fornecimento de medicamentos; como aspectos não satisfatórios são declarados o atendimento por diferentes médicos e o gasto com medicamentos quando não disponíveis na unidade. Os trabalhadores de saúde são predominantemente receptivos para o trabalho com crianças, sendo que existe dificuldade no cuidado aos adolescentes, em decorrência das particulares deste grupo. No que se refere à satisfação, aspectos assinalados foram estímulos em decorrência do bom desempenho de seu trabalho e motivações intrínsecas relacionadas a sua profissão. A insatisfação é manifestada pela baixa remuneração e falta da capacitação na área da urgência e emergência.

Palavras-chaves: Avaliação; Emergência; Enfermagem pediátrica; Humanização; Serviços de saúde; Qualidade dos cuidados de saúde; Urgência.

Abstract

Child and Adolescent Assistance in hospital units of urgency and emergency in an inner city of São Paulo: an evaluation study. 2007. 186 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

Nowadays the indexes of mortality and morbidity among child have been controlled by several strategies in different levels of assistance. This population is still vulnerable for many different diseases (economical, social and environmental). Urgency and emergency pediatric services must be well structured in order to answer all the needs of this group. When a child or a teenager goes to these services, the specific units must be prepared to receive and classify the risk of each case. This study aimed at study the child and teenager assistance in units (not hospitals) of urgency and emergency in an inner city of São Paulo State by checking structure, process and results of assistance. The data collection was made in five different units by using interview and observation; the records of patients were also checked. The results reveal that the physical structure was unsatisfied, material and equipment also were, the same observation was revealed to quality of assistance. Analyzing the consultation we observed that the attitudes was founded on the patient's claim, not consider other facts that may help on prevention other pathologies. The evaluation of results was realized by understanding the satisfaction perceptions of health workers and companies. As good points companies declared the orientation, possibility of been listened and medicine supply; and as bad points we found that the problem of been assisted by different doctors and the need of buying medicine out of the unit. The health workers like to work with children, and the assistance to teenagers has been difficult due to specified characteristics of this group. As good points to this group they are stimulated for doing a good job. The insatisfacion is noted when related to low remuneration and not continuing training on urgency and emergency.

Key words: Evaluation, Emergency, Pediatric Nursing, Humanizing, Health Services, quality of health care, urgency

RESUMEN

CONDORIMAY TACSI, Y. R. Asistencia al niño y al adolescente en unidades no hospitalares de urgencia y emergencia en una ciudad del interior del Estado de São Paulo: un estudio de evaluación. 2007. 197 f. Tesis (Doutorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2007.

Actualmente, los índices de morbi-mortalidad en la población pediátrica se han controlado por medio de diversas estrategias en los diversos niveles de atención, mas esta clientela sigue siendo vulnerable a diversas enfermedades de etiología ambiental, social o económica. Así, los servicios de la salud de la urgencia y de la emergencia para pediatría, integrantes de la red de servicios de salud, deben estar preparados, en su organización estructural y funcional, para responder a las diversas necesidades de la población infanto-juvenil. Cuando un niño o un adolescente necesitan de atención de emergencia o de urgencia las unidades no hospitalares deberán estar preparadas para acoger con evaluación y clasificación del riesgo. Así, este estudio tiene por objetivo evaluar la asistencia al niño y al adolescente en las unidades no hospitalares de urgencia y de emergencia, en una ciudad del interior del Estado de São Paulo, en los componentes de estructura, proceso y resultados. La recolección de datos fue realizada en cinco unidades no hospitalares de atención al niño y al adolescente, en urgencia o emergencia. La recolección de datos fue realizada por medio de la observación y de la entrevista, complementado con datos de la ficha de atendimento. Los resultados del presente estudio evidenciaron que la estructura de la planta física es inadecuada, con materiales y equipamientos en cantidad y calidad insuficiente. En la evaluación del proceso se observó que el atendimento prestado por el equipo de salud es dirigido a la queja no evaluando otros aspectos que puedan prevenir riesgos en esta clientela. La evaluación de resultado fue realizada a partir de la percepción de satisfacción de los acompañantes y trabajadores de salud. Los acompañantes resaltan aspectos de motivación como, el ser escuchados, la orientación y la entrega de medicamentos; como aspectos no satisfactorios son declarados el atendimento por diferentes médicos y el gasto con medicamentos cuando no están disponibles en la unidad. Los trabajadores de salud son predominantemente receptivos para trabajar con niños, siendo que existe dificultad para el cuidado a los adolescentes, por las características particulares de este grupo. Refieren aspectos de satisfacción, como los estímulos por el buen desempeño su trabajo y motivaciones intrínsecas relacionadas a su profesión. La insatisfacción es manifestada por la baja remuneración y la falta de capacitación en el área de urgencia e emergencia

Palabras claves: Evaluación; Emergencia; Enfermera Pediátrica; Humanización; Servicios de salud; Calidad de los cuidados de salud; Urgencia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH	Atenção pré-hospitalar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
SECIB	Secretaría de Cooperación Iberoamericana
CURM	Central Única de Regulação Médica
DST/Aids	Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GM	Gabinete do Ministro
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HIV	Vírus de imunodeficiência humana
HIV/Aids	Vírus de imunodeficiência humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	National Library of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONU	Organization of United Nations
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	Pronto-Atendimento
PAM	Posto de Atendimento Médico
PALS	Pediatric Advance Life Support
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RCP-B	Ressuscitação Cardiopulmonar-Básica

RM	Regulação Médica
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
Scielo	Scientific electronic library online
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e Cultura
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Disponibilidade física do bloco de pronto-atendimento pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	100
Tabela 2 -	Disponibilidade física do bloco de apoio ao diagnóstico pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	105
Tabela 3 -	Disponibilidade física do bloco de procedimentos pediátricos das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	107
Tabela 4 -	Disponibilidade física do bloco de urgência e emergência pediátrica das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	108
Tabela 5 -	Disponibilidade física do bloco de apoio logístico pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	111
Tabela 6 -	Disponibilidade física do bloco de apoio administrativo pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	114
Tabela 7 -	Disponibilidade de equipamentos das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	117
Tabela 8 -	Disponibilidade de materiais médicos das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	118
Tabela 9 -	Disponibilidade de materiais descartáveis das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	119
Tabela 10 -	Disponibilidade de materiais não descartáveis das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	120
Tabela 11 -	Disponibilidade de outros materiais nas unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	120
Tabela 12 -	Disponibilidade de sistemas das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	121
Tabela 13 -	Disponibilidade de medicamentos nas salas de estabilização das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006.....	123

Tabela 14 -	Distribuição dos trabalhadores de saúde, segundo idade, das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto, 2006.....	157
Tabela 15 -	Distribuição dos trabalhadores de saúde, segundo atividade profissional, nas unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto, 2006.....	157
Tabela 16 -	Distribuição dos trabalhadores de saúde (n = 45), segundo o tempo de trabalho e carga horária semanal, nas unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto, 2006.....	158

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Principais gastos hospitalares em menores de 5 anos Brasil – SUS, 2001....	26
Gráfico 2 -	Principais causas de internações e óbitos em < de 5 anos Brasil – SUS, 2001.....	27
Gráfico 3 -	Estrutura física para o fluxo de atendimento às urgências e emergências.....	71
Gráfico 4 -	Classificação de risco em pacientes.....	73
Gráfico 5 -	Fluxo dos usuários nas unidades não-hospitalares das Unidades Básicas Distritais de Saúde no Município de Ribeirão Preto.....	86

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo estudo de serviços emergenciais decorreu da nossa prática como enfermeira responsável pela assistência e administração dos serviços de internação e emergência pediátrica do Hospital Cayetano Heredia – Lima-Peru. Neste processo, percebemos algumas necessidades dos familiares das crianças, por exemplo, falar sobre seus problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados às questões emocionais e econômicas. O contato com esta clientela, no entanto, era limitado pelas diversas atividades atribuídas à equipe de enfermagem que priorizava as rotinas e técnicas relacionadas à dimensão biológica do cuidado de saúde. No entanto, vivenciamos também situações que possibilitavam um melhor vínculo com a clientela, por meio de espaços de escuta e conversa, mas que com o passar do tempo foram se perdendo, em função de mudanças no processo de trabalho.

Como docente de uma universidade pública, na cidade de Lima-Peru, participamos da disciplina “Introdução à enfermagem comunitária” por três anos consecutivos. Nesta disciplina, dirigida a estudantes do primeiro ano, desenvolvemos atividades tais como: prevenção de acidentes e de doenças, nos cenários de prática da comunidade tais como, organizações de bairro, clube de mães e escolas. Participamos também, em outras disciplinas como: “Introdução à enfermagem clínica”, “Enfermagem materno-infantil” e, “Enfermagem na saúde da criança e adolescente”.

Já no Brasil, o estudo que desenvolvemos no curso de pós-graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nível mestrado, no programa Enfermagem em Saúde Pública, no ano de 2003, conduziu-nos a outra realidade de atenção à saúde de crianças, ou seja, em unidades de emergências. Esse estudo teve como objetivo

conhecer a experiência da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência, com foco na parada cardiorrespiratória, em um serviço de emergência pediátrica de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo. Observamos que a enfermeira era o profissional mediador da equipe, exercendo, também, funções de planejamento da unidade, de admissão, avaliação e assistência direta à criança em situação de Parada Cardiorrespiratória (PCR).

A opção pelo tema do doutorado vem dar seqüência a nossa preocupação com a atenção dispensada às crianças, sujeitos vulneráveis às doenças e aos agravos, especialmente no contexto de urgência e emergência.

Atualmente, os índices de morbimortalidade na população pediátrica têm sido controlados por meio de diversas estratégias nos diferentes níveis de atenção, mas esta clientela ainda é vulnerável a diversas enfermidades com etiologia ambiental, social ou econômica. Assim, os serviços de saúde, incluindo os de urgência e emergência pediátrica, devem estar preparados, na sua organização estrutural e funcional, para responder às diferentes necessidades da população infanto-juvenil.

Nesse sentido, propomos como objetivo geral deste estudo avaliar a assistência à criança e ao adolescente nas unidades não-hospitalares de urgência e emergência, no município de Ribeirão Preto-SP, nos componentes de estrutura, processo e resultados.

O primeiro movimento que realizamos foi um levantamento bibliográfico, buscando publicações relacionadas a temas de avaliação de serviços. Tal revisão foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e no MEDLINE (National Library of Medicine) no período de 1997 a 2007. Os unitermos utilizados foram avaliação, serviços, emergência e pediatria. Encontramos no LILACS 136 estudos utilizando os unitermos avaliação, serviços e emergência e, quando associado o unitermo pediatria, o número foi reduzido para cinco trabalhos. No MEDLINE, foram

encontrados 462 trabalhos com o cruzamento dos unitermos: *evaluation*, *services* e *emergency*, mas ao acrescentar *pediatrics* estes diminuíram para quatro.

Também revisamos o portal brasileiro da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), a base de dados Scielo (Scientific electronic library online) e diferentes periódicos nacionais e internacionais, cujos artigos tratavam da nossa temática de estudo. Esses artigos abordavam diversos temas e os mais freqüentes correspondiam à avaliação de serviços de saúde, em termos de qualidade, de tecnologias e desempenho (CÉSAR; TANAKA, 1996; COSTA; FORMIGLI, 2001; FORMIGLI et al., 1996). Aqueles trabalhos relacionados à satisfação do usuário, avaliando qualidade de atenção, são de Campos (2005), Franco e Campos (1998) e Gomes et al. (1999). Outro tema encontrado diz respeito ao campo da atenção primária à saúde, e estes estudos foram de Halal et al. (1994) e Silveira, Santos e Costa (2001) e, no campo da epidemiologia, destacamos o estudo de Rattner (1996). Na pediatria, localizamos um estudo de Samico et al. (2005) sobre avaliação no atendimento ambulatorial de crianças e outro de Santos (1995) na temática de avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança.

Nosso interesse em avaliar a assistência não-hospitalar de urgência e emergência para a atenção a crianças e adolescentes, considerando a estrutura física, com seus materiais e equipamentos, os recursos humanos, a satisfação na perspectiva dos usuários e dos trabalhadores de saúde, deu-se pelo fato de que a produção científica nesta área é escassa. Assim, Novaes (2004) assinala que o desenvolvimento de pesquisas sólidas em uma perspectiva científica, representa um dos grandes desafios para o conhecimento científico em geral. Ressalta que esse desafio para a Saúde Coletiva, no Brasil, está representado pela necessidade de criação de conhecimentos, métodos e tecnologia que dê suporte ao pleno desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva as pesquisas em

serviços de saúde se voltam para produzir conhecimento com o objetivo de orientar o desenho de políticas e a melhoria do desempenho.

As unidades não-hospitalares de urgência e emergência caracterizaram-se por serem serviços intermediários entre as unidades básicas de saúde e o sistema hospitalar. Porém, pertencem ao sistema de atenção básica compreendido como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estes serviços possibilitam o acesso universal e contínuo, constituindo-se na porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

Para desenvolver este estudo, optamos por iniciar com a construção do objeto de investigação, abordando a situação da criança e do adolescente no Brasil: alguns indicadores de saúde, a organização dos serviços de urgência e emergência para crianças e adolescentes. Na sequência, apresentamos a avaliação e qualidade dos serviços de saúde, considerando os diferentes conceitos e as abordagens, o modelo de avaliação de Donabedian (1984) e finalizamos com a humanização nos serviços de urgência e emergência. Apresentamos os objetivos do estudo e, a seguir, o percurso metodológico, descrevendo a caracterização do estudo, a caracterização do campo de pesquisa, a exploração do campo, os participantes da pesquisa, os procedimentos de coleta e análise de dados e os procedimentos éticos. Continuamos com a apresentação dos resultados do estudo e a discussão, finalizando com as considerações finais.

1. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

1.1 Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano morrem cerca de 12 milhões de crianças, antes de chegar aos cinco anos de idade, muitas delas, durante o primeiro ano de vida, sobretudo nos países em desenvolvimento. Sete, de cada dez dessas mortes, devem-se a infecções respiratórias agudas, principalmente, pneumonia, somada a outros agravos como diarreia, sarampo, malária ou desnutrição e, frequentemente, a uma combinação dessas afecções. Ao menos três de cada quatro episódios das doenças da infância estão relacionados a um desses cinco agravos, e todos os dias milhões de crianças doentes são levadas aos hospitais, aos centros de saúde, às farmácias, aos centros de atenção à saúde comunitária e aos curandeiros, na procura de alívio e cura (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2001).

Os esforços para diminuir o número de mortes no mundo, nas últimas três décadas, levaram as instituições internacionais responsáveis pelas diretrizes no campo da saúde da criança a estabelecerem diferentes estratégias de atenção e programas de prevenção, para controlar ou diminuir as mortes nesse grupo populacional. Depois da implementação dessas estratégias, os resultados revelaram a redução da mortalidade infantil e o declínio da morbidade por diarreias, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis, erradicação da poliomielite e o declínio da desnutrição protéico-calórica na infância (BRASIL, 2001a).

Na Assembléia Geral das Nações Unidas, realizada em setembro de 2000, os chefes de Estados e governos dos 191 países participantes aprovaram a Declaração do Milênio, na qual

os países signatários responsabilizaram-se por manter os princípios da dignidade humana, igualdade e equidade. Destacaram especial atenção às crianças, futuro de toda a sociedade, considerando para este grupo a necessidade de reduzir a mortalidade de menores de cinco anos, a dois terços das taxas atuais (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU), 2000).

Para efetivar os objetivos da Declaração do Milênio, no ano de 2002, foi constituído o “Projeto do Milênio”, com um plano de ação concreto para reverter o quadro de pobreza, fome e doenças. Esse plano propõe soluções diretas, recomendando que os países em desenvolvimento se concentrem na ampliação e fortalecimento de seus sistemas de saúde para salvar as vidas de milhões de crianças e de suas mães. Para viabilizar tal plano, foram construídas “forças-tarefa” e aquela relativa à saúde infantil enfatiza a necessidade de acesso da clientela aos serviços de saúde. Recomenda, também, políticas de fortalecimento dos sistemas de saúde, considerando-os como instituições sociais centrais, nas quais os pacientes sejam tratados como cidadãos com o direito a serviços de saúde de qualidade, providos gratuitamente no nível básico (UNITED NATIONS (UN), 2005).

No relatório da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, de maio de 2002, é destacado que os problemas críticos relacionados à desnutrição e HIV/Aids (Vírus de imunodeficiência humana/ Síndrome de imunodeficiência adquirida), ainda persistem e a cada ano morrem mais de 10 milhões de crianças, embora a maioria dessas mortes pudesse ser evitada. Assim, os participantes da reunião reafirmam o compromisso de adoção de medidas por meio de ações nacionais e de cooperação internacional, de respeito à Declaração do Milênio, cujo objetivo, como já mencionado, é o de reduzir no mínimo a um terço as mortes de menores de cinco anos, como um primeiro passo até atingir a meta de redução dessa taxa em dois terços até o ano de 2015 (ONU, 2002).

No Brasil, inúmeros esforços têm sido efetuados para diminuir a mortalidade de crianças e adolescentes. As recomendações contidas na Constituição Brasileira de 1988, do Art. 227 que se refere à assistência à população infantil, incorporaram como prioridade a proteção da criança e do adolescente, assegurando atenção integral à saúde e o atendimento de suas necessidades básicas (BRASIL, 2001b). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça o compromisso pela promoção do bem-estar das crianças como cidadãs, sendo esta responsabilidade não só da família e do Estado mas também da sociedade como um todo. Ainda, no Art. 4º, no parágrafo único, enfatiza que a criança tem direito à garantia de prioridade de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil, em 2000, apresentou as metas do setor saúde para o controle da mortalidade nos menores de cinco anos, agrupadas em três grandes temas: sobrevivência infantil, condições nutricionais infantis e promoção da saúde da criança (BRASIL, 2001a).

Com relação ao primeiro tema, sobrevivência infantil, destaca-se a mortalidade infantil, pois, mesmo que esteja ocorrendo um declínio em todas as regiões brasileiras, verifica-se que o ritmo de intensidade da queda é diferente nas diversas regiões do país. As ações que mais repercutiram sobre a diminuição dos indicadores foram a ampliação da oferta dos serviços de saneamento básico e de saúde, a estratégia de atenção às doenças prevalentes na infância, as campanhas de vacinação, a terapia de reidratação oral, o controle das infecções respiratórias agudas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001a).

No que se refere às condições nutricionais infantis, a desnutrição infantil tem apresentado tendências expressivas de declínio nas duas últimas décadas. Considerando o indicador peso para a idade, é preciso assinalar que a evolução dos índices antropométricos

das crianças brasileiras indicam que a desnutrição infantil tende a se constituir um problema eminentemente rural. Desde 1998, o Ministério da Saúde vem implementando o incentivo ao combate das carências nutricionais, hipovitaminosis A, deficiência de iodo e anemia carencial (BRASIL, 2001a).

As ações voltadas para a promoção à saúde da criança, desenvolvidas a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança desde 1984, repercutiram na queda da taxa de mortalidade infantil e diminuição da desnutrição em todas as regiões brasileiras. Ainda, as causas de melhoria recente de indicadores de saúde relacionados à pobreza no Brasil são atribuídas, em maior grau, ao acesso da população aos serviços de saúde e ao aumento da escolaridade das mães e, em menor grau, à ampliação da rede pública de abastecimento de água e à diminuição da proporção de gestações de alto risco (BRASIL, 2001a).

As taxas de morbimortalidade, decorrentes dos acidentes por causas externas como os de trânsito e violência doméstica, provocam altos custos da assistência financiada pelo SUS que levam à necessidade de se discutirem as possibilidades de intervenção do setor saúde nesses processos, pois os serviços emergenciais dão resposta aos agravos, sendo necessário estratégias que atuem na prevenção, permitindo diminuir a mortalidade, sobretudo a do grupo infantil (BRASIL, 1999a).

Dados de 2001 revelam que o gasto efetuado com as internações e óbitos, na rede pública e conveniada de saúde do SUS, em menores de cinco anos, representou um gasto total de R\$ 656.515.002,98. No Gráfico 1, podemos observar que a maior causa de despesas com hospitalizações foi devido às infecções respiratórias agudas (IRA) que representaram 41,5%, seguidas pelas afecções perinatais com 16,0% e pelas doenças diarréicas com 10,4%. Completando a lista estão as septicemias que contribuíram com 4,0%, as malformações

congênitas com 2,9%, as causas externas com 2,3%, e as deficiências nutricionais com 1,1%.

O conjunto das demais causas compreendeu 22,4%.

Gráfico 1. Principais gastos hospitalares em menores de 5 anos Brasil – SUS, 2001

O Gráfico 2 traz as principais causas de internação e óbito em menores de 5 anos. Observa-se que, de um total de 1.680.747 internações, 45,2% corresponderam à IRA; 21,19% às doenças diarréicas; 7,04% às afecções perinatais; 2,23% às causas externas; 1,54% às septicemias; 1,43% às malformações congênitas; 1,27% às deficiências nutricionais e 17,70% por outras causas. No que se refere aos óbitos, 35,74% ocorreram devido às afecções perinatais; 18,35% às IRA; 17,71% de mortes por septicemia; 4,83% por malformações congênitas; 3,78% pelas doenças diarréicas; 1,60% por deficiências nutricionais; 0,86% por causas externas e outras causas correspondem a 15,74% (BRASIL, 2003a).

Gráfico 2. Principais causas de internações e óbitos em < de 5 anos Brasil – SUS, 2001

Em setembro de 1997, foi realizada em Santo Domingo, República Dominicana, a Primeira Reunião Global de Avaliação e Coordenação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Autoridades de saúde de 26 países em desenvolvimento se reuniram para avaliar os progressos e elaborar recomendações para a implementação, desenvolvimento e pesquisa, relacionadas à estratégia AIDPI. Corretamente executada esta estratégia tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade da atenção à saúde infantil, pois promove o diagnóstico correto das doenças da infância em consultas ambulatoriais; garante o tratamento combinado e apropriado às doenças prevalentes na infância; fortalece as orientações das pessoas que são responsáveis pelo cuidado à criança e acelera o encaminhamento de crianças gravemente doentes, diminuindo o número de hospitalizações desnecessárias e reduzindo a mortalidade infantil. A AIDPI tem o potencial de contribuir para a reforma do setor saúde como parte de um programa básico, com elevado benefício nos serviços. Esta estratégia prevê, também, a reforma do sistema de saúde nos países em desenvolvimento, a partir da descentralização administrativa que inclui a capacitação do pessoal de saúde, o abastecimento de medicamentos e o fortalecimento da

capacidade da unidade de saúde local (BRASIL, 2004a; COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), 2001; WHO, 1999).

Com o passar dos anos, os índices de morbimortalidade diminuíram, especialmente nas crianças menores de cinco anos, no entanto ainda se apresentam preocupantes. Só é possível manter essa redução assegurando medidas preventivas especialmente no primeiro nível de atenção. Assim, o discurso das instituições internacionais e nacionais que se declaram protetoras dos povos mais desprotegidos, neste caso crianças e adolescentes, deveria promover e executar políticas voltadas à proteção social, física e emocional desta população.

1.2 A situação da criança e do adolescente no Brasil: alguns indicadores de saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde considera que a saúde é um bem de caráter social, como é a educação. Nesta perspectiva, a saúde contribui para o desenvolvimento do capital humano, sendo um fator-chave no desenvolvimento permanente das sociedades. Na perspectiva dos governos, o sistema de saúde contribui para fomentar a competitividade dos países e alcançar os melhores resultados com os recursos disponíveis. As condições de saúde precárias aumentam os custos financeiros e afetam a produtividade dos sujeitos. Assim as condições sanitárias deficientes levam a custos políticos, e o gasto excessivo reduz a competência na melhora de resultados na saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), 2001).

Segundo UNICEF (2005a), um método universalmente aceito para medir o nível de bem-estar de crianças é utilizar a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, pois, é o principal indicador deste tipo de progresso. A vantagem deste indicador é a possibilidade de

medir os resultados finais do processo de desenvolvimento de um país, junto a outros fatores que contribuem para o progresso, como o nível de matrícula escolar, a disponibilidade de calorias *per capita* e o número de médicos por mil habitantes.

Quando nos referimos à mortalidade em menores de cinco anos, há de se considerar uma ampla variedade de fatores que influenciam a diminuição da mortalidade nesta população como: saúde nutricional, conhecimentos básicos das mães sobre saúde, cobertura vacinal, utilização da terapia de reidratação oral, disponibilidade de serviços de saúde materno-infantil, disponibilidade de renda e alimentos na família, qualidade da água, saneamento básico e segurança do meio ambiente. Se não forem solucionados os problemas macro da ordem de desigualdade social e acessibilidade ao sistema de saúde público, há maior probabilidade de que as crianças mais pobres continuem figurando de maneira desproporcional nas estatísticas altas de mortalidade de menores de cinco anos (UNICEF, 2005b).

No futuro das sociedades humanas, o bem-estar das crianças é importante para o desenvolvimento individual e grupal. O exercício de cidadania não só é um direito que contribui para o bem-estar, se não também um efetivo canal que garante objetivos sociais de desenvolvimento, representados nas decisões públicas. A satisfação dos direitos, especialmente das novas gerações, não reconhece segmentações artificiais entre o econômico e o social, entre setores institucionais ou programáticos, entre curtos, médios e longos prazos (CEPAL, 2001).

Um dos relatórios sobre a Situação Mundial da Infância menciona que 10,5 milhões de crianças teriam morrido em 2004, antes de completar os cinco anos de idade, sendo a maioria dos casos decorrente de doenças que poderiam ser prevenidas. Nesse mesmo informe há registros de que a taxa de mortalidade no Brasil em menores de cinco anos foi da ordem de 34 a cada 1.000 nascidos vivos e em menores de 1 ano foi de 32 a cada 1.000 nascidos vivos.

Embora esses índices tenham sido reduzidos na última década, ainda são preocupantes em determinadas regiões: na região Centro-Oeste foi de 18,70; para a região Nordeste de 33,94; a região Norte de 25,51; a região Sudeste de 14,92 e na região Sul, a mais baixa de 14,98 (BRASIL, 2007a). Ir contra essa mortalidade desnecessária e alcançar o objetivo do milênio de diminuir em dois terços a mortalidade infantil, entre 1990 e 2015, constitui uma meta fundamental de todos os que trabalham para cumprir o Programa do Milênio para Infância (UNICEF, 2005a).

A morte de muitas crianças poderia ser evitada se elas fossem encaminhadas para serviços de saúde qualificados, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade, superando os diversos fatores que levam as crianças a morrer. Segundo estimativas do UNICEF (2005b), em 2015 no Brasil, a taxa de mortalidade infantil deve chegar a 16 por mil e a taxa de mortalidade de menores de cinco anos de 17,9 por mil.

Quando revisamos a literatura, constatamos que as causas da mortalidade infantil, no Brasil, no ano 2003, foram por afecções perinatais, responsáveis por 55,0% dos óbitos. Para os menores de cinco anos, as causas foram doenças infecciosas e parasitárias (14,87%); as doenças do aparelho respiratório (16,76%) e as causas externas responderam por 21,11% das mortes (UNICEF, 2005b).

Segundo Simões (2002), ao analisar o perfil de saúde no Brasil no período de 1990-2000, a mortalidade infantil e a de menores de cinco anos de idade mantêm uma tendência histórica de queda, refletindo uma maior diferenciação e complexidade na estrutura de causas de morte. Para o ano 2000, no Estado de São Paulo, a taxa de mortalidade infantil foi de 17,00 por mil nascidos vivos.

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, do Governo do Estado de São Paulo (SP), a mortalidade infantil, no ano de 2006 foi de 13,3 por mil nascidos vivos, no Estado de São Paulo. No Departamento Regional de Saúde-Ribeirão Preto, este indicador é de

11,3, no entanto, o município de Ribeirão Preto tem um indicador de 10,2 no mesmo ano (SÃO PAULO, 2006).

Para Ribeirão Preto, em 2004, as causas de mortalidade em menores de um ano foram as doenças infecciosas e parasitárias com 1,4% e, nas crianças de um a quatro anos, os índices foram de 6,7%; as doenças do aparelho respiratório em menores de 1 ano representaram 5,8% e na faixa etária de 1 a 4 anos 20,0% (BRASIL, 2007b).

Quanto à internação hospitalar, no ano de 2004, 1.379 internações foram de menores de 1 ano; de 1 a 4 anos foram 1.161 internações; para o grupo de 5 a 9 anos foram 832 e de 10 a 14 anos foram 633 internações. As causas de internação foram as doenças infecciosas e parasitárias que corresponderam em menores de 1 ano a 12,8% e, no grupo de 1 a 4 anos, de 18,9%; as doenças do aparelho respiratório foram nos menores de 1 ano responsáveis por 23,4% e, de 1 a 4 anos, por 25,9%; com respeito às doenças do aparelho digestivo, nos menores de 1 ano, foi de 4,6% e, nas crianças de 1 a 4 anos, foi de 13,9%. As lesões e envenenamentos e outras causas externas no grupo de 5 a 9 anos corresponderam a 19,1% e, para as idades de 10 a 14 anos, a 20,4%. (BRASIL, 2005a).

A análise das causas de morbidade em crianças evidencia que as doenças diarréicas e respiratórias persistem como graves problemas e, quando associadas à desnutrição, colocam em risco a vida desta população. As doenças respiratórias, ainda, se constituem no primeiro motivo de consulta nos serviços de emergência e ambulatorios, demandando atenção qualificada das equipes de saúde, com continuidade da assistência até a resolução completa dos problemas. A pneumonia é uma das principais doenças da criança e merece atenção especial quando associada à asma e a alergias. As parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa e junto com as doenças diarréicas interferem no desenvolvimento adequado das crianças (BRASIL, 2004a, 2005b).

O relatório de desenvolvimento juvenil de 2003 faz referência à mudança nos padrões de mortalidade, com a crescente incidência dos óbitos por causas externas. Este indicador de vulnerabilidade juvenil chama a atenção em diversos países de América Latina, e o Brasil vem assumindo um indesejado destaque (WAISELFISZ, 2004).

O perfil de mortalidade dos adolescentes brasileiros tem as causas externas como as mais importantes. Para o grupo de 5 a 14 anos, é maior o risco de violência fatal no trânsito e, no grupo de 15 a 19 anos, é maior o risco de homicídio, sendo os homens mais vulneráveis do que as mulheres à morte por violência (MINAYO; ASSIS, 1994). Ainda, um de cada dois óbitos juvenis tem sua origem em fatos violentos, seja por homicídio ou por acidentes de transporte. Com relação à gravidez na adolescência, dos 11 aos 19 anos, a taxa de maternidade, no 2001, foi de 7,7 % (WAISELFISZ, 2004).

Os princípios norteadores do cuidado à saúde da criança e do adolescente estão dados pelo planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral, assistência resolutiva, equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família e avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2005b; 2004a).

A assistência à saúde da criança e do adolescente deve ser garantida desde o primeiro atendimento nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada em casos mais graves, casos estes que exigem internação em unidades de média e alta complexidade. Apesar dos esforços que o Brasil vem empreendendo na organização das estratégias para o atendimento às doenças prevalentes na infância, a criança faz parte também das estatísticas de atendimento em unidades de emergência, como resultado de agravos internos, infecções, traumatismos, intoxicações, envenenamentos, estados convulsivos e outras causas (BRASIL, 2004b, 2005a).

A situação de saúde da criança e do adolescente ainda apresenta indicadores preocupantes, e esta constatação coloca-nos o desafio de lidar com essas doenças e agravos. Para tanto, o acesso aos serviços de saúde deve ser com facilidade, para que a população receba a atenção, não existindo barreiras para esse acesso. Já na 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2000), se relatava que existiam barreiras que convivem com os serviços há tanto tempo, que muitas vezes os trabalhadores e os usuários dos serviços acham que aquilo é uma normalidade e não é mais que uma deformação do sistema de saúde público, por exemplo, as muitas regras de racionamento da oferta de ações e serviços, por meio de senhas, fichas para consultas ou formas de triagem excludentes.

1.3 Organização dos serviços de urgência e emergência

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve como característica o caráter democrático, contando com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e prestadores de serviços de saúde. Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde. Esta seção incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8ª CNS, podendo-se dizer que, na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2003).

Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado, dois anos depois pelas Leis nº. 8080/90 e nº. 8142/90, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, pela iniciativa privada que se vincula ao sistema. A Constituição, ao

organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da seguridade social, fixou como seus princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, com os princípios organizativos da descentralização, regionalização e hierarquização, juntamente com a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (SOUZA, 2003).

Segundo a Portaria nº. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001, a implantação das Normas Operacionais Básicas que legislam o Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 91, em especial as NOB-SUS 93 e 96, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização, transferindo para os Estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentrado no nível federal (BRASIL, 2001c).

Para Novaes (2004), atualmente os sistemas de saúde têm uma importante participação na determinação da qualidade de vida das populações. Aprofundar e ampliar o conhecimento sobre eles, na perspectiva da acessibilidade, desempenho e impacto dos sistemas e sobre as condições e qualidade da atenção prestada em contextos específicos, pode se constituir em apoio às decisões de gestores, gerentes e profissionais da área da saúde. Segundo a autora, é indiscutível que o desenvolvimento de pesquisas em sistemas e serviços de saúde poderá contribuir para o aprimoramento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a qualidade da atenção em saúde.

Segundo Simões (2002), com as políticas de descentralização e municipalização dos serviços públicos de saúde, no Brasil, houve um aumento significativo da participação dos municípios na gestão dos estabelecimentos públicos. Para 1999, assinala que 71,3% dos estabelecimentos de saúde tinham vínculo com o SUS. Argumenta que, em contrapartida, as desigualdades econômicas e sociais exercem um papel restritivo, impondo barreiras que

dificultam a queda dos indicadores de mortalidade infantil. O autor destaca que o acesso social e regional desigual aos principais serviços públicos de saúde, educação e saneamento básico resulta num conjunto de óbitos que poderiam e deveriam ser evitados.

A assistência à saúde no Brasil, organizada a partir do SUS e viabilizada pelas NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1997), regulamenta sua ação em três campos de atenção a saúde: a primeira de atender com integralidade a demanda de pessoas, individual ou coletivamente, que necessitam de assistência à saúde; o segundo relaciona-se às exigências sanitárias ambientais, e o terceiro campo relaciona-se às políticas externas do setor saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença, como políticas macroeconômicas, emprego, habitação, educação, lazer, disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Os poderes públicos estaduais e federais são responsabilizados pela gestão e prestação de serviços de saúde. Assim também o sistema municipal dentre suas responsabilidades tem de executar ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas como acidentes, violências e outros agravos (BRASIL, 1997).

No Brasil, em 1990, foi criado o Programa de Enfrentamento às Urgências e Traumas com o objetivo de reduzir a incidência e a morbimortalidade por agravos externos. Em 1992, esse programa foi transformado no Programa de Enfrentamento de Desastres, com o mesmo objetivo, acrescido pelos objetivos específicos relacionados aos desastres. No período de 1993 a 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Emergência e Trauma, atuou na prevenção e no atendimento pré-hospitalar e hospitalar de emergência, com poucos recursos e tímidos investimentos em decorrência da crise da economia nacional. Em 1998, a Coordenação de Emergência e Trauma teve suas atividades desmembradas, ficando a parte política, de estudos e educação, centralizada na Secretaria de Políticas de Saúde e a parte operacional, relacionada aos recursos financeiros destinados à assistência direta à população, na Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 1999a).

Com o processo de municipalização, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde buscaram melhorar a qualidade de vida da população por meio de campanhas educativas, envolvimento com órgãos governamentais e não-governamentais que atuam na prevenção e redução de acidentes e violências, criação de banco de dados informatizados e de estatísticas mais próximas da realidade (BRASIL, 1999b).

A Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) assinala que os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Assim, o acidente também é entendido como evento não intencional e evitável que, nas crianças, pode causar lesões físicas e/ou emocionais seja no âmbito doméstico, no trânsito, na escola, fazendo esportes ou em atividades de lazer. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis. Já a violência apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos (BRASIL, 2002a).

Os conceitos de urgência e emergência são amplos e há associação de dois grupos de fatores, o médico, o técnico e o fator social e defini-los com rigor não é fácil. O fator médico é analisado a partir da conjunção da gravidade e do tratamento, a urgência médica é prioritária em relação a certos pacientes, porque sua patologia evolui rapidamente para estados graves. O fator social, numa situação de urgência, pode ser influenciado pela conjunção de múltiplos subfatores, como idade, sexo, aparência, número de implicados, incerteza e angústia (MARTINEZ; NITSCHKE, 2001).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1995), por meio da Resolução nº. 1451/85, define:

Urgência como a ocorrência imprevista de um agravo à saúde com ou sem risco potencial da vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; já a emergência é considerada a partir da constatação médica de condições de agravos à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CFM, 1995, p. 1).

Segundo Morales (2001), o principal objetivo dos serviços de emergência é diminuir a morbimortalidade e as seqüelas incapacitantes causadas pelas lesões ou pelas doenças atribuíveis àquelas situações. Para tanto, devem-se garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência que são os recursos humanos, a infra-estrutura e os equipamentos e materiais que dão suporte a esse atendimento, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade aceitável e permanente.

Santos et al. (2003) afirmam que a atenção às urgências, ao longo da existência do SUS, continuou centrada nos hospitais. Argumentam que o SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, e a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, sendo basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária que são ambulatoriais e oferecem os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária que podem ser ambulatoriais ou hospitalares, onde são prestados os cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência e as unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e de internação, sendo nelas realizados cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os Serviços de Atenção Domiciliar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Regulação Médica (RM).

Nessa rede de cuidados, os serviços hospitalares de urgência e emergência devem estar articulados com aqueles de atenção básica, para dar continuidade na assistência após o atendimento da criança e do adolescente, por meio da contra-referência, telefone ou outras

alternativas, desde que seja garantido o seu acompanhamento até a resolução do problema, propiciando melhores resultados para a sua saúde e evitando internações desnecessárias (BRASIL, 2004b).

Considerando a área de urgência e emergência como um importante componente da assistência à saúde que colabora com a organização dos níveis de atenção e tendo como política nacional a redução da morbimortalidade por acidentes e violências, o Ministério da Saúde aprova a Portaria nº 2048/GM, de 05/11/2002 (BRASIL, 2004b) que dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências, estabelece os princípios e diretrizes, as normas e os critérios de funcionamento, classificação e cadastramento desses serviços. Esta Portaria enfatiza a necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências e garantir o acolhimento, decisivo na prevenção de seqüelas, especialmente nas crianças e adolescentes, pois a primeira atenção na emergência deve ser qualificada e resolutiva, com uma estabilização e referência adequada dos pacientes graves.

Nas situações de emergência, nas quais a criança pode ser a principal vítima é necessária uma atenção especial, dadas suas peculiaridades biológicas e psicológicas. Cabe ressaltar que algumas cidades carecem de uma assistência especializada, com recursos materiais e humanos capacitados para o atendimento emergencial (CONDORIMAY, 2003).

Assim, os agravos decorrentes das doenças prevalentes, tanto quanto os acidentes e violências, comprometem a vida das crianças, levando-as a chegar aos serviços de urgência e emergência com alto risco para a morte, exigindo da equipe de assistência o desenvolvimento de suas potencialidades para prover tal atendimento. Esses serviços devem contar com infraestrutura física, material e de recursos humanos adequados para o atendimento emergencial, com uma organização assistencial de cobertura continuada, durante as 24 horas, além de equipes qualificadas na terapêutica intensiva (CONDORIMAY, 2003).

Um estudo sobre demanda pediátrica no serviço de urgência da Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) do Sumarezinho, realizado em Ribeirão Preto, por Pinto et al. (2005), teve como objetivo analisar o número de atendimentos realizados na área de pediatria, a partir do sistema de informações ambulatoriais. Evidenciou que 42,85% dos atendimentos corresponderam a doenças do aparelho respiratório e 24,6% a quadros infecciosos. Observou-se, ainda, que parte da clientela foi atendida por problemas da pele e alimentares, os quais poderiam ser atendidos no Programa da Saúde da Família ou nas Unidades Básicas. Os autores ressaltam que, no planejamento e organização das ações de saúde, os serviços de saúde necessitam considerar a demanda dos usuários, avaliar o modelo de atenção e garantir a acessibilidade aos serviços.

A problemática que enfrenta a população infantil, e porque não generalizar a população em geral, se aprofunda quando os serviços não contam com uma estrutura que forneça suporte para tal assistência. Na Europa, as sociedades científicas têm recomendado a organização física e funcional dos Serviços de Emergência e Urgência Hospitalar. Por exemplo, na Espanha, esses serviços constituíram-se em marco para o desenvolvimento da medicina de urgência, nas últimas décadas. Para obtenção dos resultados, são elementos importantes nesse processo a coleta e análise de informações, o desenvolvimento de processos assistenciais, a análise de custos com base nas evidências e eficiência dos recursos, o estudo das patologias com grande impacto econômico e social e o treinamento de todos os profissionais que trabalham nesses locais (MORALES, J. 2001). Estas características também devem ser consideradas na organização de serviços de urgência e emergência não-hospitalar, locais que são a porta de entrada para a população que procura uma atenção imediata.

No Brasil, o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento

constituíram-se em elementos indispensáveis para promover a universalidade do acesso, a equidade no destino de recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2004b).

A Portaria GM nº 1863, de 29/09/2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, permitindo garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas, foi um avanço. Esta política é instituída a partir da Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002, que trata dos componentes fundamentais, sendo um deles, a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida dos quatro componentes: o pré-hospitalar fixo, o pré-hospitalar móvel, o hospitalar e o pós-hospitalar (BRASIL, 2004b).

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido a uma insuficiente estruturação da rede emergencial, baixa resolutividade da atenção primária em saúde e o crescimento do número de acidentes e da violência urbana, é fator que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população. Esta situação transformou esta área numa das mais problemáticas do sistema de saúde.

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada, como já mencionado.

Segundo a Portaria GM nº 2.048, a atenção nas urgências e emergências inicia-se pelo atendimento não-hospitalar fixo, porta de entrada para a assistência num primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, evitando sofrimento, seqüelas ou a morte. A responsabilidade por este atendimento é dada por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências, denominado também de pronto-atendimento (PA) (BRASIL, 2004b).

O atendimento não-hospitalar móvel é aquele que presta atendimento precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, seja de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, evitando sofrimento, seqüelas ou morte. Além deste atendimento, é responsável pelo transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado. O atendimento pré-hospitalar móvel primário é aquele decorrente de pedido de socorro oriundo de um cidadão e, quando a solicitação parte de um serviço de saúde, denomina-se atendimento pré-hospitalar móvel secundário. Nesta última situação, o paciente recebe o primeiro atendimento com estabilização do quadro de urgência ou emergência, mas necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2004b).

A rede hospitalar é formada por um conjunto de unidades de atendimento de urgência e emergência, classificada como unidades hospitalares gerais e unidades hospitalares de referência. A diferenciação entre elas está na prestação de assistência de urgência e emergência, de média e alta complexidade, de acordo com a capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial, contando com infra-estrutura, recursos humanos e tecnológicos adequados a sua classificação (BRASIL, 2004b).

Existe, ainda, o complexo regulador da assistência, que é um elemento mediador, ordenador e orientador e, no caso das emergências, denominado de Centrais de Regulação

Médica de Urgências, onde o médico regulador tem a competência técnica de julgar e discernir o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, garantindo ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades. No que respeita ao componente pós-hospitalar, temos a atenção domiciliar, os hospitais-dia e a reabilitação integral (BRASIL, 2004b).

Os diferentes níveis de atenção devem estar relacionados de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência, reconhecendo cada nível de atenção a importância de sua função, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda pela qual se responsabiliza e encaminhando a clientela, quando a unidade não tiver os recursos necessários para prestar o atendimento, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2004b).

Dado o objeto deste estudo, destacamos as particularidades das unidades de atendimento não-hospitalar. Tais unidades são locais de referência para doenças clínicas agudas, quadros crônicos reagudizados, acidentes e outros agravos. Está prevista para estas unidades uma população de abrangência entre 50 mil e 250 mil habitantes. As unidades de atendimento não-hospitalar devem funcionar nas 24 horas, acolher a demanda, fazer a avaliação com classificação de risco, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e fazer a interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares. Dentre as atribuições destas unidades, estão a garantia de retaguarda às unidades de atenção básica, a redução da sobrecarga dos hospitais de maior complexidade e a estabilização dos pacientes críticos para as unidades de atendimento pré-hospitalar móvel. As unidades de atendimento não-hospitalar, portanto, se constituem em importante porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, podendo resolver o caso ou, averiguada a necessidade, encaminhar para internação hospitalar por meio do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e da

Regulação Médica (RM), ou, ainda, redirecionar para a atenção básica (BRASIL, 2004b; SANTOS et al., 2003).

A equipe alocada nessas unidades, deve ser composta por um coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo nas 24 horas. Estes profissionais devem estar habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências e Emergências (BRASIL, 2004b; SANTOS et al., 2003). Outros profissionais poderão compor a equipe como: assistente social, dentista, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista e segurança. Segundo a Portaria GM nº. 2.048, estas unidades têm de ter laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, equipamentos para atenção, medicamentos e leitos de observação de 6 a 24 horas, transporte adequado e comunicação com a rede hospitalar, por meio da central de regulação médica, e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2004b).

Santos et al. (2003) assinalam que existe superlotação para a atenção nos PAs e nos hospitais, fenômeno bem conhecido por gestores, profissionais de saúde, usuários e a população. Ainda, enfatizam que, no caso dos hospitais, a superlotação acontece pelas diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm para definir a urgência e emergência, a baixa resolutividade da atenção primária e dos PAs, a falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial e em especial à rede de urgências e emergências.

As unidades de atendimento não-hospitalar são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências e cumprem o papel ordenador dos fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência. É recomendado para estas unidades que a estrutura da área física seja composta por: bloco de pronto-atendimento, bloco de apoio ao diagnóstico, bloco de procedimentos, bloco de urgência/observação, bloco de

apoio logístico e bloco de apoio administrativo. Esta divisão, do ponto de vista funcional, dá uma melhor racionalidade de fluxo dentro da unidade (BRASIL, 2004b).

É necessário que a estrutura destas unidades responda à Resolução nº. 50, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 21/02/2002, do regulamento técnico para planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos para estabelecimentos assistenciais de saúde, que traça as ações e as metas a serem alcançadas, assim como define as distintas tecnologias de operação e a conformação das redes físicas de atenção à saúde (BRASIL, 2002b).

O regulamento de construções físicas não pretende estabelecer uma tipologia de edifício de saúde, pois estes estabelecimentos devem se adequar às peculiaridades epidemiológicas, populacionais e geográficas da região onde estão inseridos. Os aspectos espaciais são abordados na perspectiva funcional, de acordo com as atividades a serem realizadas em cada ambiente. Entende-se ambiente como um espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinadas atividades, com dimensões e instalações diferenciadas. A programação física e funcional para o atendimento de urgências e emergências à população pediátrica, também, é contemplada na Resolução nº. 50, destacando que áreas como a sala de observação e de espera devem ser próprias e separadas dos adultos (BRASIL, 2002b; 2002c).

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco é um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Esta unidade tem por finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, cirúrgico ou clínico, que esteja em risco iminente de morte. Estes serviços devem atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para a sua transferência adequada entre os diferentes serviços. Em relação às crianças e aos adolescentes, vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à

assistência adequada com disponibilidade de uma equipe interdisciplinar, de forma que se assegurem os atendimentos médico, psicológico e social para as vítimas e suas famílias (BRASIL, 2002a).

Os serviços que prestam assistência de urgência e emergência devem garantir aos usuários oportunidade, pois a atenção deve ocorrer no momento e no lugar onde aconteceu a tragédia, com a versatilidade aconselhável para atender às necessidades de cada vítima, tendo em conta a individualidade, sendo que a criança é colocada como prioridade no total da demanda; qualidade, pois a atenção deve ocorrer com eficácia, eficiência, segurança, acolhimento e conforto; integralidade, pois a assistência deve ocorrer observando-se medidas concomitantes de prevenção, promoção e educação; sustentabilidade, pois todas as unidades de atendimento às urgências e emergências devem ter viabilidade técnica, social, política e econômica. Uma sensível diferença entre a unidade de emergência e os demais serviços de qualquer unidade é o fato de que no ambiente de emergência concentra-se grande parte de atividades, com a finalidade de salvar vidas em poucos minutos, nos casos que pareciam irremediavelmente perdidos (MORALES, N. 2001).

A atenção de urgência e emergência é uma área da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores, pois envolve procedimentos caros e absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Esses aspectos são universais para todos os países, mas torna-se mais evidente em países emergentes, sobretudo pela falta de investimento na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência (BRASIL, 2002a).

Podemos dizer que, na área de emergência e urgência, houve uma reordenação do sistema de atenção à população, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, existindo antes dela uma inadequada atenção que resolvia os problemas de saúde sem a organização desses serviços, com recursos de saúde de atuação isolada e usuários

com desconhecimento de seus direitos de cidadania. A atuação em rede, preconizada na política nacional, vem reordenar os fluxos, melhorar as condições de atenção aos clientes e ao processo de trabalho. Ainda, propõe a adequação de espaços físicos, abastecimento de materiais, equipamentos e medicamentos, destacando a importância das unidades móveis para referência e contra-referência, sem esquecer a função da central de regulação médica. Embora a política exista, no cotidiano do processo de trabalho, ainda, há fragilidades e mudanças incipientes, pois o desenvolvimento de novas formas de atendimento ocasiona mudanças na cultura das instituições, e o reconhecimento da efetividade da mudança será constatado com a avaliação.

2. AVALIAÇÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2. AVALIAÇÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Os diferentes conceitos e abordagens de avaliação

Segundo Pereira, (2005), avaliar significa determinar, apreciar ou fazer julgamentos. Tem o sentido de determinar o valor ou a quantidade de uma coisa, comparando os resultados com normas ou outros valores e quantidades que sirvam como parâmetros, tais como os obtidos por consenso ou verificados em um grupo controle. Teoricamente, pode-se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização que se ocupe de prevenção, diagnóstico, tratamento, ou reabilitação, seja ela uma ação isolada, um procedimento, um produto, um serviço, outro componente ou todo o sistema de saúde.

O percurso histórico da avaliação é trazido por Furtado (2001) que apresenta o surgimento da avaliação em quatro gerações. A primeira, caracterizada pela mensuração, estaria ligada à avaliação de desempenho de escolares. Dois fatores influenciaram o desenvolvimento desta primeira geração: a ascensão das ciências sociais e o surgimento do gerenciamento científico. A segunda geração, caracterizada pela descrição, é a chamada avaliação de programas, surgida da necessidade identificada, nos Estados Unidos da América, de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares, identificando e descrevendo o processo e como tal atividade atinge os estudantes. A terceira geração, caracterizada pelo julgamento, além de descrever e mensurar, é acrescida do estabelecimento dos méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos. A quarta geração de avaliadores tem como base uma avaliação inclusiva e participativa, com um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser medida.

A finalidade da avaliação não é ser um instrumento de aplicação após a ocorrência de um fato, de uma atividade ou de um período de atividades, ela é um processo contínuo, portanto, pode ocorrer em qualquer momento. Ao falar de avaliação, é necessário relacioná-la com qualidade que não deve ser entendida como objetivo de uma organização, ela será sempre meio, adjetivo, instrumento para que se tenha um produto final a oferecer; é a forma de garantir o acesso e a equidade das ações e serviços de saúde para toda a população (MALIK, 1996).

Para Furtado (2001), a prática da pesquisa avaliativa deve contemplar a necessidade de inclusão de diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo; viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e como pesquisa avaliativa em particular e capacitar os diferentes atores envolvidos com o programa ou serviço avaliado. Segundo as funções que deve cumprir, é classificada como: avaliação formativa, aquela que visa a fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento e avaliação somativa, aquela que fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo freqüentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa, baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos.

Autores como Malik e Schiesari (1998) apontam que a avaliação formativa serve para partilhar informações com os envolvidos no projeto ou programa, de modo que eles saibam como está sendo feita a avaliação e quais os julgamentos que estão sendo atribuídos no decorrer da atividade. Esta forma de avaliação é contínua e participativa. Segundo os autores, a avaliação somativa, mais comum, é realizada ao final do projeto e um mesmo projeto pode ser avaliado com intuitos formativos e somativos, os dois ao mesmo tempo, utilizando avaliadores internos e externos, em diferentes momentos institucionais.

A avaliação se constitui em parte essencial do processo decisório, quando queremos monitorar a implementação de políticas públicas, pois produz informações para o aprimoramento das ações governamentais. De acordo com o Núcleo de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) que desenvolveu uma metodologia de avaliação das ações do governo no campo social, as pesquisas de avaliação de políticas públicas assumem duas formas, formativas e somativas. A avaliação formativa se volta para a análise e produção de informação relativa a etapas de implementação de um programa ou política pública e, fundamentalmente, diz respeito a aspectos que têm a ver com a formação do programa. A ênfase dos estudos de natureza formativa é gerar *feedback*, com o propósito de realizar possíveis correções de etapas e procedimentos, visando à melhoria do programa. A avaliação de natureza somativa, por outro lado, tem a ver com a análise e produção de informações que dizem respeito a etapas posteriores à implementação do programa e tem como interesse analisar a efetividade do programa (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 1999).

Ayres (2004) faz uma reflexão filosófica em sua discussão sobre o tema. Para o autor, a avaliação formativa pode ser compreendida a partir de uma perspectiva autocompreensiva, sócio-histórica e reconstrutiva, inspirada na tradição da filosofia prática. O autor assinala que:

[...] é preciso que a avaliação elucide e favoreça as potencialidades das práticas de saúde para gerar processos criativos e solidários de melhoria da vida de indivíduos, comunidade e populações, ou seja, participando como um dispositivo de autocompreensão e construção das necessidades e aspirações humanas, as práticas avaliativas devem poder orientar-se continuamente para a obtenção de sucessos práticos (p. 590).

Esta intersecção com a filosofia permite ampliar o campo da compreensão das interações e responsabilidades presentes no processo de cuidado das pessoas, para além dos modelos de avaliação teórica, metodológica, gerencial ou técnica, comumente presentes na avaliação tradicional (AYRES, 2004).

Segundo Tanaka e Melo (2004), existem interesses cada vez maiores em combinar abordagens quantitativas e qualitativas, na avaliação em saúde. Isto é justificado pela necessidade de descrever, explicar e interpretar os fenômenos identificados e o reconhecimento de que se pode obter a maior eficácia dos procedimentos e atividades realizadas, ao levar em consideração a percepção e as necessidades das pessoas que os utilizam. Os autores argumentam que a avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas para todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações. Assim Malik e Schiesari, (1998), acrescentam que é difícil avaliar a assistência oferecida por um hospital, serviço ou unidade, sem recorrer às informações produzidas e utilizadas por cada um dos interessados, dessa forma saber como está sendo produzida a qualidade de atenção à saúde.

O compromisso do sistema de saúde é de buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico quanto na perspectiva mais ampla da saúde pública. Assim, a preocupação em avaliar os serviços e o sistema de saúde há muito que consta na agenda das discussões de saúde, no entanto, a sistematização dessa avaliação, a possibilidade de comparar os resultados dessa avaliação com indicadores desejados e até mesmo sua implantação prática são questões mais recentes em nossa realidade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

No campo da avaliação em saúde, é pronunciada, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, a necessidade de avaliação da qualidade dos serviços a partir de instrumentos aplicados aos usuários, sobre o serviço e a atenção prestada. Esta conferência exorta a defesa pelo acesso universal à atenção integral, equitativa e humanizada. Destaca, ainda, que existe acesso ao SUS a grupos de pessoas diferenciadas, marcado pela desorganização dos serviços, enquanto grande parte da população aguarda em filas de espera (BRASIL, 2000).

Importante passo foi dado com a implantação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), no qual a avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Neste programa parte-se da premissa de que um sistema de avaliação efetiva deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2004c).

Nesse sentido, a avaliação ganhou impulso com a percepção de que a demanda crescente dos custos da assistência à saúde é alta, porém os recursos disponíveis são limitados para responder à problemática da saúde da população. Assim, é necessário projetar novas formas de avaliação que, no campo da pediatria, ainda estão começando, porém a saúde das crianças e dos adolescentes deve ser vista de forma prioritária, pois a perda de cada um deles por ineficiência dos serviços produz um alto custo social.

2.2 Avaliação e qualidade

A partir de 1960, os estudos passaram a abordar a qualidade nos serviços de saúde, trazendo a avaliação como instrumento para medir os esforços encaminhados na obtenção de qualidade (MALIK, 1996).

Embora haja diferentes maneiras de abordar o conceito de qualidade, existe consenso de que o termo significa o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medido por meio de comparação com parâmetros apropriados. A dificuldade reside em decidir, objetivamente, quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente (PEREIRA, 2005).

A qualidade é um processo pelo qual se determina o valor de algo, é julgada não só pelo aspecto técnico, mas percebe-se, em crescente aprofundamento, o aspecto subjetivo, onde as preferências de pacientes individualmente e a da sociedade em geral são consideradas. A avaliação pode se constituir em instrumento de apoio, considerando uma determinada qualidade (ARAÚJO, 1996). Assim, qualidade é definida como a totalidade das características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas do cliente (BRASIL, 2002d).

A avaliação de qualidade aparece junto com a avaliação de programas como campo de conhecimento específico dentro da avaliação em saúde. A avaliação busca trazer respostas a perguntas a respeito dos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. O objeto pode ser o impacto ou até os processos. Ambos os focos guardam estreitas semelhanças com o desenvolvimento do pensamento da qualidade, cujo marco inicial deu-se via inspeções do produto final, até chegar à avaliação da qualidade dos processos, antes do produto final (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Donabedian (1984), ao discutir qualidade da atenção nos serviços de saúde, afirma que qualidade implica qualidade técnico-científica e de inter-relação. Enfatiza a complexidade da relação médico-paciente, fator determinante da interação cliente e fornecedor do setor saúde. Apesar do papel central exercido por esta relação, os serviços de saúde e seus profissionais não médicos são constantemente reconhecidos por parte dos usuários como condicionantes da boa assistência. Ao entrar nos serviços de saúde, é esperado que o usuário esteja em situação de saúde que não a habitual, um componente a mais a interferir nesta relação e diferenciá-la de outras.

Para Donabedian (1984), a conceituação de qualidade coloca-se como construção de um modelo normativo para avaliar os serviços de saúde, capaz de monitorar e induzir um balanço cada vez mais favorável entre benefícios e riscos. Ainda, a qualidade da atenção à

saúde se define como um arranjo ideal de um vasto conjunto de elementos presentes na estrutura, no processo e no resultado.

Quando realizamos avaliação, estamos conscientes dos métodos a serem utilizados para definir se o objeto avaliado é ou não bom, apropriado a continuar ou suspender, que qualidade é dada a este objeto, sempre explicitando quais são os critérios utilizados, a que necessidades ou interesses dão resposta, e os sujeitos que podem ser favorecidos ou prejudicados ante os resultados obtidos.

2.3 O modelo Donabedian para avaliação de qualidade

Donabedian apresentou, na década de 1960, um modelo de avaliação de qualidade que é, ainda hoje, muito empregado, por sua simplicidade e utilidade. Ele separa os componentes básicos para uma avaliação de qualidade em três categorias: estrutura, processo e resultado, sendo útil na apuração de dados sobre a presença ou ausência de atributos que constituem ou definem a qualidade (DONABEDIAN, 1984).

A *estrutura* diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde. O *processo* engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais da saúde para transformar os recursos em resultados, como, por exemplo, os exames diagnósticos e o tratamento médico. Os *resultados* dessas intervenções na saúde das pessoas são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes, servindo de exemplos o desaparecimento dos sintomas, a redução da mortalidade, o aumento da capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e a melhoria da qualidade de vida.

A *avaliação estrutural* baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infra-estrutura de que dispõe, isto é, com os recursos existentes ou aplicados para fazer a estrutura funcionar. A lógica que permeia este tipo de avaliação é de que uma boa infra-estrutura propicia bom atendimento aos clientes, o que leva a bons resultados. As características básicas da estrutura são relativamente estáveis e funcionam para produzir atenção, e o atributo do ambiente da atenção influi na classe de atenção que se proporciona. Os dados para avaliação são obtidos sem muita dificuldade, quer nos registros existentes, quer por inspeção local. As conclusões de tal avaliação tendem a ser rapidamente conhecidas e são úteis para identificar deficiências. A presteza com que os resultados são obtidos agrada, de maneira geral, aos planejadores, administradores e políticos (DONABEDIAN, 1984).

Na *avaliação do processo*, a questão central versa sobre a utilização dos recursos empregados. Se as pessoas fazem o que deve ser feito, à vista do conhecimento disponível, os resultados da assistência à saúde serão melhores do que nas situações em que as pessoas não seguem os procedimentos recomendados. Um juízo da qualidade do processo pode se realizar por meio da observação direta ou revisão de informação registrada que permita a reconstrução de como estão as coisas. A base para emitir um juízo de qualidade é o conhecimento da relação entre as características do processo, a atenção médica e suas conseqüências para a saúde e bem-estar dos indivíduos e da sociedade, de acordo com o valor que o indivíduo e a sociedade dá à saúde e ao bem-estar (DONABEDIAN, 1984).

A *avaliação dos resultados* significa saber o que ocorre com as pessoas após passarem pelos serviços de saúde. Dois aspectos têm sido principalmente pesquisados na busca da mensuração dos resultados das ações levadas a efeito nos serviços de saúde: os usuários e os níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade. Donabedian (1984) utilizou o termo resultado para significar a mudança no estado atual e futuro da saúde do paciente, incluindo a

melhora da função social e psicológica, refletida nas atitudes do paciente, satisfação e conhecimento e na mudança de comportamento de saúde.

Rattner (1996) parte da divisão feita por Donabedian e acrescenta que as medidas de estrutura envolvem informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização, funcionamento e tipo de especialização. Já, na avaliação de processo, as atividades realizadas pelos provedores da assistência, tanto diagnósticas, quanto terapêuticas e de reabilitação, apresentam algumas complexidades, uma vez que podem se referir tanto ao componente técnico quanto ao de relação interpessoal e este último com dificuldades ainda maiores de mensuração. O resultado refere-se ao efeito que ações e procedimentos tiveram sobre o estado de saúde dos pacientes.

Um estudo multicêntrico realizado por Melchior et al. (2006), em sete Estados brasileiros, em 2001 e 2002, teve como objetivo avaliar a qualidade do cuidado do atendimento a pacientes com Aids relacionado com a disponibilidade de recursos e as características da organização da assistência. Os resultados do estudo revelaram que o Programa Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/Aids) conta com uma rede de serviços ambulatoriais com características institucionais e de infra-estrutura heterogêneas. A grande maioria dos serviços conta com uma quantidade mínima dos recursos básicos: médicos, auxiliares, medicamentos antiretrovirais e exames essenciais em unidades com bom acesso físico. Quanto às características de gerência, houve menores proporções de indicadores positivos.

A qualidade de serviço prestado aos adolescentes é avaliada por Costa e Formigli (2001), em estudo que teve como objetivo avaliar a qualidade técnico-científica do atendimento prestado, entre 1994 e 1996. Foram coletados dados de 360 prontuários referentes à prestação de serviços de pré-natal, atendimento clínico de adolescentes e acompanhamento clínico dos filhos de adolescentes. Os resultados mostraram um

atendimento clínico satisfatório, embora tenham sido detectados casos de registro incompleto e/ou ausente. Em geral o serviço avaliado tem atendido à clientela de adolescentes com um grau de qualidade técnico-científica satisfatório. A insuficiência de alguns aspectos detectados mostrou a necessidade de reforço nas ações de educação em saúde para as mães adolescentes e de reciclagem dos profissionais para o atendimento clínico de problemas específicos da adolescência.

Quando se trata de avaliação dos resultados, a clientela envolvida na atenção deve ser a primeira a ser ouvida, pois ela entra na rede do sistema de saúde e percebe como este sistema é oferecido. No informe do grupo de trabalho da OPS, há destaque para os diferentes problemas de saúde que os países da América Latina e Caribe enfrentam. Esses problemas são desafiantes para a saúde pública, pois, ainda, falta obter uma melhora na eficácia global do sistema, especificamente na qualidade de atenção e satisfação dos usuários. Destaca-se, ainda, a falta de uma maior equidade. Esta problemática coloca grandes desafios relativos aos sistemas de saúde e ao acesso universal aos mesmos (OPS, 2005).

No estudo realizado por Esperidião e Trad (2006), são apresentados os diversos conceitos de satisfação oriundos de referenciais teóricos do *marketing* e da psicologia social, apontando que estes nem sempre são reprodutíveis no campo da saúde, pois é dada ênfase à categoria expectativa, na qual se valoriza uma visão idealizada do usuário sobre o serviço, sendo desprezada a noção de necessidade, termo mais valorizado no campo da saúde, particularmente no âmbito da saúde coletiva.

Nessa ótica de que o usuário é parte de uma população e tem de participar no processo das ações de saúde, a Constituição de 1988 (BRASIL, 2001b), em seu artigo nº. 196, confere garantia à população do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.

Para Donabedian (1984), a satisfação do paciente é fundamental e esta mede a qualidade da atenção, pois dá informação do êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas do paciente, onde este é a autoridade última.

É de março de 2006 a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”. O primeiro dos princípios desta carta é assegurar ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz, priorizando esse acesso aos serviços de saúde da atenção básica e, nos casos de urgência e emergência, o acolhimento e atendimento se dará de forma incondicional, a qualquer nível de atenção do sistema. O segundo princípio assegura ao cidadão atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo e com garantia contínua da atenção. O atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde é o terceiro princípio, livre de discriminação, restrição ou negação com uma relação mais pessoal e saudável. O quarto princípio assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos, preservando sua cidadania durante o tratamento. O quinto princípio coloca o cidadão como construtor de sua saúde, e o sexto princípio compromete os gestores a ser partícipes e assegurar que todos os princípios sejam cumpridos (BRASIL, 2006c).

Os debates continuam quanto à natureza do método de avaliação seja quantitativo ou qualitativo. Segundo Esperidião e Lad (2005), ainda, se reflete a preocupação dos métodos no campo da avaliação da satisfação dos usuários. Para os autores, o método quantitativo é mais utilizado e valorizado porque permite alcançar uma mostra de usuários mais representativa, com técnicas de fácil manejo, custos baixos e ser anônimas, dispensando o entrevistador. Já as pesquisas qualitativas permitem que o usuário fale sobre o serviço de saúde, desde um leque mais amplo de posições, como crenças, modos de vida e concepções do processo saúde-doença.

Dentro do enfoque qualitativo, encontramos o estudo de tipo transversal realizado por Halal et al. (1994) com o objetivo de avaliar qualitativamente a capacidade resolutiva e a

satisfação em uma amostra de pacientes e profissionais da rede de assistência primária à saúde, na cidade de Pelotas (RS). Participaram do estudo 99 usuários e 29 profissionais de saúde. Observou-se que, do ponto de vista dos clientes, a satisfação com o serviço de saúde estava associada com a resolução do problema que motivou a consulta, e a disponibilidade de medicamentos no próprio posto de saúde foi o principal fator associado com a capacidade resolutiva qualitativa do serviço. A satisfação do profissional esteve diretamente associada com a melhor qualidade da relação com o paciente e com uma expectativa prognóstica mais favorável.

Outra investigação teve como objetivo avaliar a adesão dos usuários ao serviço de assistência ambulatorial a portadores de HIV/Aids, como um dos parâmetros da qualidade das ações oferecidas. Esse estudo, realizado no Estado de Rio de Janeiro, fundamentou-se na articulação e complementaridade das abordagens quantitativa e qualitativa. Foi aplicado um questionário autopreenchido por 228 usuários que vieram ao serviço pela segunda vez. A percepção do atendimento geral, 87,8%, considerou que foram bem recebidos, pois foram tratados com simpatia, carinho e respeito. O acesso ao serviço de saúde foi fácil para o grupo, explicado pela boa disponibilidade de condução. Os aspectos avaliados negativamente foram a falta de conforto das instalações físicas, a ausência de serviço de odontologia e a dificuldade em conseguir atendimento em outros serviços referenciados. Os aspectos mais criticados foram a grande espera para receber os resultados de exames e o tempo de espera para consulta de retorno. Esta avaliação baseou-se na ótica do usuário, sendo sua experiência e subjetividade os marcos de referência para tais dados (GOMES et al., 1999).

Estudos feitos sobre avaliação de serviços de saúde, no campo da pesquisa quantitativa com enfoque de satisfação na clientela pediátrica, ainda são limitados. Dos poucos encontrados, destaca-se o de Franco e Campos (1998). Esses autores assinalam que avaliar é percorrer o caminho para alcançar a meta de buscar a qualidade de atenção à saúde. Nesse

estudo de avaliação da qualidade do atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário, tiveram como objetivos analisar alguns indicadores de qualidade da assistência médica, estabelecendo comparações entre o ambulatório geral de pediatria e uma especialidade pediátrica e verificar, sob a perspectiva dos usuários, os problemas e as soluções propostas para a melhoria da qualidade de atenção. Aplicaram um questionário a 221 acompanhantes de pacientes, sendo 155 do ambulatório geral e 66 da especialidade de pneumologia/imunologia; os informantes foram os que compareceram a consultas de retorno. Os autores observaram que os indicadores de qualidade de atenção prestada foram satisfatórios, mas foram apontados alguns problemas como a falta de vinculação entre médico e paciente e a lógica fragmentada de sua organização. A falta de vinculação entre médicos e usuários do ambulatório geral de pediatria, segundo os autores, foi o maior problema assistencial deste ambulatório, retratando uma situação em que nos serviços públicos de saúde, a relação médico-paciente é impessoal, e o paciente se vincula ao serviço e não a pessoas. Constataram que 43,4% dos participantes relataram algum tipo de problema envolvendo a assistência, como a demora no atendimento, longas filas, área física que dificulta a locomoção, falta de informação visual, evidenciando uma lógica de fragmentação interna no funcionamento dos serviços de saúde.

A questão da satisfação é um elemento importante da avaliação da qualidade e uma meta a ser alcançada, afirma Santos (1995). Em seu estudo sobre avaliação de serviços públicos de atenção à saúde da criança, busca identificar, no ideário do usuário, como ele percebe o desenvolvimento das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, levantando aspectos que mais contribuem para sua satisfação ou insatisfação. Com abordagem qualitativa de enfoque histórico-estrutural, a autora tem como cenário de estudo quatro unidades de saúde do Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho, no município de Salvador-Bahia. A população de estudo foi constituída por dez responsáveis pelas crianças menores de

um ano, com entrevistas realizadas nos domicílios. Para a autora, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sob a perspectiva dos usuários, é um processo contínuo que, ao longo do tempo, vai sofrendo mudanças conforme o momento vivenciado, assim como, de acordo com a percepção que o usuário tem do processo saúde-doença que também é dinâmico. Argumenta que a forma de organização dos serviços e a classe social da clientela são fatores consideráveis na determinação da consciência de cidadania. Afirma, também, a necessidade de satisfação tanto dos administradores, dos prestadores, quanto dos usuários, atendendo a suas expectativas, na busca da qualidade.

Um trabalho desenvolvido por Martinez, Paraguay e Latorre (2004), com trabalhadores administrativos de uma empresa de autogestão de planos de previdência privada e de saúde da cidade de São Paulo, teve como objetivo estudar as relações entre três fenômenos: fatores psicossociais no trabalho, satisfação no trabalho e saúde. Buscaram identificar as associações entre satisfação no trabalho e aspectos da saúde do trabalhador e verificar se estas associações são influenciadas por características sociodemográficas e funcionais. Verificaram que existe uma associação direta entre satisfação no trabalho e saúde, permanecendo independente das características sociodemográficas e funcionais, ressaltam ainda a importância dos fatores psicossociais no desenvolvimento do trabalho, pois estão relacionados com a saúde e especialmente a saúde mental. Os autores manifestam que o trabalho é uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, incentivos e recompensas, em determinado espaço, por isso o entendimento de satisfação no trabalho requer que essa atividade seja analisada em termos de que o resultado da satisfação está relacionado com os diversos elementos do trabalho. Ainda, ressaltam que mudanças na organização do trabalho e melhoria do ambiente psicossocial incrementam substancialmente tanto os impactos sobre a satisfação no trabalho quanto os indicadores de saúde dos trabalhadores.

Para nosso estudo, o PNASS constitui uma base para avaliar as unidades de atendimento às urgências e emergências no atendimento de crianças e adolescentes e em termos de satisfação dos acompanhantes dos usuários e trabalhadores. Este programa tem como objetivo avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões. Prevê, ainda, avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2004c).

Considerando uma avaliação abrangente, o PNASS (BRASIL, 2004c) definiu quatro dimensões:

1. roteiro de padrões de conformidade dividido em três blocos denominados gestão organizacional, apoio técnico e logístico e gestão da atenção à saúde;
2. indicadores;
3. pesquisa de satisfação dos usuários, por meio de entrevistas aplicadas nos serviços de emergência, ambulatório e internação;
4. pesquisa das condições e relações de trabalho aplicada aos profissionais médicos, enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar) e administrativo, avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2004c).

Para nosso trabalho, avaliação de serviços não-hospitalares de urgências e emergências para crianças e adolescentes, julgamos necessário considerar alguns critérios de avaliação das dimensões, descritas no PNASS, com algumas adequações para responder ao objetivo do estudo. Ainda, parâmetros de entrevista para avaliar a satisfação dos usuários e dos profissionais ajudarão a nortear e reconhecer a subjetividade dos envolvidos no processo.

2.4 Humanização nos serviços de emergência e urgência para crianças e adolescentes

Num momento em que o país adota uma clara direção em prol de políticas responsáveis pela melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde deveriam cumprir sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo recíproco, com o combate à fome, à miséria social e a luta pela garantia dos princípios éticos no trato com a vida humana, defesa da vida e o direito à saúde (BRASIL, 2004d).

Em dezembro de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu as diretrizes para a política de saúde, com o tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Os participantes desta conferência manifestaram que a falta de recursos humanos na rede, inclusive no atendimento de urgência e emergência, a falta de comprometimento dos profissionais, a ausência de respeito ao usuário em momentos de fragilidade da doença, reproduzem um ciclo incessante de mau atendimento, ineficaz, insuficiente e desumano. A inexistência de processos de avaliação do desempenho do sistema, a ausência de instrumentos e ferramentas de avaliação de impacto de ações da saúde, especialmente a falta de avaliações centradas nos resultados das políticas de saúde e dos serviços assistenciais foram questões debatidas nesta reunião (BRASIL, 2000; 2002e; DESLANDES, 2004).

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é o valor básico para garantir uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários, igualmente também para melhorar as condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde, oferecendo a possibilidade de reconstrução, diante da comunidade, da tão desgastada imagem do serviço público de saúde (BRASIL, 2002e).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2003b, 2004e, 2004f).

Para Puccini e Cecílio (2004), a humanização é um movimento com progressiva e difundida presença, na busca de um ideal. Segundo os seus proponentes, ela tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada um desses lados arrola e classifica um grupo de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam um resultado humanizador. Desse modo, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial possa ser desenvolvida não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pelo usuário, do zelo e da dedicação profissional.

O processo de humanização do atendimento, acrescentam Yépez e Moraes (2004), vai além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente-cliente e aponta para o desenvolvimento, nesse cenário, do sentido de cidadania e participação crítica. Nesse processo de melhorar o atendimento ao usuário, humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS coloca-se como uma política evidente para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, com a valorização dos trabalhadores e o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (BRASIL, 2004d).

A relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde, afirmam Caprara e Franco (1999) e apresentam

diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação.

A humanização como tema abre questões fundamentais que orientam a construção das políticas em saúde. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004d).

Assinala Deslandes (2004) que a proposta de humanização busca criar uma nova cultura de atendimento, ao sugerir a substituição das formas de violência simbólica, constituintes do modelo de assistência hospitalar e da atenção básica, por um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores. Neste sentido, a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

Puccini e Cecílio (2004) ressaltam que a humanização e satisfação do usuário aparecem com algumas orientações principais, sendo em alguns momentos como noção de amenização da lógica do sistema social, expondo, sobretudo, uma crítica à tecnologia e tentando criar um capitalismo humanizado; em outros momentos na procura de uma essência humana perdida, ou seja, como uma organização de restauração moral; *“ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da práxis humana”*; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial e outras vezes como valorização de direitos sociais.

No documento de gestão participativa, é assinalado que os serviços de saúde têm três objetivos básicos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, isto é, que inclui a participação dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários em um pacto de coresponsabilidade (BRASIL, 2004g).

Nesse sentido, gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde estão cientes de que o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que prestam à população em termos de eficácia e produção de saúde. A explicação é simples, se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais (BRASIL, 2002e).

Assim é destacada, na discussão da 11ª Conferência Nacional de Saúde, a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários e a ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada atendimento (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (PNH) aponta três grandes áreas: acolhimento e atendimento aos usuários, processo de trabalho dos profissionais e lógicas de gestão e gerência. Estas áreas podem servir para o trabalho de análise, reflexão e elaboração de ações e campanhas, programas e políticas assistenciais que orientem um plano de humanização dentro de cada instituição, município, Estado ou mesmo em todo o país (BRASIL, 2002e).

Dentro dos serviços de saúde, a PNH assinala quatro prioridades: 1) redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2) todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; 3) as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social e os direitos do código dos usuários do SUS e 4) as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004d).

A temática de humanização contempla uma postura acolhedora que implica estar atento às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, respeitando as diversidades cultural, racial e étnica. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004h).

Os serviços tornam-se desumanizados pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa carência geral ou específica de condições gerenciais, técnicas e materiais induz à desumanização, já que profissionais e usuários passam a se relacionar de forma desrespeitosa e impessoal, devido ao cansaço, ao descompromisso, ao acúmulo de irritações e desalentos ou ao terror do crônico fracasso das expectativas, piorando uma situação já precária (BRASIL, 2002e).

Humanização implica, também, investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado. Implementar ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competência para o cuidar (CASATE; CORREA, 2005).

Nessa lógica, a ambiência constitui-se em uma tecnologia de humanização da atenção nos serviços de saúde e refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem e espaço. Relaciona-se, ainda, à possibilidade de estabelecer processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão (BRASIL, 2004e).

Quando falamos de ambiência, esta responde a três eixos: o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; o espaço que visa à

confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, garantindo o conforto aos trabalhadores, cliente e sua rede social; e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2004e).

A ambiência construída conceitualmente junto à PNH é entendida como aquela que tem uma dimensão ética-estética-política. Ética, no sentido do comprometimento e co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários, estética, porque inova na produção e valorização das subjetividades e da autonomia, procurando no protagonismo a descrição desta política, porque permeia a inter-relação destes três atores no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004e).

Pensar o conforto dentro do conceito de ambiência é também resgatar esse vínculo para junto do processo de produção de saúde, construindo-se um território onde usuários e trabalhadores identifiquem seu mundo e sua referência no ambiente de cuidado e atenção à saúde. Com relação à informação e sinalização, o serviço de saúde deve contemplar projeto de sinalização e placas de informação de toda ordem, o qual não exclua pessoas com necessidades especiais ou que não saibam ler. Estas placas devem estar com linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções (BRASIL, 2004e).

Os diferentes serviços de urgência e emergência como prontos-socorros, pronto-atendimentos, assistência não-hospitalar e outros têm as seguintes diretrizes:

1. acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado;
2. comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários;

3. definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004d).

A crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência ocasiona um enorme fluxo desordenado, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho deste serviço de saúde. No âmbito das unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências, o acolhimento com a classificação e avaliação do risco é uma ferramenta utilizada para proporcionar a atenção de acordo com a complexidade da doença ou agravo do paciente (BRASIL, 2004h).

Estas tecnologias, “Acolhimento” e “Avaliação com Classificação de Risco”, têm objetivos complementares dada a singularidade dos serviços de urgências e emergências, ou seja, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho.

Tradicionalmente, no campo da saúde, acolhimento foi identificado como uma dimensão espacial, recepção administrativa, ambiente confortável, triagem administrativa e encaminhamentos para serviços especializados. Também tem sido relacionado com conforto produzido pela introdução de vegetação, iluminação, cores dentre outros. Essas características afirmam, na maior parte das vezes, uma prática de exclusão social, na medida em que escolhe quem deve ser atendido. Mas, ao falar de acolhimento nos serviços de urgências e emergências, pressupõe-se ir além dessa dimensão espacial, devem ser considerados os espaços subjetivos de escuta e de recepção que proporcionem a interação do usuário e trabalhador com produção de vínculo (BRASIL, 2004e, 2004h).

O acolhimento é uma postura ética, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções e é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que o procuram. Como ação tecnoassistencial, pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros

técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004h).

A avaliação de risco e a vulnerabilidade não podem ser consideradas prerrogativas exclusivas dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico (BRASIL, 2004h).

A “Avaliação com Classificação de Risco”, como ferramenta de ação técnico-assistencial, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos preestabelecidos, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira, exerce-se uma análise, denominada avaliação, e uma ordenação, designada como classificação da necessidade do usuário. A classificação de risco é um processo dinâmico de observação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004h).

Para implantar o acolhimento com avaliação e classificação de risco, se prevê uma adequação da estrutura física e logística para o atendimento das urgências ou emergências. Considerando o nível de complexidade, algumas peculiaridades são sugeridas para a organização das funções e do espaço, identificado e dividido por cores, caracterizado por dois eixos: o vermelho para a área de emergência e urgência e o azul para a área do pronto-atendimento, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 3. Estrutura física para o fluxo de atendimento às urgências e emergências

O **eixo vermelho**, que corresponde à área de emergência, considera três tipos de atendimento, identificado cada um em área vermelha, área amarela e área verde. A *área vermelha* composta por sala de emergência, local destinado ao atendimento de alta complexidade e com tecnologia apropriada. É uma área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. São previstos boxes especiais para procedimentos invasivos ou para atendimento de crianças os quais podem se constituir em ferramenta importante para otimização de recursos tecnológicos, melhoria do padrão de assepsia e evitar situações constrangedoras e traumáticas (BRASIL, 2004e, 2004h).

Devem ser considerados, também, próximos à emergência, espaços de apoio – sala-de-estar e copa – para os trabalhadores. Questões de cor, cheiro e luz são importantes

principalmente para o trabalhador que vivencia um espaço sob grande estresse (BRASIL, 2004e).

A *área amarela* destina-se à assistência de pacientes críticos e semicríticos e com terapêutica de estabilização iniciada; a *área verde* é destinada a pacientes não-críticos, em observação ou internados, aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Em todas as áreas, observa-se a necessidade da aplicação equilibrada e harmônica das cores, cuidado no tratamento da iluminação artificial e natural, previsão cuidadosa de mobiliários como poltronas para acompanhantes, cortinas ou divisórias e posto de enfermagem que possibilite a visão de todos os leitos e pontos de som e televisor.

O **eixo azul** corresponde à área de pronto-atendimento constituída por espaços de espera, acolhimento e atendimento administrativo. Na área de assistência, apoio e procedimentos do pronto-atendimento deve-se considerar o acompanhante, o respeito à individualidade e às necessidades do paciente, com fluxos claros, informação e sinalização (BRASIL, 2004e). Esta área deve ter o consultório de enfermagem para classificação de risco e procedimentos iniciais com os seguintes materiais para o atendimento às eventuais urgências: monitor e eletrocardiógrafo, oxímetro de pulso, glucosímetro, ambu adulto e infantil, material de intubação adulto e infantil, material de punção venosa, drogas e soluções de emergência, prancha longa e colar cervical. Deve ter, ainda, consultórios médicos e da assistente social, sala de administração de medicamentos e inaloterapia e consultórios para avaliação de especialidades (BRASIL, 2004h).

O processo de acolhimento com avaliação e classificação de risco inicia-se pela central de acolhimento, onde se direciona e organiza o fluxo por meio da identificação das diversas demandas do usuário, e a avaliação primária é baseada no protocolo de situação-queixa. Esta central tem sua demanda atendida imediatamente, sem que ela precise esperar consulta

médica. Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita.

A classificação de risco para os pacientes se dará nos seguintes níveis: **vermelho**, prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; **amarelo**, prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível; **verde**, prioridade 2 – prioridade não urgente; **azul**: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada (BRASIL, 2004h), conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 4. Classificação de risco em pacientes

O ambiente de unidades críticas é, muitas vezes, encarado como agressivo e frio, e os pacientes podem se perceber mais grave do que realmente estão. Esses fatores e outros associados ao tratamento parecem favorecer uma percepção de condições ambientais instáveis e estressantes (PAULI; BOUSSO, 2003). Nesse sentido, é importante que se tenham propostas arquitetônicas que diferenciem as urgências e constituam uma eficácia capaz de priorizar as emergências. É importante também pensar em um fluxograma que possibilite a rotatividade, auxilie na resolutividade do atendimento e organize o processo de trabalho dentro dos setores de urgência e emergência (BRASIL, 2004e).

São determinantes neste processo ações que visem à organização dos serviços de saúde, à governabilidade das equipes, à humanização das relações em serviço, aos modelos de gestão vigentes e ao uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2004e).

Partindo desse quadro teórico apresentamos, no próximo item, os objetivos desta pesquisa.

3. OBJETIVOS

Objetivos

Os objetivos previstos para este estudo são:

Geral

Avaliar a assistência à criança e ao adolescente nas unidades não-hospitalares de urgência e emergência, no município de Ribeirão Preto-SP, nos componentes de estrutura, processo e resultados.

Específicos

1. Descrever a estrutura do serviço não-hospitalar de urgência e emergência no atendimento às crianças e aos adolescentes nas Unidades Básicas Distritais de Saúde, no município de Ribeirão Preto-SP.
2. Descrever o fluxo do atendimento em urgência e emergência para crianças e adolescentes, considerando o acolhimento com avaliação e classificação de risco nas Unidades Básicas Distritais de Saúde, no município de Ribeirão Preto- SP.
3. Avaliar os resultados da assistência não-hospitalar de atendimento às urgências e emergências para crianças e adolescentes nas Unidades Básicas Distritais de Saúde, na perspectiva dos usuários e trabalhadores, no município de Ribeirão Preto- SP.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4. Percurso metodológico

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo é do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa descritiva tem o objetivo de retratar, de forma precisa, as características de indivíduos, comunidades, situações ou grupos, da forma como ocorrem os fenômenos de uma determinada realidade. Já os estudos exploratórios buscam antecedentes, elementos necessários de uma realidade específica que permitam contato com uma determinada população, para obter resultados que possam servir para levantar outros problemas de pesquisa (POLIT; HUNGLER, 2004; TRIVIÑOS, 1987). Ainda, assinalam Moreira e Caleffe (2006) que as pesquisas exploratórias proporcionam uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fenômeno.

4.2 Caracterização do campo da pesquisa

O município de Ribeirão Preto, considerado como pólo de desenvolvimento humano, situa-se no Estado de São Paulo com a população residente para o ano de 2005 de 551.312 habitantes. Neste mesmo ano, as estimativas para menores de um ano eram de 8.326 (1,5 %); na faixa etária de 1 a 4 anos, 33.487 (6 %); os de 5 a 9 anos, 44.556 (8 %); na faixa de 10 a 14 anos, 49.077 (8,9 %) e os de 15 a 19 anos, 53.942 (9,7 %). Assinalamos que os menores de 19

anos correspondem a 189.382 (34.18 %) da população total (BRASIL, 2005a; RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A rede municipal de saúde é ampla, com serviços de atenção básica, especializada e de alta complexidade. Esta rede está organizada em cinco distritos de saúde, os quais estão definidos de acordo com a geografia, população, economia e aspectos sociais. Cada um destes distritos é composto por uma UBDS, onde se encontram as unidades de atendimento não-hospitalar que funcionam 24 horas para atenção de urgências e emergências e várias Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, a rede é formada por trinta UBS, dezoito equipes de saúde da família, um núcleo de gestão assistencial (NGA), um ambulatório geral de especialidades pediátricas (PAM II), dois centros de referência de moléstias infectocontagiosas, um núcleo de atenção à pessoa deficiente, um centro de referência em saúde do trabalhador, além das cinco UBDS. Ainda fazem parte da rede um centro de atenção psicossocial, um centro de atenção psicossocial de álcool e droga e três ambulatórios de saúde mental (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A rede hospitalar conta com hospitais conveniados e não conveniados ao SUS. Os hospitais conveniados são: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Hospital Santa Lydia e o Hospital São Francisco Sociedade Ltda. Os hospitais não conveniados ao SUS são: o Hospital São Paulo, Hospital São Lucas, Hospital Ribeirânia Ltda., Hospital Maternidade Sinhá Junqueira e o Hospital Especializado Ribeirão Preto. Um setor importante e complementar é o de apoio ao diagnóstico, com laboratórios clínicos, serviços de radiologia dentre outros (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

Os cinco distritos de saúde, cada um deles com uma determinada parcela de abrangência populacional, estão localizados nas regiões: norte - Distrito Quintino Facci II,

sendo que a população de abrangência é de 96.761 habitantes; sul - Distrito de Vila Virgínia, responsável por 82.771 habitantes; leste - Distrito de Castelo Branco, responsável por 123.291 habitantes; oeste - Distrito de Sumarezinho, responsável por 136.906 habitantes e central - Distrito Central, responsável por 103.184 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2006).

A distribuição das unidades em distritos visa, entre outros, a oferecer aos usuários um atendimento básico e de pronto-atendimento em urgências e emergências, próximo à sua residência e a tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades nas Unidades Básicas de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2006).

Neste trabalho, tomou-se como foco de pesquisa as unidades não-hospitalares de atendimento de urgência e emergência à criança e ao adolescente, nas cinco distritais de saúde. Trabalhou-se com todo o universo das unidades, pois a elas correspondia uma população heterogênea e, ainda, representam, dentro do sistema, o ponto de ligação entre as unidades básicas e o sistema hospitalar.

Nessa ligação entre o pré-hospitalar e o hospitalar, encontra-se o complexo regulador municipal que centraliza a regulação médica de urgência e emergência, internações, consultas, autorização de procedimentos de alto custo, atendimentos especializados, exames de diagnose e terapia e orientação ao usuário. Esta central de regulação tem como finalidade reordenar o fluxo dos diferentes níveis de atenção do sistema local em um processo dinâmico de planejamento, organização, avaliação e gestão (RIBEIRÃO PRETO, 2005).

A prefeitura do município de Ribeirão Preto habilitou-se para a gestão semiplena do sistema de saúde em agosto de 1995, e a gestão plena foi assumida em maio de 1998, o que tornou o município responsável pelo gerenciamento das unidades próprias ou conveniadas/contratadas que executam ações básicas, de média e de alta complexidade, em atendimentos ambulatoriais e de internação (CHAVES, 2005).

Segundo Chaves (2005), atualmente o município continua habilitado na gestão plena, portanto, executa e gerencia a atenção básica, desenvolvendo ações preventivas e de promoção da saúde tanto individual quanto coletiva em unidades próprias; em nível secundário, provê condições para atenção especializada e de maior complexidade em procedimentos diagnósticos e terapêuticos em unidades próprias, conveniadas e contratadas; e, em nível terciário, garante acesso a serviços de internação hospitalar contratados/conveniados. No âmbito da gestão, o município responde pela regulação, controle, avaliação e auditoria do sistema local de saúde.

4.3 Exploração do campo

A exploração do campo contempla quatro atividades: a escolha do espaço de pesquisa, a escolha do grupo de pesquisa, estabelecimento de critérios de amostragem e estabelecimento da estratégia de entrada em campo. Nesta fase devem-se prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa, como apresentá-la e como se apresentar e estabelecer quais serão os primeiros contactos. Esta etapa possibilita ir ao campo antes do trabalho mais intenso e isto permite o fluir da rede de relações e possíveis correções nos instrumentos de coleta de dados (MINAYO, 2004).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optamos pelas cinco unidades não-hospitalares, localizadas nas UBDS, pois são esses espaços que realizam atendimentos de urgência e emergência para a população em geral, incluindo crianças e adolescente.

De início, foi enviado ofício ao Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, solicitando permissão para a exploração de campo com a finalidade de realizarmos uma

primeira aproximação com o campo empírico e estabelecermos a etapa operacional da pesquisa. A solicitação foi deferida e escolhemos, na região oeste, a UBDS do Sumarezinho para iniciarmos esta etapa. Esta escolha foi pautada na vinculação da unidade aos campos de ensino clínico das disciplinas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A inserção no campo iniciou-se com o contato da pós-graduanda, apresentando a proposta para a diretora da UBDS Sumarezinho. Após, apresentamo-nos à enfermeira responsável pelos turnos da manhã, tarde e noite. A decisão pelos diferentes turnos possibilitou interagir com o pessoal de todos os setores, conhecer a dinâmica do processo de trabalho e o fluxo dos usuários. Da mesma forma, continuamos nossa exploração de campo, pela região norte no distrito Quintino Facci II, após no distrito de Vila Virgínia, no Distrito de Castelo Branco e terminamos na região central no Distrito Central. Esta etapa foi fundamental para conhecer a organização e o funcionamento das unidades não-hospitalares de urgência e emergência para crianças e adolescentes.

As observações realizadas, durante a exploração do campo, foram sistematicamente registradas, pois, a partir delas foram aperfeiçoados os instrumentos de coleta de dados em termos de modificação da estrutura da pergunta, mudança de alguns termos e reordenação da sequência das perguntas. Também foi identificado o processo de ingresso de crianças e adolescentes junto a seus familiares, conhecendo o percurso dentro de cada unidade. Revisamos as fichas de atenção médica e o registro dos pacientes atendidos por dia e mês.

A exploração de campo ocorreu nos meses de Maio e Junho de 2006.

4.4 Os participantes da pesquisa

Os participantes foram pais ou acompanhantes das crianças ou adolescentes (menores de 16 anos) selecionados a partir do ingresso na unidade, sendo três pais ou acompanhantes em cada unidade, totalizando 15. Estes participantes foram observados durante o percurso na unidade e com eles, posteriormente, se realizou a entrevista.

Considerando que cada um dos usuários podia corresponder a uma das classificações previstas no manual de acolhimento com avaliação e classificação de risco, optamos por selecionar aquelas classificadas como de nível vermelho, ou seja, com necessidade de ação imediata, nos casos de desconforto respiratório grave, inconsciência, convulsões, febre, afecções intestinais com desidratação grave e acidentes. O nível amarelo, considerando uma necessidade de ação rápida, dentro de 30 minutos, para as crianças e adolescentes com história de convulsão, desconforto respiratório, desidratação moderada e asma fora de crise. Para este estudo, também consideramos os classificados como nível azul de prioridade de atenção, ou seja, pacientes com queixas crônicas sem alterações agudas.

Não precisamos uma determinada doença ou gravidade, pois partimos do pressuposto de que toda unidade deste nível de atenção deve estar preparada para a atenção à criança e ao adolescente em urgência ou emergência. Foram excluídas crianças e adolescentes cujo atendimento tenha ocorrido apenas para verificações de sinais vitais, curativos e aerossol.

Para a seleção do participante da equipe de saúde, buscamos aquele responsável pelo cuidado direto da criança ou do adolescente, representante de cada categoria profissional, como o médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Na escolha desses trabalhadores, foi revisada a escala de serviço. Estabelecemos como critério de inclusão, tempo de trabalho maior que 6 meses na unidade não-hospitalar de urgência e emergência.

Foram selecionados três trabalhadores, das três categorias, representando cada um deles os diferentes plantões, da manhã, da tarde ou vespertino e noturno, totalizando 45 trabalhadores.

Sob a ótica qualitativa, segundo Minayo (2004), a amostra ideal é aquela que possibilita a apreensão da totalidade do problema a ser investigado. Assim, o seu desenho passa mais pela necessidade de se contemplarem as diferentes dimensões do objeto de estudo do que pela definição numérica.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Após nossa inserção no campo de pesquisa, iniciamos a coleta de dados no mês de setembro de 2006, após aprovação do Comitê de Ética, com a finalização em janeiro de 2007. Como os casos de emergência e urgência são plausíveis de acontecer a qualquer momento, realizamos a coleta de dados em diferentes dias e horários da semana.

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a observação sistemática, a entrevista semi-estruturada e o levantamento da ficha de atendimento, esta última para complementar informações de diagnóstico médico, tratamento indicado e encaminhamento.

Na observação, buscam-se examinar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas ou um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrever tais situações. A observação é voltada para a descrição de uma problemática previamente definida, sendo esta problemática anterior ao ato de observar, porque é ela que direciona nossos sentidos para elementos aos quais normalmente não estaríamos atentos e que podem estar relacionados ao nosso objeto de pesquisa. Existem elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Para a observação da estrutura, construímos um instrumento (Apêndice A) que respondia à necessidade de uma unidade não-hospitalar de urgência e emergência que presta atenção a crianças e adolescentes. Os itens do instrumento relacionados aos materiais, equipamentos e medicamentos foi revisado por um médico e duas enfermeiras e, para precisar melhor a parte de medicamentos, foi verificado por um pediatra, com experiência de trabalho na atenção básica. Para preencher este instrumento, foi necessário também revisar os cadernos de registro de exames clínicos laboratoriais, registro das transferências dos pacientes para outras unidades e, também, nos permitimos conversar com funcionários responsáveis pelas salas de cada um dos blocos, seja para corroborar alguma informação ou para procurar algum dado referente às perguntas do instrumento. Em cada unidade, a média de tempo utilizado para o preenchimento foi de cinco horas não consecutivas. Depois de terminar esta etapa, em cada unidade foi marcada uma entrevista com a enfermeira responsável pela organização dos serviços. Esta entrevista tinha o objetivo de complementar algumas informações para terminar de preencher o instrumento, especialmente no que se referia à gestão organizacional e à gestão da atenção à saúde.

A observação também foi aplicada para o seguimento do fluxo dos 15 usuários e seus acompanhantes, a qual foi registrada no roteiro de observação, seguindo o percurso do usuário e acompanhante (Apêndice B). As observações privilegiaram as relações que surgiram desde a chegada na recepção, o comportamento na espera para ser atendido, a comunicação e a atitude com os diferentes trabalhadores de saúde e estes com os usuários e acompanhantes até a saída da unidade (Gráfico 5). Os espaços onde se realizava a observação foram a sala de recepção, pré-consulta, o corredor de espera em frente aos consultórios, a sala de observação e farmácia.

No que se refere à entrevista, foram utilizados dois diferentes roteiros. Uma para os usuários (Apêndice C) e outro para os trabalhadores de saúde (Apêndice D). Segundo Minayo

Gráfico 5 – Fluxo dos usuários nas unidades não-hospitalares das Unidades Básicas Distritais de Saúde no Município de Ribeirão Preto

(2004), o roteiro da entrevista visa a apreender o ponto de vista dos atores sociais e este orienta a entrevista devendo ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Este roteiro deve contribuir, ainda, para emergir a visão, os juízos e a relevância a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

O tipo de entrevista escolhido foi a semi-estruturada que combina perguntas fechadas ou estruturadas com perguntas abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem resposta ou condição prefixada pelo pesquisador (MINAYO, 2004). Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, oferecendo amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

No que diz respeito ao roteiro de entrevista dos trabalhadores de saúde, se consideraram duas partes: a primeira, buscando informações acerca de características gerais, como idade, sexo, escolaridade, formação profissional e de trabalho, visando a delinear o perfil desses profissionais; a segunda parte constou de questões, formuladas a partir de perguntas norteadoras. As 60 entrevistas foram realizadas pela pós-graduanda, sendo que 45 correspondiam aos trabalhadores e 15 a acompanhantes.

Os acompanhantes dos usuários foram convidados a participar da entrevista ao final do atendimento. Solicitamos que pudesse ser realizada nos seus domicílios no mesmo dia ou no dia seguinte da atenção na unidade.

Dos 15 participantes, apenas um teve a entrevista realizada na unidade, por solicitação do mesmo e o tempo das entrevistas foi entre 25 e 50 minutos. Todas as famílias se mostraram receptivas, agradecendo a possibilidade de falar sobre seu atendimento nas unidades.

Com relação aos trabalhadores de saúde, a entrevista foi realizada na unidade de acordo com a disponibilidade de horário, agendada antecipadamente, variando cada entrevista entre 30 e 110 minutos e esta ocorreu nos consultórios ou nas salas de reuniões. Com cinco trabalhadores a entrevista foi remarcada mais de uma vez. Na entrevista com os pediatras, ocorreram algumas interrupções, pois numa unidade, no momento da entrevista, só havia um pediatra, já em outras unidades a atenção dos pediatras era dividida em números par e ímpar, sendo necessário parar a entrevista para que as crianças ou adolescentes fossem atendidos. Em geral observou-se colaboração para se realizar a entrevista, em algumas oportunidades os pediatras não participantes, que estavam no plantão, ajudavam no atendimento enquanto era realizada a entrevista. Só teve uma recusa de um pediatra. A acessibilidade também foi observada nos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, neste grupo profissional não houve recusas.

Na construção dos instrumentos, tivemos como base o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelecido pela Portaria nº. 2048 (BRASIL, 2004b), o PNASS (BRASIL, 2004c) e o manual sobre “Acolhimento com avaliação e classificação de risco”, como uma das tecnologias propostas nos serviços de urgências e emergências dentro da Política de humanização (BRASIL, 2004h).

4.6 Procedimento de organização e análise de dados

Os dados quantitativos relativos aos indicadores de estrutura foram analisados quanto à ausência ou presença de cada item para depois, junto aos dados qualitativos, enriquecer a análise.

Depois de preenchidos os instrumentos de coleta de dados de estrutura das cinco unidades, os dados foram formatados no programa Excel e posteriormente transportados para análise no programa EPI INFO versão 3.3.2. Cada unidade foi denominada por letras: A, B, C, D e E. Para a apresentação dos resultados, os mesmos foram organizados segundo a área física, materiais, equipamentos, recursos humanos, gestão organizacional e gestão da atenção à saúde. As observações foram codificadas por números, assim elas apareceram com as letras OE (Observação da Estrutura) e o número de acordo com a codificação.

Na organização das observações do fluxo dos usuários e seus acompanhantes, estas foram codificadas de acordo com o percurso dentro da unidade. As observações foram identificadas pelas letras OF (Observação do Fluxo).

Com relação às entrevistas, foram conferidos os textos com a gravação, assegurando as características do depoimento. Foram feitas correções para retirar os vícios da linguagem e a identificação das pessoas e serviços. Na operacionalização dos dados, seguimos os passos propostos por Gomes (1996): ordenação dos dados com a leitura do material e organização dos relatos; classificação dos dados, com a elaboração dos núcleos de sentido e análise final, onde são estabelecidas as articulações entre os dados e a teoria. Para tanto, a leitura do material foi realizada explorando cada depoimento para captar a percepção de cada um dos entrevistados e depois foi realizada no conjunto de relatos, permitindo estabelecer relações entre os depoimentos. Após isto, procedemos à síntese do conjunto de relatos, extraindo as idéias centrais levando em conta nosso objetivo, ou seja, a percepção da satisfação dos acompanhantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde. Cada uma das falas foi identificada de acordo com o participante, os acompanhantes com a letras A e os trabalhadores de saúde com a letra E, quando se tratava de enfermeiras; com as letras AE, tratando-se de auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e M quando o participante se tratava do profissional médico.

4.7 Procedimentos éticos

Inicialmente foi enviado ofício ao Secretário Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e à Diretora Técnica do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, responsáveis pelas instituições onde seria realizada a coleta de dados, como já mencionado. Informaram-se os objetivos e finalidade do estudo, solicitando autorização para a realização da pesquisa. De posse da aprovação, esta foi anexada ao protocolo de pesquisa o qual foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado com o Protocolo nº. 0202CEP/CSE-FMRP-USP, em 8 de agosto de 2006 (anexo A).

Conforme a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, foram solicitados o consentimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes do estudo, ou seja, acompanhantes de crianças e adolescentes e trabalhadores de saúde (BRASIL, 1996). No início de cada entrevista, foi realizada a apresentação pessoal da pós-graduanda, explicando detalhadamente o projeto, os objetivos e finalidades, os benefícios e riscos. Nesse momento foi solicitada a permissão para gravação. Daqueles que concordaram em participar, foi então solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, garantido-lhes o sigilo das informações e o anonimato.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme planejado para este estudo, a fim de atender ao primeiro objetivo de descrever a estrutura do serviço não-hospitalar de urgência e emergência no atendimento às crianças e aos adolescentes nas UBDS, no município de Ribeirão Preto-SP, primeiramente descreveremos a estrutura destes serviços, considerando os recursos físicos, humanos, materiais, gestão organizacional e gestão de atenção à saúde. Atendendo ao segundo objetivo específico, descreveremos o fluxo do atendimento dos usuários, enfocando o acolhimento com avaliação e classificação de risco, descrito por meio das relações entre usuário e trabalhador de saúde dentro do contexto de urgência e emergência. Em última análise, realizou-se a avaliação dos resultados, onde se apresenta a percepção dos acompanhantes e dos trabalhadores sobre o atendimento a crianças e adolescentes.

5.1 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

Na avaliação da estrutura das unidades de atendimento de urgência e emergência para crianças e adolescentes, estudamos a área física, especificamente os ambientes que tinham relação com atenção direta a esta população, embora estas unidades tenham ambientes preparados para dar atenção a todo grupo etário. Em seguida, apresentaremos os recursos humanos e materiais, considerando os equipamentos, medicamentos e os materiais propriamente ditos.

As características estruturais das unidades foram comparadas, como já mencionadas anteriormente, com aquelas estabelecidas na Portaria nº. 2048 (BRASIL, 2004b), assim como alguns critérios do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (BRASIL, 2004c) e uma das tecnologias propostas nos serviços de urgências e emergências dentro da Política de humanização denominada o acolhimento com avaliação e classificação de risco (BRASIL, 2004h). Isto nos permitiu identificar nas unidades não-hospitalares características de uniformidade ou heterogeneidade. Uniformidade, pois, todas têm uma estrutura preparada para os diferentes serviços que devem prestar neste tipo de unidade; e heterogeneidade porque cada uma delas desenvolve as atividades de acordo com uma organização própria do trabalho.

5.1.1 Área Física

Para a apresentação da área física dentro das unidades, iniciaremos pelas observações de características gerais quanto ao conforto, limpeza, sinalização, ruído e segurança.

No que diz respeito ao conforto, considera-se características tais como: tempo de permanência em um determinado local e as condições sensoriais das pessoas, relativas ao conforto térmico, acústico e luminoso (BRASIL, 1995a).

Para enfocar os sistemas de controle ambiental nos estabelecimentos de saúde, consideram-se duas dimensões do processo de edificação: endógena e exógena. A dimensão endógena refere-se ao abrigo humano, cria condições de segurança, habitabilidade e salubridade; a dimensão exógena considera a topografia urbana construída no entorno do estabelecimento de saúde. O ser humano avalia as condições ambientais na qualidade de iluminação, o balanço térmico do corpo e a qualidade do ar. O conforto luminoso busca a

eficiência energética, quanto no aprimoramento de um recurso natural. A iluminação deve favorecer o conforto visual no ambiente (BRASIL, 1995a).

A ambiência das unidades deve adequada para garantir confortabilidade e biossegurança no trabalho, espaços para encontros e trocas. Garantir espaços de conversa entre a rede familiar e social do usuário com a equipe, principalmente em áreas de atendimento a pacientes críticos, como deveriam ser as unidades de urgência e emergência para crianças e adolescentes (BRASIL, 2006e).

Quanto ao conforto relacionado à estrutura física, é percebido pelos trabalhadores da seguinte forma:

“Olha! Esse corredor da pediatria, eu acho que é pequeno, o dia que ele está lotado é muito abafado, agora puseram um ventilador de teto, mas no calor eu acho terrível ficar aí. Tem algumas erradas, mesmo com a reforma, são apertadas algumas salas, alguns móveis antigos” (E 7).

“Está uma sucata isso aqui. O posto está sucateado. Você ouve falar há dois anos que vamos ter uma reforma. O posto está largado às baratas, às traças, sem porta, armário de pediatria não tem, a pediatria está guardando medicamentos embaixo de uma pia, com risco de vazamento, contaminando. Isso já faz dois anos. Nós temos um sofá, foi vaquinha que nós fizemos, nós enfermeiros que compramos. Nada assim, vamos olhar para você, funcionário, você merece trabalhar num lugar que você se sinta valorizado, que você tenha um mínimo de conforto [...]” (E 10).

“Eu acho péssimo para te falar a verdade! Eu acho péssimo! As nossas cadeiras são péssimas, tanto para paciente como para nós mesmos, para os médicos, para os próprios funcionários, então esse banco da sala de espera é desesperador isso aqui. Eu não sei nem quem é que fez isso aqui. Desesperador! As pessoas baixinhas não conseguem sentar, se você senta você fica com a perna pendurada, doendo atrás do joelho” (AE 10).

“Péssimo! Péssimo! Não tem conforto nenhum, as crianças deitam no banco, os bancos são duros, a sala de espera é muito ruim, é...a sala de atendimento também...eu acho que tudo está em desacordo, está?!?. Tem uma sala para criança, a gente sabe que tem que ter umas cores mais, talvez, alguns bichinhos, uma coisa que deixa a criança mais relaxada, não tem. Então a gente tem que trabalhar muito esse aspecto, a nossa sala de espera aqui, as nossas acomodações são muito ruins, é um ambiente muito ruim” (E 13).

A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe criar ambientes que ofereçam ao paciente espaços de conforto para acolher sua rede social, dentre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade. Para crianças e

adolescentes, já os ambientes estão mudando inicialmente nas cores, novos desenhos e principalmente espaços para o cuidador que permita não romper o vínculo com a família (BRASIL, 2004e).

Existem unidades que a recepção não tem conforto. É assinalado pelos acompanhantes opiniões que denotam em geral a falta de conforto quando o espaço de espera é pequeno, a temperatura não é boa ou a estrutura física está em mal estado de conservação. Os acompanhantes manifestam que:

“[...] porque é assim quando a gente chega lá já entra direto na sala de espera onde ficam só as crianças, agora quando é de emergência eles deixam a gente na primeira sala ali, criança, adulto, tudo ali junto, aí depois que eles chamam para entrar na outra salinha. Eu acho assim, que poderia entrar direto na salinha onde só ficam as crianças” (A 3).

“Está faltando umas duas cadeiras no banco, está em falta, um lixinho perto porque eu não vi lixinho. Eu acho que devia ter mais um ventilador porque às vezes as crianças doentes respiram o mesmo ar, eu acho que precisa de um ventilador e no aerossol, tem poucas cadeiras” (A 6).

“[...] a estrutura física lá é assim: está assim, está ainda decadente. Precisa uma manutenção. Vi mofo lá na laje, eu sei que deve ser difícil para Prefeitura manter todos mas é uma coisa que eu acho que lugar de saúde tem que está limpo, tem que está com uma aparência pelo menos se não for bem, uma coisa muito bem feita, que sempre seja feita manutenção para não aparecer. Então acho que ali a aparência de imediato, física, precisa de manutenção. [...] achou um bebedouro do tamanho de criança lá, acho que para ela não....não sei se deveria ter uma sala de pediatria separada de adulto, mas...é separado os lados, mas na espera ficam todos juntos” (A 10).

“Muito calor. Confortável não é não, ficava muito tempo sentado, doem as costas, o banco duro. Se ficar muito tempo esperando, doem as costas, dói tudo!” (A 13).

As unidades C, D, e E, têm pouca ventilação. A unidade C, quando chegam as pessoas para fazer o cadastro dos usuários, o atendimento é tumultuado, pois está do lado dos ambientes onde as pessoas fazem a fila para agendamento e a posição dos bancos não ajuda a movimentação das pessoas. Já na unidade D não tem bancos na recepção, sendo que a sala de espera está localizada do outro lado, com bancos de cimento. Na unidade E, a recepção e a sala de espera encontram-se continuamente superlotadas, além disso esta última unidade é

visitada por pessoas que só procuram os banheiros ou os bancos para descansarem, sem necessidade de um atendimento médico (O 1).

Já outro acompanhante considerou confortável, quando a unidade tem disposição de pessoal ou a unidade tem o serviço de diagnóstico, como relata:

“[...] é confortável. O que não tinha lá era o Raios X, agora eles puseram, então está bom demais. Se não nós íamos lá para o pronto socorro, esperar a ambulância lá para o pronto socorro, agora tem raio x, agora melhorou” (A 4).

“Hoje não, hoje tem portão, tem um segurança na porta, isso é muito importante entre as pessoas, tudo com encaminhamento, porque a área de saúde é uma área de saúde, se não como que o médico vai a atender a população se tiver aquela bagunça na hora de atender. Eu achei muita diferença agora, para melhor, para melhor. [...]. Foi confortável porque vinha gente em todo momento, tinha médico, tinha enfermeira, eles estavam em todo momento passando ali, perguntando, conversando, então a gente achou bem confortável como eu posso responder, está diferente dos outros tempos” (A 1).

“Não, eu não tenho a reclamar dali não. Está, confortável” (A 15).

No que se refere à limpeza, esta é feita, em todas as unidades, por serviço terceirizado. Observou-se em diferentes momentos a falta de limpeza nas unidades B e E, pois, na entrada de cada uma delas estavam presentes restos de alimentos e papéis (O 1).

Os acompanhantes dos usuários referem que:

“Em questão de limpeza, onde que eu tava ali na pediatria, ali na observação das crianças, ali tava tudo limpinho, tudo organizado. [...]. Eu acho que falta lá na sala de espera mesmo, lá na frente, falta um lanchinho, a água ser mais perto, acho que falta um banheiro ali para as crianças” (A 2).

“Agora está mais limpo, mas chega um dia que não está, que nem a gente vai usar o banheiro não tem papel, papel no chão, a privada suja, não tem como levar uma criança para usar daquele jeito” (A 6).

“Não gostei, já observei, não gostei não, acho que precisa limpar mais,[...] então eu acho, não sei se dá tempo de fazer uma higienização, higienização mesmo com máquina, porque a limpeza deve fazer todo dia, mas precisa” (A 10).

É identificado pelos trabalhadores de saúde que a limpeza melhorou depois de terceirizar este serviço, mas ainda existem manifestações do descontentamento pelo tipo de

limpeza e a falta de pessoal para atender às necessidades de higiene dos ambientes. Assim eles manifestam:

“Isso é problemático, o serviço de higiene e limpeza é terceirizado. À noite, durante a noite, durante a madrugada seria a limpeza terminal mesmo, de lavar chão, paredes, passar máquina, às vezes ocorre, às vezes não. Então a empresa é terceirizada” (E 3).

“Regular, eu diria regular. Eu acho que tem que melhorar na parte da limpeza, que é uma empresa terceirizada, que eu acho que está deixando a desejar, porque deve ser melhor treinado o pessoal, as meninas não têm culpa, elas entram para trabalhar, mas eu acho que elas não tiveram um treinamento para área de saúde” (E 12).

“É uma firma terceirizada, mas com conhecimento de limpeza em áreas comuns, não área hospitalar ou pré-hospitalar, Então, eu espero que essa enfermeira agora, dirigindo, que as coisas começam a caminhar, que seja direcionado para material para limpeza, para esterilização, para desinfecção, coisas que nós enfermeiros da Unidade já batalhamos. Mas a gente não tem perna para tudo” (E 15).

“[...] em minha opinião está boa. Eu dou plantão à noite, geralmente o pessoal limpa toda a parte de pediatria aqui, do outro lado também, fica a noite inteira limpando...eu acho que depois que é uma firma terceirizada, depois que entrou essa firma ficou melhor” (M 6).

Junto a uma boa estrutura nas unidades não-hospitalares, é preciso manter a limpeza dos ambientes, pois como parte do acolhimento permite, aos usuários e trabalhadores, sentir o conforto com ambientes agradáveis, permitindo um trabalho prazeroso e os usuários bem recebidos nesses momentos de fragilidade que estão passando junto a seus familiares.

Com relação à sinalização nos serviços de saúde, a Resolução RDC nº. 50 assinala que os espaços, atividades e equipamentos serão identificados para que os trabalhadores e visitantes possam ter orientação de cada espaço visitado. As placas de sinalização têm como objetivo melhorar a qualidade de atenção, se são estrategicamente localizadas e relacionadas. As placas com carga excessiva de informação muito numerosas e não diferenciadas podem confundir a orientação e identificação das pessoas, problematizando sua qualidade (BRASIL, 2002b; 1995a).

A sinalização, nas unidades B, C e E, não foi observada. Nas demais, identificamos alguns cartazes com informações com letra pequena e pouco visível, levando os usuários que

necessitavam de alguma informação irem até a recepção, interrompendo o trabalho do pessoal administrativo (O 1).

A sinalização é um importante meio de comunicação que os usuários têm ao entrar na unidade de saúde, assim os acompanhantes manifestam:

“Ó, para uma pessoa nova que vai a primeira vez eu acho que é um pouco desinformado. Porque elas, as recepcionistas, elas ficam assim: vai em tal lugar, vai em tal lugar, em tal sala. Eu acho que é onde as pessoas se irritam e acabam assim causando tumulto às vezes, por conta disso daí, porque eu acho que deveria ser assim, ser organizado” (A 9).

“É uma coisa que eu não reparo porque já tenho prática do lugar onde estão, então eu não reparo onde está tal, eu já vou direto sem olhar” (A 5).

“Tudo está indicado, quando o pessoal não tem uma leitura, então pergunta, porque aí tem placa indicatória para todo lado, é só olhar” (A 1).

“É que eu já conheço lá também, Mas para quem não conhece...as pessoas ficam procurando onde que é os lugares, a farmácia, a pediatria, clínica, ginecologia. Para mim, como conheço, é fácil” (A 11).

“Não tem sinalização. Porque onde que a enfermeira mesmo tava, a gente já sabia que ali era a parte de pediatria, porque eu já fui outras vezes, mas não tinha sinalização nenhuma” (A 14).

A manifestação dos acompanhantes permite-nos saber que eles têm experiência de freqüentar estas unidades, não sendo para eles difícil identificar as salas, mas eles recomendam a melhoria da sinalização, uma vez que é dificultoso para aquele que não conhece o serviço.

Outra característica a ter em conta nos estabelecimentos de saúde é relacionada aos ruídos. Dentro das condições acústicas, estas devem ser pensadas no momento de se projetar a construção de um estabelecimento de saúde, especialmente aqueles situados em grandes conglomerados humanos, onde há aumento do tráfego de veículos e intensa atividade urbana. (BRASIL, 1995a).

Áreas com ruídos interferem no desenvolvimento do trabalho, como relatado por um trabalhador:

“Eu acho que está...assim, quem construiu aqui eu acho que não entendia nada de pronto atendimento. Essa sala, por exemplo, não podia estar aqui. Passa muito carro, até hoje não está tanto, mas tem muita gente falando, você vai ouvir, não ouve nada, então está tudo errado por isso” (M 8).

Constatamos que nenhuma das unidades tinha placas externas que alertassem para a diminuição dos sons por ser uma área de saúde. Observamos que os carros que passavam fazendo propaganda ou outros com música alta atrapalhavam o trabalho desenvolvido nas unidades, especialmente quando se tratava de pacientes em atendimento de urgência ou emergência (O 1).

A segurança dos usuários e trabalhadores na sua integridade física também foi considerada como uma característica geral nas unidades. Os estabelecimentos de saúde, ao ofertarem o conjunto da arquitetura, devem considerar dois tipos de público, os usuários dos serviços e os trabalhadores. No que se refere a seu comportamento funcional, este deve ser de fácil acesso aos pedestres com barreiras de proteção, alerta de piso escorregadio e vigilância acessível (BRASIL, 1995 a).

Na entrada das unidades, foi observado que em todas há um espaço para o ingresso dos pacientes às unidades, as cadeiras-de-roda e as macas estão acessíveis para que possam ser usadas, permitindo a segurança do paciente no momento do traslado, especialmente dos que chegam de ambulância (O 1).

Consideramos essas características, pois elas se constituem em elementos modificadores e qualificadores dos espaços. Um ambiente confortável e limpo é um ambiente acolhedor. A sinalização permite fácil deslocamento dos usuários, e a ausência de ruídos fortes é importante no âmbito da saúde do trabalhador e do usuário. Meios que assegurem a integridade física do público contribuem significativamente no processo de produção de saúde.

A Portaria nº. 2048 (BRASIL, 2004b), no que se refere à estruturação física das unidades não-hospitalares, propõe que estas áreas devam ser organizadas por meio de blocos,

atendendo ao ponto de vista funcional com proximidade uma da outra, dando o máximo de racionalidade ao fluxo dos pacientes. Assim, apresentamos na seqüência a descrição física dos seis blocos previstos na regulamentação.

BLOCO DE PRONTO-ATENDIMENTO

Neste bloco é previsto o ingresso das crianças ou adolescentes junto com seus familiares, quando estes vêm por busca espontânea ou transferidos de outras unidades de saúde.

A Tabela 1 apresenta a disponibilidade física deste bloco, responsável pela atenção direta ao paciente.

Tabela 1 - Disponibilidade física do bloco de pronto-atendimento pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

Bloco de pronto-atendimento	SIM	NÃO
1. Sala de recepção e espera com sanitários	5	0
2. Sala de arquivo de fichas	5	0
3. Sala de triagem e classificação de risco	4	1
4. Consultórios médicos	5	0
5. Consultório odontológico	1	4
6. Sala de serviço social	0	5
7. Sala de atendimento psicológico	0	5

A sala de recepção deve permitir o acesso direto dos usuários que necessitem de atenção, e este espaço existe em todas as unidades (O 2). O trabalho desenvolvido na Espanha por Montero et al. (2000), que tem por objetivo analisar a estrutura física e funcional de 340 serviços de urgência hospitalar, enfatiza que a sala de espera deve ser uma área controlada pelo pessoal da saúde, localizada entre a sala de classificação de pacientes e a consulta

médica. Para os autores, esta sala deve ter o espaço suficiente para receber os familiares, especialmente nos momentos de maior demanda, dado que eles devem ter espaços apropriados para receberem informações, especialmente quando se trata de crianças ou adolescentes.

Embora todas as unidades tenham salas de recepção e espera, identificamos que na unidade C, esta se encontra numa localização inadequada segundo o relato dos funcionários, pois, esta é uma área pequena para o atendimento à clientela. Na unidade B, se constata a falta de televisor na sala de espera e, em outras três unidades, A, C e E, os sanitários que deveriam estar perto da sala de espera, estão distantes (O 2).

As unidades A, C e E contam com pessoal administrativo da recepção destinado só a receber pacientes para pronto-atendimento e, nas unidades B e D, são somadas as atividades de agendamento. Como em nenhuma das salas de recepção das cinco unidades tem pessoal específico para dar orientação, as filas são até 15 pessoas, especialmente nas primeiras horas da manhã. Para diminuir as filas nas unidades B e C, observou-se que o pessoal administrativo em primeiro lugar solicita o documento dos usuários, para depois lhes entregar as fichas para seu atendimento (O 2).

Na unidade B, observou-se que o guarda municipal é quem ajuda as pessoas a sair dos carros, das cadeiras-de-roda ou macas e em certas oportunidades orienta os usuários sobre o fluxo de atendimento na unidade (O 2). Em todas as unidades a pós-graduanda, durante a coleta de dados, foi abordada pelos usuários que buscavam informações sobre seu atendimento (O 2).

Com relação à sala de arquivo para fichas de atendimento, todas as unidades têm um local reservado para o arquivamento das fichas. No que diz respeito ao preenchimento das fichas pelos pediatras e pessoal de enfermagem, observou-se que os dados dos usuários estavam registrados, no entanto, de forma desordenada e algumas vezes com letra pouco

legível. Na unidade D, foi observada presença de goteiras, maltratando as fichas e os prontuários (O 3-68-69).

Nas unidades estudadas, a sala de triagem e classificatória de risco é de responsabilidade da equipe de enfermagem. Em três unidades, A, D e E, os plantões diurnos da equipe de enfermagem são de seis horas, nas unidades B e C são de oito horas, com pessoal fixo. No horário noturno, há rodízio, observando-se nas unidades, B, C e D o respeito à preferência do trabalhador para cuidar de crianças e adolescentes (O 4).

A atividade mais freqüente desenvolvida pelas auxiliares nesta sala consiste em obter informações sobre o motivo da vinda ao serviço, administrar algum medicamento por via oral, preencher as fichas com dados antropométricos e orientar sobre o local ou unidade de saúde de referência (O 4).

Depois de serem feitas as fichas na recepção em duas unidades, B e C, foi observado que os familiares das crianças são os que levam as fichas para a sala de triagem e classificação de risco, ficando por momentos filas na porta da mesma (O 4).

A unidade E não tem uma sala específica para esta atividade. O controle de peso e altura e a informação sobre a queixa ocorrem no corredor, de forma não privada, além do que os acompanhantes não têm cadeiras para se sentarem. A lavagem de mãos das auxiliares é realizada na sala de medicação, que é próxima a este local. Na unidade D, há uma única sala para a avaliação e classificação de risco e observação, com um leito. Não há balança para crianças pequenas (O 4).

Nas unidades A, B e C, estas salas contam com uma mesa de trabalho, armário com portas, macas, balança de pé, balança para criança pequena, cadeiras e lavatório para as mãos (O 4).

Com relação às atividades desenvolvidas nessas salas foi relatado:

“[...] quando não tem assim funcionário, eu fico ali para atender, mas eu acho que a pré-consulta é muito rápida, ah, então, qual é a queixa? Eu estou com dor de ouvido, eu estou

com tosse, entendeu? Teve febre? Teve. Medicou? Teve. Medicou? Medicou. Mas quando eu fico assim eu não faço uma anamnese nada, porque não dá tempo, é muita gente, mas eu tento colher o máximo a historiada criança. Sabe? Porque às vezes não é caso nem de passar pelo médico. Têm casos que não é nem para o médico, e no fim acaba sendo triado por ele. E o que a gente observa é que assim, têm crianças às vezes que passa num mês, 20, 30 vezes. Então você vê que a mãe, às vezes a criança está com temperatura ela não sabe o que faz com a criança, eu não sei se é falta de conhecimento, ou se é falta de vontade, sabe? Tem hora que não consigo entender bem essa população” (E 8).

“Nós tivermos uma palestra, mas na Unidade, o acolhimento é...eu acho que não tem curso que se dê o acolhimento. O acolhimento, eu acho que o profissional, ele tem que saber fazer, porque nós recebemos aquelas pessoas que nada mais são do que nosso semelhante, nosso irmão, então a nossa preocupação, a minha preocupação e de outros também que fazem acolhimento aqui é receber, é saber o que está acontecendo, o que é que a pessoa está tomando, o que está comendo, o que está sentindo e a gente passa tudo isso para o papel” (AE 10).

“Não, o acolhimento está sendo feito pelo auxiliar de enfermagem. Durante a semana é feito pelo auxiliar de enfermagem e nas necessidades, algum problema mais grave, alguma coisa que o auxiliar não consiga resolver o problema, que tem que ter uma orientação da enfermeira ou a enfermeira tem que estar resolvendo” (E 12).

Segundo o regulamento da portaria nº. 2048, a avaliação com classificação de risco dos pacientes seria de responsabilidade de um profissional de nível superior, com treinamento específico e utilização de protocolos, avaliando o grau de urgência das queixas dos pacientes e colocando em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2004b). Ainda falta envolvimento dos trabalhadores e gestores de saúde para esta forma de atendimento.

A necessidade de contar com ambientes destinados ao acolhimento e avaliação de risco é identificada pelos trabalhadores:

“Ah, eu acho que devia ter uma sala, a pré-consulta ter uma sala reservada, não perante todo mundo, que chega com problema, não é ali perante todo mundo. Eu acho que devia ter uma sala para esse tipo de trabalho. Quando você está pesando, você está... o outro chega está falando, outro quer saber de dentista, quer saber de farmácia, quer saber de Raio X!! Eu acho que pré-consulta devia ser uma sala não exposta, eu acho” (AE 13).

“É errado, é! porque não tem uma sala privativa! Se chegar ali e falar minha queixa, todo mundo sabe” (M 13).

As salas para o acolhimento e avaliação de risco devem permitir a confortabilidade e também o vínculo, entre trabalhador e usuário, para que nesse processo de produção de saúde,

se construa um território onde ambos identifiquem seu mundo e suas referências, em ambientes de cuidado e atenção à saúde (BRASIL, 2004e).

De outro lado, nas unidades A, B e C, as auxiliares de enfermagem são responsáveis pela assistência no pronto-atendimento e no agendamento. Em duas unidades, C e E, observou-se que as fichas são identificadas com número par e ímpar garantindo que cada médico possa ter o mesmo número de consultas (O 4).

Todas as unidades contam com consultórios médicos, no mínimo dois, para atenção de pronto-atendimento na pediatria. Em três unidades, B, C e E, o corredor, onde os acompanhantes e os usuários esperam pela consulta, tem bancos, mas o espaço é pequeno. Na unidade D, usuários e acompanhantes esperam por seu atendimento na sala de espera geral. A unidade A tem espaço adequado para que os acompanhantes e usuários possam esperar seu atendimento (O 5).

A unidade E conta com um consultório odontológico para urgência e emergência durante 24 horas. As outras unidades têm serviço de odontologia com agendamento, no entanto, quando alguma criança ou adolescente chega ao pronto-atendimento com queixa odontológica, busca-se o seu encaixe (O 6).

As salas de serviço social e de atendimento psicológico são para usuários que têm consultas agendadas(O 7-8).

Os blocos de pronto-atendimento no que se refere à estrutura têm limitações, e a funcionalidade que lhes é dada não facilita os processos de atendimento aos usuários.

BLOCO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO

Com relação ao apoio diagnóstico, estes serviços que prestam retaguarda aos pronto-atendimentos estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Disponibilidade física do bloco de apoio ao diagnóstico pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

Bloco de Apoio ao Diagnóstico	SIM	NÃO
1. Sala de radiologia	3	2
2. Sala de coleta	3	2
3. Sala de análises clínicas laboratoriais	0	5
4. Sala de laboratório de patologia clínica	0	5

A sala de radiologia é um importante serviço de apoio, sendo um serviço terceirizado. Este tipo de serviço é contratado pela Secretaria da Saúde para que realize procedimentos específicos (O 9).

As unidades A, B e E têm infra-estrutura e pessoal que atende à demanda por tal serviço. É necessário assinalar que, em uma destas unidades, chegam pacientes de outros distritos que não têm este serviço, ocasionando em alguns momentos sobrecarga de atendimentos. Duas unidades, C e D, não têm este serviço; a unidade C envia os usuários para um hospital e a D, para três outros serviços de radiologia. As crianças e adolescentes das unidades que não contam com este serviço são transferidos em casos de urgência ou emergência utilizando-se ambulâncias; em outros casos os familiares levam por meios próprios ou quando não podem fazê-lo por motivos financeiros, a enfermeira oferece passes para o transporte. Alguns acompanhantes dos usuários manifestam seu desconforto com o transporte e pelo tempo de espera para a realização do Raio X (O 9).

As unidades que não contam com este serviço apresentam problemas que têm de ser superados pelos acompanhantes das crianças e pelos profissionais de saúde, especialmente quando o tempo de espera é longo, associado ao fator econômico decorrente da falta de recursos financeiros das famílias. Nos casos das crianças ou adolescentes que necessitam de Raio X, a demora se dá por um fluxo que se inicia com comunicação à central de regulação para solicitar o transporte, espera da autorização, espera no local e retorno do paciente. Em muitas destas situações a necessidade de Raio X vincula-se aos acidentes ou quadros

respiratórios agudos (O 9-38). Este serviço é considerado obrigatório em cada unidade, exceto quando houver hierarquia entre as unidades durante as 24 horas, com garantia de acesso e transporte, dentro de um intervalo de tempo tecnicamente aceitável (BRASIL, 2004b; 2004c).

As unidades A e E não contam com uma sala especial de coleta acessível para crianças e adolescentes; a coleta é feita na sala de medicação ou na sala de observação. Nas outras unidades B, C e D há apenas uma sala de coleta, para toda a clientela. Após a coleta, as amostras são identificadas e registradas em um caderno, para serem levadas a outro local fora das unidades para seu processamento (O 10-38).

Em todas as unidades, os exames são identificados de forma legível, desde a solicitação até o resultado (O 39). Na unidade A, por pertencer a uma instituição de ensino, as amostras são processadas no laboratório do hospital público. Nas outras quatro unidades, os exames laboratoriais são feitos por um serviço terceirizado, cada um com um horário pré-estabelecido para o recolhimento das amostras. Há disponibilidade para os exames básicos, urina de rotina e sangue. Observaram-se alguns casos de queixas dos usuários pela demora do resultado mesmo que este possa ser obtido via computador, num serviço em rede (O 11).

O laboratório de patologia clínica é um serviço conveniado, durante os períodos de observação não se apresentou a necessidade deste serviço (O 12).

BLOCO DE PROCEDIMENTOS

Dentre as salas para procedimentos, é obrigatório constar sala de inaloterapia, sala de medicação, sala de suturas e sala de curativos contaminados. De forma opcional a sala de gesso (BRASIL, 2004b). Apresentamos a continuação a Tabela 3.

Tabela 3 - Disponibilidade física do bloco de procedimentos pediátricos das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

Bloco de procedimentos	SIM	NÃO
1. Sala para inaloterapia	2	3
2. Sala para medicação	2	3
3. Sala para suturas	5	0
4. Sala de curativos contaminados	5	0
5. Sala de gesso	2	3

Em todas as unidades, as salas de inaloterapia têm pontos de oxigênio e ar comprimido, com bancos ou cadeiras para cada ponto. Em três unidades B, C e D, fazem o tratamento conjuntamente com os adultos, observando-se em alguns casos desconforto pelos acompanhantes das crianças, quando os adultos tosse e eliminam secreções. Observamos que os pacientes adultos manifestam sentimentos de pena quando a criança chora e outros pelo mal-estar com barulho (O 15).

A administração de medicamentos por via oral é realizada na sala de pré-consulta; quando o usuário necessita de um tratamento parenteral em duas unidades, A e E, este é feito na sala de medicação para pediatria; já nas unidades B, C e D é realizado na sala de medicação destinada aos adultos e crianças. Na unidade E, a sala de medicação também está preparada para atender crianças e adolescentes de urgência que não precisem de entubação (O 16).

Duas unidades, A e E, têm sala de gesso e, na unidade A, está presente a sala de pequena cirurgia. Na unidade A, o serviço de ortopedia é para todos os pacientes e quando ocorre situação de urgência e emergência com crianças e adolescentes, abre-se vaga para prestar tal atendimento. Na unidade E o atendimento de ortopedia ocorre no horário diurno, nos demais horários, os pacientes são transferidos para uma unidade hospitalar (O 17).

Todas as unidades contam com sala para suturas e sala de curativos contaminados (O 13-14).

Neste bloco, a sala de inaloterapia foi muito visitada pela população pediátrica. No período de coleta de dados, não foi observada a presença de adolescentes (O 15). É recomendável que os blocos de apoio ao diagnóstico e de procedimentos tenham uma atuação intermediária entre os blocos de pronto-atendimento, com acesso fácil e ao mesmo tempo independente para cada um deles.

BLOCO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Este bloco deve ter uma outra entrada, com acesso fácil para ambulâncias, portas amplas para entrada de pacientes em macas e fluxo ágil até a sala de emergência (BRASIL, 2004b; 2004c). Apresentamos a continuação a Tabela 4.

Tabela 4 – Disponibilidade física do bloco de urgência e emergência pediátrica das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

Bloco de urgência e emergência	SIM	NÃO
1. Sala de reanimação e estabilização/urgência	5	0
2. Sala de observação pediátrica	4	1
3. Sala. de isolamento	0	5

A sala de reanimação e estabilização deve estar preparada para o atendimento de dois ou mais casos simultaneamente, dependendo do porte da unidade. Os pacientes que chegam a esta sala estão em estado de urgência ou emergência, muitas vezes apresentam-se instáveis do ponto de vista respiratório ou hemodinâmico, necessitando de cuidados profissionais capacitados e em ambiente restrito, de fácil circulação e com organização. As macas devem estar distribuídas de forma a garantir a livre circulação da equipe a seu redor (BRASIL, 2004b). É observado que, em todas as unidades, esta sala tem como responsável os auxiliares de enfermagem para o preparo funcional, supervisionados pelas enfermeiras. Só na unidade A, os funcionários da pediatria são chamados quando chega uma criança, já nas unidades, B, C, D e E os auxiliares de enfermagem responsáveis pela sala fazem o atendimento junto com

o pediatra e a enfermeira do plantão. Na unidade A, há uma sala de estabilização específica para crianças e adolescentes, em todas as outras unidades esta sala recebe usuários de qualquer idade. É necessário ressaltar que estas salas, em todas as unidades, não estão na área de pediatria e, quando é necessária a presença do pediatra e da equipe de enfermagem, eles são comunicados imediatamente seja pelo telefone ou pessoalmente. Na unidade A, há a sala de estabilização específica para atenção infantil. No momento da coleta não chegou nenhuma criança, no entanto, na fase de exploração de campo, observamos dois casos de crianças em convulsão, sendo necessário em um deles colocar a criança na sala de observação, que estava desprovida dos equipamentos necessários (O 19).

As salas em geral encontram-se com adequada disposição de materiais, equipamentos, medicamentos e germicidas. Na unidade E, tal sala tem espaço reduzido, dificultando o deslocamento das pessoas, especialmente quando há dois pacientes em atendimento. Destaca-se que nestas salas em todas as unidades, as macas têm grades e não têm rodas, são forradas com lençol de papel, no entanto, quando é necessário cobrir o paciente não há lençol de tecido. Na unidade B, esta sala é de maior dimensão e além das macas há um leito com grades e rodas (O 19-50).

Quando o paciente entra nas unidades de urgência e emergência, deve-se proporcionar assistência qualificada desde admissão, com medidas para avaliar, estabilizar e iniciar o tratamento, de forma imediata (PERU, 2000). A sala deverá estar preparada para efetuar atendimento imediato e seguro, sendo que a insuficiência de material e de equipamentos não pode acarretar perda de tempo para a equipe e conseqüentemente dano para o paciente. Nestas salas existe muita produção de trabalho procedimental, onde as crianças ou adolescentes podem se encontrar em risco de morte, porém o trabalho em equipe deve ser organizado, integrado e resolutivo (CONDORIMAY, 2003).

A sala de observação pediátrica deve ser exclusiva para pacientes pediátricos e de preferência contígua à sala de estabilização, facilitando o acesso a esses ambientes (BRASIL, 2004b). As salas de observação pediátrica funcionam as 24 horas, nas unidades A, D e E as auxiliares de enfermagem responsáveis por este serviço são as mesmas responsáveis pela sala de triagem e classificação de risco (O 37). Em nenhuma das unidades, a localização da sala de observação era contígua à sala de estabilização, pelo contrário estavam localizadas distante dela. A unidade D não conta com sala de observação específica, pois esta é compartilhada com a sala de triagem classificatória de risco. Na coleta de dados, observou-se que as crianças atendidas nesta sala têm o seu acompanhante ao lado, sendo destinada uma cadeira para seu conforto. Em duas unidades D e E, estas salas não têm ponto de oxigênio e ar comprimido. Todas as salas de observação contam com sanitários e chuveiro; as banheiras são de plástico, não dando segurança quando utilizadas por crianças maiores em função de risco de queda (O 20).

Considera-se desejável uma sala de isolamento (BRASIL, 2004b), no entanto nenhuma das unidades estudadas conta com este ambiente. Quando é necessário isolar crianças e adolescentes, estes são isolados nos consultórios, dificultando o trabalho da equipe de enfermagem (O 21).

BLOCO DE APOIO LOGÍSTICO

O apoio logístico previsto na Portaria nº. 2048 (BRASIL, 2004b) presente em cada unidade encontra-se descrito na tabela abaixo.

Tabela 5 – Disponibilidade física do bloco de apoio logístico pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

Bloco de apoio logístico	SIM	NÃO
1. Farmácia	5	0
2. Almoxarifado	5	0
3. Expurgo/lavagem de material	5	0
4. Central de material esterilizado	5	0
5. Rouparia	5	0
6. Necrotério	5	0

A farmácia nas unidades é uma área importante de apoio, sendo obrigatória (BRASIL, 2004b; 2004c). Nas unidades estudadas, o horário de funcionamento não se dá em período integral, funcionam de segunda a sexta-feira de 7:00 a 22:00 horas. Nos demais horários e dias, os medicamentos são deixados em estoque para uso se necessário. Quando não houver medicamentos disponíveis na unidade, os acompanhantes são convidados a voltar no dia seguinte ou a ir a seu posto de referência. Observamos a presença de funcionários da farmácia em sistema de plantão a distância e estes são acionados especialmente em feriados prolongados (O 22).

Na entrevista com os trabalhadores de enfermagem, estes manifestaram seu descontentamento por realizarem atividades que não correspondem a sua função, como no relato abaixo:

“A única coisa que eu acho, e já coloquei isso, já fiz minha reclamação, é que nos finais de semana, a gente sobrecarrega para entrega de medicação e medicação não é função nossa. A farmácia fecha e põe aqui a medicação para gente entregar nos finais de semana. É nos finais de semana que a gente precisava de ajuda, porque a demanda vem toda para cá porque os postos fecham, a gente se sobrecarrega” (AE 17).

É comum, em Unidades Básicas de Saúde, que a dispensação de medicamentos seja uma tarefa delegada aos auxiliares ou técnicos de enfermagem. Pode ser simples, à primeira vista, mas a atuação na farmácia envolve responsabilidade maior do que aparenta. O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP), por meio de seu departamento de fiscalização, realizou análise a respeito dos danos causados pela dispensação de medicamentos realizada por auxiliares e técnicos de enfermagem. Os problemas

identificados foram o desconhecimento de princípios de farmacologia por parte dos profissionais, principalmente por auxiliares de enfermagem, profissional de maior presença nas UBSs, outro fator foi o desconhecimento do profissional a respeito do princípio de operacionalização da dispensação medicamentosa (SOUSA, 2007).

“Eu acho que não é para nós que dificulta é para o funcionário que está aqui na pediatria, tem muitos que dão de boa vontade, não tem problema, a gente fornece, às vezes quando está tumultuado complica muito, e às vezes é difícil de entender a medicação, têm mães que não têm essa atenção de ler, de ver direitinho, às vezes a mãe não sabe nem pôr na seringa, ou no copinho, você tem que mostrar. O maior problema que eu percebo é para o paciente, porque às vezes você deu um remédio que tem na rede a mãe vai dar o remédio para criança, e às vezes quando não tem, se a farmácia está fechada é domingo, é um sábado, a criança precisa tomar esse remédio, ela não compra porque ela não tem dinheiro. Ela deixa para segunda-feira a criança piorou. A febre não passou, ela piorou. Então acho que são dois serviços, ela passa duas vezes, ocupa duas vezes o médico, aí você vai ter mais coisa para fazer com essa criança porque ela piorou, eu não vejo assim, não é para enfermagem” (E 9).

Essa situação se agrava quando há contrariedade do profissional em atuar na dispensação, pois, ou é deslocado de suas atividades prioritárias de enfermagem para atuar em área que não considera de sua abrangência profissional, ou é simplesmente sobrecarregado com mais esta atividade, além daquelas de enfermagem que também precisa realizar. Aliada à contrariedade, a dúvida a respeito de a quem reportar suas dúvidas ou problemas, seja o enfermeiro, farmacêutico ou médico (SOUSA, 2007).

“Sabe que é engraçado, tudo...tudo o que é engraçado nas unidades quem só trabalha é enfermeira e médico. Farmácia em feriado não abre, fim de semana não abre. Eu não acho certo, porque às vezes o medicamento que está nesse armário, é aquele assim, o rotineiro, mas se precisar de outro medicamento que é da rede, simplesmente não tem. Eu acho que devia ter plantonista na farmácia também. Só que eu acho que isso também não é responsabilidade da enfermagem. Medicação não é para enfermagem. Eu acho errado isso. Eu acho que cada um tem seu papel. A enfermagem quebra galho de todo mundo. Ah!! não veio!!, meu Deus, e agora não acho ninguém! A enfermagem vai. Não é assim que funciona a coisa” (E 8).

Para que seja correta e adequadamente realizada a dispensação do medicamento e orientações a respeito de posologia, da importância do retorno e do tratamento como

terapêutica, devem os auxiliares e técnicos de enfermagem ser capacitados, por meio de cursos específicos promovidos pela instituição ou pela Secretaria de Saúde do Município. Segundo o artigo 13 do Decreto 94406/87 (COREN-SP, 2007), os auxiliares ou técnicos de enfermagem para que possam exercer a atividade com segurança, sempre contarão com a supervisão do enfermeiro em todas as ações. O COREN-SP, alerta para o fato de que, caso ocorram erros na atividade, a responsabilidade sempre será de quem a praticou, seja por omissão, negligência, imperícia ou imprudência. Ressalta, também, que o profissional tem o poder para recusar-se a dispensar qualquer receita ou prescrição que esteja ilegível ou que levante dúvidas, devolvendo-a ao paciente, para que este retorne ao prescritor, solicitando um documento mais preciso (SOUSA, 2007).

“Aí sábado, domingo e feriados nós ficamos com algumas medicações para entregar, mas não são todas. Mas nós ficamos com mais uma responsabilidade que não deveria ser da enfermagem e sim de um farmacêutico. Acabamos fazendo também. Agora depois do concurso, agora está com mais pessoal, pessoal na farmácia. Mas por outro lado continua fechado sábado, domingo e feriados” (E 15).

Todas as unidades têm centrais de esterilização e realizam sistematicamente teste biológico para o controle do bom funcionamento das autoclaves. O pessoal é capacitado para estas atividades de limpeza, desinfecção, esterilização, diluição de saneantes. Só em uma unidade encontrou-se uma forma de registro das atividades feitas nesta sala (O 25-74-78-79).

As áreas como expurgo, rouparia e necrotério estão presentes em todas as unidades, com pessoal responsável por cada setor (O 24-26-27).

No que diz respeito ao almoxarifado, na unidade D, o responsável estava afastado, atividade que em determinados momentos tinha de ser assumida pela enfermeira (O 23), como manifestado:

“[...] algumas coisas, eu acho que não tem a ver com enfermeira não. Eu não tenho que ir lá receber material do almoxarifado, porque a pessoa que está responsável que não é nem enfermeiro, é um auxiliar administrativo está afastado. Eu não tenho que pegar a chave no almoxarifado, abrir, ficar conferindo caixa sendo que eu estou em uma unidade, [...] minha função é atender uma urgência, atender um paciente, orientar, isso eu vou fazer” (E 10).

Este bloco de apoio logístico como bem assinalado dá apoio aos outros blocos (BRASIL, 2004b). Em síntese, identificou-se a partir dos depoimentos da equipe de enfermagem que algumas das atividades que ela assume não são de sua responsabilidade profissional.

BLOCO DE APOIO ADMINISTRATIVO

A composição deste bloco encontra-se descrita na tabela abaixo.

Tabela 6 – Disponibilidade física do bloco de apoio administrativo pediátrico das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

Bloco de apoio administrativo	SIM	NÃO
1. Sala de gerência e administração	5	0
2. Sala de reunião	4	1
3. Sala de descanso para funcionários	2	3
4. Sala de vestiários para funcionários	5	0
5. Copa/refeitório	5	0
6. Depósito de material de limpeza	5	0
7. Área para limpeza geral	5	0
8. Local de acondicionamento de lixo	5	0
9. Estacionamento (ambulância, pacientes e funcionários)	5	0

A sala de reunião é considerada como opcional (BRASIL, 2004b), mas é necessário a disponibilidade destes espaços para que as equipes de saúde possam realizar atividades acadêmicas ou administrativas (O 29).

Em duas unidades, A e D, existe sala de descanso para funcionários; nas demais esta sala é exclusiva dos médicos (O 30). As salas previstas como dormitório, em todas as unidades são de uso exclusivo dos médicos e a Constituição da República Federativa do Brasil, assinala no Art. 7º inciso IX, que trata do trabalho noturno:

que todo funcionário que trabalha entre as 22:00 e 5:00 horas da manhã, tem pelo menos uma hora de direito para repouso e alimentação” (BRASIL, 2001a, p. 35).

O estacionamento destinado às ambulâncias e carros dos funcionários tem uma área específica. Em todas as unidades não há estacionamento para usuários (O 36).

Espaços para depósito de material de limpeza, (local onde são guardadas as soluções para limpeza dos ambientes), assim como áreas para que o pessoal de limpeza desenvolva o seu trabalho (tanque para lavagem de panos de chão, baldes, rodos e vassouras, placas de sinalização) estão presentes em todas as unidades. Os locais de acondicionamento de lixo estão fora das unidades, com identificação do tipo de lixo (O 33-34).

Todas as unidades têm sala para gerência e administração. O vestiário e copa são locais comuns, compartilhados entre todos os trabalhadores (O 28-31-32).

A estrutura física descrita por meio de blocos, ajuda- nos a ter um panorama da disponibilidade que cada unidade tem para prover atendimento aos usuários, no caso de crianças e adolescentes junto com seus acompanhantes.

Sobre diferentes óticas os trabalhadores de saúde assim se manifestam com relação à estrutura física:

“Bom! Primeira coisa é a estrutura física. Eu acho que a Unidade precisaria ter...inclusive tem uma proposta, de reforma da Unidade para adequar melhor inclusive a parte de pediatria. [...] aquele corredor onde as crianças ficam aguardando atendimento, é inadequado porque não tem ventilação, é pequeno, não tem nada assim para entreter as crianças enquanto estão aguardando atendimento. Por exemplo, eu acho que criança não poderia ser atendido com adulto, tem que ser separado, entendeu? Ali não! Fica tudo junto. Fora isso toda Unidade com atendimento de criança tem que ser assim, acho que faz parte até da humanização, tanto é...tem que ter assim um ambiente agradável para as crianças também e a gente não tem aqui. Têm umas coisas mas é bem improvisadas, que até foi de boa vontade dos funcionários que trouxeram, uns bichinhos que foram colocados lá na parede, mas também que tenha funcionários que saibam conversar, que saibam atender a criança, acho que isso é importante” (E 6).

“Na Unidade eu acho assim, que deveria separar um pouco o agendamento do PA [...]. Então, a gente tinha até discutido a questão da reforma, que é assim, têm lugares que é separado pediatria do adulto, eu acho que seria muito melhor se fosse separado. Hoje é tudo junto, mas eu acho que se fosse separado, a qualidade do atendimento melhoraria. A urgência eu falo, a gente até poderia aproveitar a urgência, porque não é urgência que tem toda hora. Tem dia que realmente fica criança com adulto. A criança tem que ter um atendimento especial, mas é difícil. A criança geralmente tem muito medo, então é isso mesmo a gente tem que estar... a criança tem que ter confiança, começa a conversar, é difícil,

acho que tem que ter mais tempo e muito mais paciência, eu acho, e é uma coisa que demora muito mais, mas se fosse separado acho que para criança seria melhor, eu acho” (E 9).

“Para começar o serviço de urgência e emergência, organizar melhor...!! Eu acho que aqui a estrutura atrapalha muito o atendimento. Essa sala de espera para criança em observação, ou acaba esperando sem condições de regulação, fica 2, 3 dias sem comida, sem nada, então esse problema realmente de estrutura acaba pegando mesmo. Acaba sendo bastante prejudicado. E prejudica até a comunicação nossa dos funcionários, a gente fica muito exposto, isso pega mesmo, a gente fica muito exposto” (E 13).

“Acho que tem que pôr tudo no chão e reformar tudo de novo. Mas no lugar adequadamente certinho porque quem projetou esse posto aqui, eu acho que não tinha noção como funciona um posto, nada no lugar certo, nada funcionando como tinha que ser [...]” (AE 15).

“Só se mudasse a estrutura do prédio mesmo! Só se mudasse a estrutura física, por exemplo, se a observação infantil e a urgência infantil fossem do lado de cá. O que acontece que as crianças chegam e ficam no mesmo corredor que os adultos e lá chega muita violência, Tanto...então para as crianças ficarem esperando no corredor que chega gente acidentada, que levou tiro, embriagado, que às vezes agrediu o funcionário, é complicado, então a gente já brigou para ficar aqui. Se existisse uma sala de urgência pediátrica seria o ideal, mas a estrutura física do prédio não permite nem outro tipo de acomodações quanto mais uma urgência só para criança” (M 5).

A estrutura apresentada, na forma de blocos conforme delineados na Portaria nº. 2048 (BRASIL, 2004b) e apontados na PNASS (BRASIL, 2004c), coloca-nos o desafio de que a reforma de unidades depende do financiamento econômico e que tal reforma deva considerar a funcionalidade do atendimento das crianças e dos adolescentes e de seus familiares, bem como as condições de trabalho da equipe de saúde.

5.1.2 Recursos Materiais

Equipamentos

Quando nos encontramos frente a uma criança ou adolescente em situação de urgência, para realizar o atendimento é necessário que os aparelhos estejam funcionando e existam todos os materiais, sem risco de falta ou mau funcionamento. A seguir, apresentamos tabelas

sobre os equipamentos, materiais e os sistemas de energia, água e gases encontrados nas unidades.

Tabela 7 – Disponibilidade de equipamentos das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

EQUIPAMENTOS	SIM	NÃO
1. Desfibrilador com marca-passo externo	5	0
2. Monitor cardíaco	5	0
3. Oxímetro de pulso	4	1
4. Eletrocardiógrafo	5	0
5. Aspirador de secreção	5	0
6. Bomba de infusão com bateria e equipo universal	0	5
7. Respirador mecânico infantil	1	4

Observa-se que, na sala de reanimação e estabilização da unidade A, não se encontrou o oxímetro de pulso. Por informação do pessoal responsável no momento não estava disponível o oxímetro de pulso por estar na manutenção; nas outras quatro unidades que têm este aparelho o sensor não era infantil (O 40-46).

Nenhuma das unidades tinha bomba de infusão, e o respirador mecânico infantil foi encontrado na unidade D (O 40).

A este respeito Granitoff et al. (1994) assinalam que uma das funções da equipe da enfermagem consiste na manutenção da sala, através do suprimento constante de equipamentos e materiais indispensáveis, disponíveis em quantidade suficiente, contando para isso com uma rotina de reposição, considerando que as emergências acontecem de forma imprevisível e, às vezes, simultaneamente.

Os equipamentos quando têm registro, estes correspondem sempre à manutenção corretiva e não a manutenção preventiva que além de preservar os equipamentos evita a falta de algum aparelho importante para salvar a vida das crianças e adolescentes. Todos os equipamentos estavam inventariados pela prefeitura (O 47-48).

Tabela 8 – Disponibilidade de materiais médicos das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

MATERIAIS MÉDICOS	SIM	NÃO
1. Laringoscópio infantil com conjunto de lâminas	5	0
2. Cânulas orofaríngeas infantil	5	0
3. Fios-guia para intubação	5	0
4. Estetoscópio infantil	1	4
5. Esfignomanômetro infantil	0	5
6. Otoscópio com espéculos infantil	0	5
7. Oftalmoscópio	0	5
8. Espelho laríngeo	0	5
9. Foco cirúrgico portátil	2	3
10. Serra de gesso	2	3
11. Jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta	0	5
12. Pinça de Magyll	0	5
13. Bisturi (cabo e lâmina)	1	4
14. Material para cricotiroidostomia	0	5
15. Caixa completa de pequena cirurgia	0	5

A Tabela 8 nos mostra a falta de alguns materiais médicos como o estetoscópio, esfignomanômetro e otoscópio infantil, espelho laríngeo e jogo de pinças de retirada de corpo estranho na sala de estabilização, e esta situação coloca em risco o atendimento de criança ou adolescente. Dos materiais não encontrados como estetoscópio, esfignomanômetro, otoscópio infantil, nas unidades B e E estes fazem parte do *kit* médico e este é entregue, diariamente aos médicos, com a devolução ao final de cada plantão (O 41).

É preocupante que materiais de procedimentos terapêuticos considerados mínimos e sabidamente essenciais, estivessem ausentes em algumas unidades, como por exemplo, nenhuma das unidades tem jogo de pinças de corpo estranho. Os responsáveis manifestam que têm algumas pinças avulsas e quando precisam adaptam. Com relação à caixa de pequena cirurgia não foi encontrada em nenhuma das unidades (O 41).

Tabela 9 – Disponibilidade de materiais descartáveis das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

MATERIAIS DESCARTÁVEIS	SIM	NÃO
1. Cateteres de aspiração	5	0
2. Cateteres nasais	5	0
3. Sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos	5	0
4. Luvas de procedimentos	5	0
5. Cadeirões para fixação de cânula	3	2
6. Fios cirúrgicos	2	3
7. Drenos para tórax	4	1
8. Pacotes de gaze estéril	5	0
9. Pacote de compressa estéril	3	2
10. Esparradrapo	5	0
11. Material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas	5	0
12. Agulhas especiais para punção óssea	2	3
13. Garrote	4	1
14. Equipos de gotas e microgotas	5	0
15. Cateteres específicos para dissecação de veias infantis	5	0
16. Seringas de vários tamanhos	5	0
17. Torneiras de 3 vias	1	4
18. Frascos de drenagem de tórax	4	1
19. Extensões para drenos torácicos	4	1
20. Sondas vesicais	2	3
21. Coletores de urina	2	3
22. Espátulas de madeira	5	0
23. Sondas nasogástricas	5	0
24. Eletrodos descartáveis	5	0
25. Cobertor para conservação do calor do corpo	2	3
26. Lençóis	5	0

Tabela 10 – Disponibilidade de materiais não descartáveis das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

MATERIAIS NÃO DESCARTÁVEL	SIM	NÃO
1. Glicosímetro	5	0
2. Cânulas endotraqueais de vários tamanhos	5	0
3. Adaptadores para cânulas	5	0
4. Máscara para ressuscitador infantil e adolescente	5	0
5. Ressuscitadores infantis com reservatório	5	0
6. Materiais de proteção individual para equipe de atendimento	2	3
7. Conjunto de colares cervicais infantil	3	2

Em relação ao material descartável, chama a atenção a falta de agulhas para punção óssea, material que permite uma ação imediata nos casos de desidratação, por exemplo este material ajuda a ter uma via de acesso parenteral. A ausência de diversos materiais, conforme apontado na Tabela 9 e 10, limita o desenvolvimento do trabalho (O 42-43).

Na tabela 11, são apresentados outros materiais que deveriam estar disponíveis nestas unidades.

Tabela 11 – Disponibilidade de outros materiais nas unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

OUTROS MATERIAIS	SIM	NÃO
1. Prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma	2	3
2. Prancha curta para massagem cardíaca	3	2
3. Tesoura	1	4
4. Negatoscópios	3	2
5. Maca com rodas e grades	5	0
6. Cadeira-de-rodas	5	0

Observamos que há falta das pranchas para imobilizar os pacientes, o pode provocar uma iatrogenia. A falta de negatoscópio na sala de estabilização, dificulta a avaliação médica que deve ser imediata quando esta depende do exame radiológico. Em todas as unidades existem macas com rodas e grades e cadeiras-de-rodas, entanto alguns não estão em boas condições de uso (O 44).

O bom funcionamento da unidade depende, também, de um bom sistema de gerador de energia, fornecimento de água pela rede pública, sistema de telefonia e comunicação. A Tabela 12 apresenta tais elementos.

Tabela 12 – Disponibilidade de sistemas das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

SISTEMAS	SIM	NÃO
1. Gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade	5	0
2. Fornecimento de água pela rede pública	5	0
3. Sistema de telefonia e de comunicação	5	0
4. Rede canalizada de gases e cilindro de oxigênio portátil ou torpedo de O ₂	5	0

As unidades estudadas têm garantido a energia elétrica por gerador instalado em locais de demanda crítica; os poços presentes em cada unidade fornecem água quando não disponível pela rede pública. As salas de estabilização e inaloterapia apresentam rede canalizada de oxigênio ou têm cilindros de oxigênio e ar comprimido (O 45).

Observamos também que todas as unidades têm segurança contra incêndio encontrando-se nos corredores extintores de água, de pó químico seco e de gás carbônico, assim como hidratantes com alarme (O 76). Os extintores manuais são de quatro tipos principais e utilizados conforme a classe do incêndio, ou seja, para materiais sólidos se usa o extintor de água pasteurizada, para líquidos inflamáveis o extintor de gás carbônico, e para equipamentos elétricos e metais se utiliza o extintor de pó químico (BRASIL, 1995b).

A segurança contra incêndios assume dois aspectos especiais: a proteção da vida humana e a proteção dos bens ou patrimônio. Institucionalmente, o incêndio é entendido como uma ocorrência indesejável, como tal deve ser evitado ou controlado, pois quando acontece traz perdas econômicas, problemas jurídicos e atribuição de responsabilidades. Assim as unidades prevêm as condições de segurança contra incêndios, especialmente a populações mais desprotegidas.

Medicamentos

Os medicamentos na sala de estabilização devem estar disponíveis para serem usados na primeira abordagem do paciente grave, agudos ou sintomáticos. É necessário que medicamentos, como anticonvulsivantes e antibióticos, estejam disponíveis, pois existem casos que podem ficar por um período de até 24 horas aguardando a internação (BRASIL, 2004b).

A Tabela 13 abaixo apresenta os medicamentos necessários ao atendimento de urgência e emergência. Estes medicamentos foram classificados por nome genérico de acordo ao Dicionário Terapêutico Guanabara (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2003).

Tabela 13 – Disponibilidade de medicamentos nas salas de estabilização das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

MEDICAMENTOS	SIM	NÃO
APARELHO RESPIRATÓRIO		
1. Adrenalina / Epinefrina	5	0
2. Aminofilina	5	0
3. Brometo de Ipratrópio	0	5
4. Dexametasona	3	2
5. Salbutanol	0	5
6. Sulfato de terbutalina (Bricanyl)	4	1
CARDIOVASCULARES		
7. Amiodarona	4	1
8. Captopril	0	5
9. Dopamina	5	0
10. Digoxina	2	3
11. Nifedipina	2	3
12. Propranolol	3	2
13. Furosemida	3	2
ESPASMOLÍTICOS		
14. Atropina / Sulfato de atropina	5	0
ANESTÉSICOS LOCAIS		
15. Lidocaína	3	2
DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
16. Diazepam	5	0
17. Dipirona	5	0
18. Fenitoína sódica	5	0
19. Fenobarbital	4	1
20. Midazolan	1	4
21. Paracetamol	1	4
22. Prometazina	3	2
23. Tramadol	5	0
ANTIINFECIOSOS		
24. Cefalexina	0	5
25. Cefalotina	1	4
26. Nistatina	0	5
27. Sulfametoxazol+Trimetoprim	0	5
PSICOTRÓPICOS		
28. Haloperidol	5	0
ANTIINFLAMATÓRIOS		
29. Cetoprofeno	2	3
30. Diclofenaco de sódio	2	3
31. Hidrocortisona	5	0
32. Metilprednisolona	2	3

continua

continuação

Tabela 12 – Disponibilidade de medicamentos nas salas de estabilização das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto, 2006

DO TRATO GASTRINTESTINAL		
33. Metoclopramida Cloridrato	3	2
34. Óleo mineral	0	5
35. Omeprazol	2	3
36. Ranitidina	3	2
37. Clister glicerinado	0	5
DA PELE		
38. Sulfadiazina prata	0	5
VITAMINAS		
39. Vitamina K	1	4
OFTÁLMICOS E OTOLÓGICOS		
40. Colírio	1	4
INTERFERENTES NO METABOLISMO		
DA ÁGUA E ELETRÓLITOS		
41. Água destilada	4	1
42. Bicarbonato de sódio	5	0
43. Cloreto de potássio	5	0
44. Cloreto de sódio	3	2
45. Glicose isotônica	3	2
46. Glicose hipertônica 25%-40%	4	1
47. Gluconato de cálcio 10%	5	0
48. Manitol	1	4
49. Ringer lactato	3	2
50. Sais para reidratação oral	1	4
51. Soro fisiológico	3	2
52. Soro glicosado	1	4
53. Sulfato de magnésio	4	1
FARMACOS DIVERSOS		
54. Carvão ativado	2	3

De acordo à Portaria nº. 2048 (BRASIL 2004b), todos esses medicamentos são considerados essenciais especialmente nas salas de reanimação e estabilização. Observamos que nove medicamentos não foram encontrados no momento da observação nas salas de estabilização, em nenhuma das unidades, porém encontramos medicamentos diversos nas salas de pré-consulta, de administração de medicamentos, de inaloterapia e nas salas de observação (O 49).

Todos os medicamentos tinham a data de validade correta e aqueles com controle especial (psicotrópicos) estavam em caixas cujo controle era da equipe de enfermagem. A medicação nesta sala é revisada pelo pessoal da farmácia que faz a reposição quando necessário (O 51-52).

Com relação aos recursos de materiais, equipamentos e medicamentos os trabalhadores de saúde manifestam que:

“Olha, a gente tem assim, ultimamente de vez em quando faltam as coisas, [...] de repente uma medicação falta na farmácia, de repente... a farmácia faz licitação, aí demora para fazer a compra, aí acaba faltando para a gente. O que a gente está pedindo, está sofrendo muito com a pediatria é um aparelho de saturação de O₂ que a gente tem um só, fica na urgência adulta. A gente não tem cabo para pediatria, então aparece um bebê pequenininho e não tem aquele cabo de sensor” (E 2).

“Oxímetro é de adulto, então se o dedinho dele não cabe, fica complicado para você colocar. Se for um recém-nascido... então precisaria ter uma sala de urgência para pediatria. Há necessidade de ter um setor de pediatria porque é uma clientela que necessita de um outro aparato” (E 11).

“Então, é que a qualidade do nosso material deixa a desejar sim, tipo assim, um aspirador que não aspira, entendeu? Às vezes a própria pessoa, não deixa montado um torpedão de oxigênio, às vezes deixa o oxigênio acabar porque eles usam muito, porque não tem nada assim na rede, não tem a rede canalizada. Outro dia de manhã, a gente chegou, tava uma criança tendo crise convulsiva, o oxigênio estava acabando, sabe? O aspirador não funcionou, então isso daí. [...] por exemplo, um aparelho infantil, eu preciso de dois, na verdade, um para deixar na urgência de adulto e preciso de um aqui no fundo” (E 14)

“Olha! Eu sinto que falta muita coisa. Antigamente na pediatria era montada uma caixa, um kit que vinha tudo, tudo. Vinha com fita para medir, vinha com luva, com gaze, otoscópio, com esteto, que mais? vinha um monte de coisa. Depois eles tiraram essas benditas dessas caixinhas. Agora a gente tem às vezes, um otoscópio para o plantão inteiro, para dois plantonistas [...] quando tem alguma urgência, ou quando tem um adolescente com problema de pressão, a gente tem que pedir emprestado na ginecologia, porque é o único lugar mais perto que tem[...] a balança que tava lá, tava presa por um palitinho há mais de 10 meses. Eu consertei...eu de vez em quando dou de mecânica, consertar as coisas” (AE 7).

“É sofrível. Falta. Tem pouca. Assim, não é média nem muito pouca, é de média para menos. Por exemplo, é comum a gente não ter aparelhagem nem para fazer otoscopia. Às vezes tem um só para três pediatras atenderem, então eu costumo trazer o meu de casa. Hoje eu trouxe pilhas porque é muito freqüente ter o otoscópio mas não ter a pilha. Às vezes você precisa de material de entubação, e não tem, e eventualmente algum medicamento que não tem. [...] Então se quiser fazer medicamento que precisar diluir mais não tem a bomba de fusão... por exemplo, você precisa de leite para criança que toma água sanitária, não tem onde se achar, nós precisamos de uma fralda, de roupa, porque o menino veio pelado, porque saiu da

urgência em casa, veio da UBS para cá, a mãe tava descalça e a criança pelada e a gente não tinha nem uma retaguarda aqui. Então a gente tem material que os funcionários trazem deixam aí de doação, para poder favorecer esses pacientes [...]” (M 5).

“Esse posto eu observo que ele é todo preparado para atender só adulto. Porque os...a gente não tem uma sala especial de pediatria, porque o oxímetro de pulso, o adaptador não tem para pediatria. Então é difícil, é bom porque é um diagnóstico importante você olhar a criança, ver se ela precisa de oxigênio, até que ponto ela precisa ser entubada de emergência ou até que ponto você consegue. [...] É ruim, porque às vezes nós estávamos com duas crianças, uma que tava convulsionando e chegou uma outra que caiu do cavalo. E de repente chegou um adulto quase em parada, então ficou uma loucura! teve que colocar uma maca, ficou um quartel, uma guerra. É uma sala pequena até para o pronto-atendimento que está na clínica e quando mistura os dois de emergência ao mesmo tempo, é praticamente impossível” (M 12).

No que diz respeito ao serviço de comunicação em todas as unidades, o principal instrumento utilizado é o telefone (O 54).

Para transferências de pacientes, em todas as unidades há um caderno de registro com dados sobre a hora, nome, diagnóstico e local de transferência. Na unidade A este caderno era específico para crianças e adolescentes (O 55).

Para transferência de pacientes, deve-se levar em conta a complexidade e os custos elevados, tornando necessária a elaboração de um sistema de regionalização e hierarquização do atendimento da criança e do adolescente gravemente doente. A existência de um sistema nesses moldes torna evidentemente necessária a transferência de pacientes de unidades de saúde menos aparelhadas ou mesmo de cenários extra-hospitalares para hospitais com maiores recursos. Um sistema adequado de transporte pediátrico é uma peça fundamental do atendimento, podendo influenciar decisivamente sobre o prognóstico (SCHVARTSMAN; CARRERA; ABRAMOVICI, 2005).

Observamos algumas manifestações dos trabalhadores de saúde relacionadas à transferência de pacientes, apontando dois problemas: as unidades não-hospitalares do município não estão preparadas para manter crianças e adolescentes em espera e outro problema identificado é a demora por parte da Central de Regulação, no transporte desses usuários. Nesse sentido, a qualidade da assistência fica prejudicada, como manifestada:

“O que às vezes a gente sente é que a criança ou o adolescente, que na verdade quando ele fica aqui para aguardar uma vaga no hospital, ele passa um tempo grande, falta alimentação, tem dificuldade e às vezes quando passa a noite, a coitadinha da mãe está lá com a criança, a criança está no divã ou no berço lá, mas ela acaba ficando numa acomodação sentada, não é coisa muito confortável, a gente às vezes acaba pegando no consultório, a gente acaba pondo a mãe lá dentro com a criança mas a mãe também não tem uma cadeira confortável, põe a criança no divã, fecha a porta” (E 2).

“É muito difícil! Essa é uma coisa assim eu conto mesmo...É um dos fatores que desmotiva, desanima. É complicado, não é culpa do médico que está lá, o médico regulador, mas do sistema todo. Então muitas agressões são por isso, porque demora, então a família fica pressionando, com uma certa razão porque ninguém quer ver uma criança ruim. A gente explica que não é culpa nossa, então a situação muito difícil nossa aqui, a gente está vendo a criança mal, grave, com potencial enorme de complicar e não tem...e o colega fala que não tem vaga, tem que esperar, então é uma coisa que eu não sei mesmo assim como se prepara para atender isso, como resolver isso” (M 9).

“Acho que ela é mais rápida do que para os adultos. Eu acho, porque eu acho que a gente tem talvez um pouquinho mais de opções, para criança. Não tem demorado muito não, às vezes demora um pouco na área de ortopedia, dependendo do dia, às vezes a parte ortopédica às vezes é um pouquinho complicada. Já chegou a demorar algumas vezes...em algumas situações eu lembro que nós tivemos uma demora, os pais até reclamaram e tal, mas em outras questões assim, neuro, mesmo em caso de urgência, de emergência, coisa grave assim, nós não tivemos grandes problemas” (E 12).

[...] é demorado, é demorado! Tem muita demora, dificultou muito. Tem muita demora. Eu questionei quanto à alimentação, se vem uma criança se ela pode alimentar, tudo, ela fica na Unidade horas e horas e você não tem nada para oferecer. Nem tem um banheiro adequado aí para tomar um banho, uma alimentação o mínimo, um leite, não tem, bem! [...] Ah! Deveria melhorar e muito, vamos dizer assim: tem caso de paciente que fica horas e horas, com esse serviço de regulação que está tendo agora, complica, porque a gente deveria ter lençóis de tecido, coberta, porque hoje a gente fala em coberta, pode achar estranho, mas na época do frio aqui é triste. Tem mãe que tem criança aí, 4, 5 horas sem ter como fazer uma mamadeira, ah...é precário” (AE 14).

O que mais deixa a gente assim preocupado é a demora que a criança fica aqui sem ir para o hospital. Primeiro lugar é a parte de ortopedia, por exemplo, ortopedista, sexta-feira à noite no dia que sempre estou de plantão, de sexta-feira à noite é um dia assim que acho que tem o maior número de acidentes na cidade. Então se chega uma criança, por exemplo, 8 horas da noite precisando de uma assistência do ortopedista, nesse horário não tem mais na rede, traumatologista, principalmente, às vezes, é 11 horas, meia noite tem paciente que chegou às 8 horas com uma fratura, por exemplo. E o pessoal liga para os hospitais, cada uma das equipe está em cirurgia e não tem uma pessoa para está recebendo essa criança para ser atendida. É demorado. Nessa parte pediátrica teve algumas ocasiões que o paciente ficou esperando muito” (M 14).

Há trabalhadores de saúde que quanto à transferência de pacientes não tem problema como manifestado:

“Eu tenho visto...nos meus plantões tem sido eficaz. Tem sido eficaz. Às vezes demora dependendo à situação. Se for uma época de epidemia, é mais difícil conseguir a vaga, mas assim, ortopedia é rápido, oftalmologia, otorrinolaringologia é na hora, porque soltam a senha na hora, então eu tenho impressão que é muito difícil a gente ter uma queixa. É muito raro você ter vaga zero para uma ortopedia, por exemplo. Então não tem do que se queixar não. Quando é urgente geralmente vai mesmo com vaga zero, então, acho que está bem sensato” (M 15).

As unidades responsabilizam-se pelo transporte de pacientes o qual é feito pelas ambulâncias do SAMU, existindo duas em quatro unidades e em outra unidade só uma ambulância. Todas estas ambulâncias estão preparadas para assistir pacientes de urgência e emergência de qualquer idade, pois são as ambulâncias de suporte básico. Duas ambulâncias de suporte avançado estão centralizadas em uma unidade. As viaturas de suporte básico transportam pacientes de distintas gravidades, ou quando é necessário que este realize algum exame de diagnóstico (O 53). Seguindo a hierarquização dos serviços, quando as crianças e adolescentes devem ser referenciados, estes são levados para unidades de distinta complexidade previamente determinada pela Central de Regulação Médica (BRASIL, 2004b).

Quando se trata de criança traumatizada, o atendimento inicia-se na cena do evento traumático, com a chamada da equipe de atenção não-hospitalar, sua avaliação e abordagem, seguida do transporte para um serviço de saúde de urgência e emergência adequada à situação, preferencialmente mais próxima à ocorrência da avaliação inicial. A atenção não hospitalar tem como objetivo a obtenção do equilíbrio fisiológico rápido, baseado na identificação e tratamento das lesões que põem em risco a vida da criança (exame primário), seguido da pesquisa de outras lesões (exame secundário) e orientação para o tratamento definitivo (cuidados definitivos) (SCHVARTSMAN; CARRERA; ABRAMOVICI, 2005).

5. 1. 3 Recursos Humanos

Entre os recursos profissionais, a Portaria nº. 2048 (BRASIL, 2004b) recomenda que o pediatra, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem para pronto-atendimento pediátrico estejam sempre presentes nestas unidades, o mesmo para os auxiliares administrativos alocados na recepção, assim é descrito também na PNASS (BRASIL, 2004c).

Na unidade A, encontramos residentes de pediatria e estudantes de medicina e os pediatras são vinculados também às atividades de ensino, desenvolvendo tal atividade junto aos estudantes e residentes.

O profissional de enfermagem é responsável pelas atividades assistenciais e administrativas em todas as unidades; quando estão em mais de dois dividem o trabalho, sendo um responsável pelo pronto-atendimento. Geralmente no plantão da noite, feriados e finais de semana encontrou-se uma única enfermeira em todas as unidades.

Com relação à identificação dos trabalhadores de saúde, observou-se que alguns estavam com crachá (O 58). Nas unidades B, C e D, foi mais freqüente a identificação por crachá no pessoal de limpeza. Existem outros trabalhadores que dão suporte à atenção como o técnico de radiologia e o técnico de laboratório e estes pertencem a um serviço terceirizado, como já mencionado. A disponibilidade de outros profissionais também foi avaliada, embora sua presença seja opcional, assim os profissionais psicólogos e de serviço social são para atendimento de pacientes agendados.

Os pediatras, enfermeiros e auxiliares de enfermagem manifestaram que no passado já houve programa de educação permanente (O 61). Com relação à forma de trabalho e conduta clínica, em nenhuma unidade foram encontrados protocolos de atenção para esta população (O 60). Assim quanto à capacitação na área, os trabalhadores de saúde manifestam:

“A urgência em geral, eu venho trazendo assim, que eu era da unidade de emergência, isso vai ajudando. Mas na pediatria é mais a experiência do que aparece mesmo, e em busca de

curso, que nem fiz BLS, procurei ler muitas coisas para gente se interagir, pergunto aqui, pergunto ali para gente, mas assim eu tenho um pouco de dificuldade em relação à medicação. Eu fico muito apreensiva a gente numa urgência sempre fica, mas com adulto eu trabalho mais, com a pediatria eu fico mais apreensiva em relação à medicação, aos cuidados mesmo pelo pouco de experiência que eu sei que eu tenho, que eu sinto que eu vou tentando melhorar cada dia que passa, mas em cima de experiências, experiências e bastante leitura. tentando se encaixar”(E 2).

“Olha! Pela Prefeitura eu não recebi nenhuma capacitação. Eu tenho um pouco mais facilidade porque eu trabalhei num setor de terapia intensiva. Então a Unidade em si não me propiciou esse tipo de treinamento e nem de formação. Hoje é...saiu...tem até um ofício aí, falando que os enfermeiros que tiverem o interesse em receber um treinamento de atendimento de urgência que eles vão poder ser ouvintes do curso de suporte avançado. Mas como ouvintes. Sem desenvolver a parte prática, sem ter capacitação adequada. Só a parte observacional e conteúdo teórico. É, aqui em Ribeirão houve um retrocesso, você tinha toda a parte de suporte avançado aberta para médicos e enfermeiros. Chega a ser engraçado, porque a hora que chega urgência o primeiro profissional que chega lá para atender é o enfermeiro, e eles não te dão a oportunidade de você realmente de fazer avaliação da gravidade tomar as condutas adequadas. Para assumir o risco daquele paciente. Mas isso é corporativismo médico” (E 4).

“Não, capacitação nenhuma pela Prefeitura. Prefeitura é assim, você vai aprender no cotidiano do seu trabalho. De vez em quando tem só que em horário assim, que não é para pessoal que trabalha à noite, porque o pessoal que trabalha à noite tem outro emprego. Então nós precisaríamos que seja no final de semana ou ser no horário nosso no noturno. E normalmente, eles fazem esses atendimentos de urgência em treinamento de manhã e de tarde. E a maioria tanto auxiliar como enfermeiros têm 2 ou 3 empregos. Então fica inviável, está fazendo curso pela Prefeitura” (E 11).

“Olha! Eu acho que é muito mais da nossa vivência, da nossa experiência, curso de pediatria nós temos muito pouco, outro dia até emprestei um material com um colega enfermeiro, que eu e uma médica fizemos sobre o que é prioridade em pediatria, e o que fazer de assistência de enfermagem, para essas crianças, Então é muito mais do interesse da gente, na verdade do que..e curso na pediatria também é tão difícil de aparecer! Olha! Eu fiz um, acho ATLS faz 3 anos, 4 anos, eu fiz. Eu fiz esse curso, não precisou pagar, esse curso fiz até de graça, foram dois dias,[...]” (E 13).

“Inclusive a gente está pedindo, a gente está pedindo já há algum tempo, urgência e emergência e vacina. Pedimos já há algum tempo mais uma vez a gente cai no problema de funcionário. Não tem como você tirar dois, três do plantão para ficar uma semana toda fazendo curso, [...] não tem como. Seria fora do horário, aí fora do horário tem um monte de problema, ninguém pode. Agora a aprendizagem é no campo” (AE 5).

“Quando eu entrei exista, tinha um ...como é que eu posso falar? Tinha um pessoal que fazia muito curso! Da Prefeitura, mas isso daí aos anos passou um tempo, foi desativado, [...]. Hoje eu fiz um curso a algum tempo atrás, de ATLS, mas foi pela [instituição de ensino] por convênio da instituição com a Prefeitura, foi desse jeito e agora como não temos mais para fazer um curso benéfico ao seu serviço e não tem reconhecimento nem as horas que você está fazendo, não está sendo horário de serviço. Agora tiraram tudo isso, então até assim, todo mundo se sente até desmotivado,[...]” (AE 11).

“A gente além de ter formado em UTI, que é praticamente saúde e emergência, fiz também na época da residência na pediatria o PALS que é esse de capacitação para urgência em pediatria, que é oferecido aqui de tempos em tempos. E fiz também o curso de reanimação neonatal, pela [instituição de ensino] agora pela prefeitura não teve nada, nem tem nada programado” (M 2).

Nas falas acima, podemos ver que a relação com instituições de ensino teve outras possibilidades de capacitação. Ao respeito Mishima et al. (1997) assinalam que a cooperação conjunta entre universidade e serviços de saúde possibilita a troca de experiências saudáveis. Nesse sentido a universidade contribui com a atualização frente às rápidas mudanças que ocorreram no setor saúde e conseqüentemente com um ensino dinâmico, realista e atual. Do lado dos serviços proporciona uma aproximação com elementos teóricos e para ambas uma fluidez na relação teoria-prática e pesquisas que respondam às necessidades do processo saúde-doença, bem como a organização das práticas sanitárias.

Os trabalhadores manifestam que ainda falta oferecimento de cursos pela secretaria de saúde, ressaltamos também que do lado dos trabalhadores existem limitações em assistir às capacitações que já foram oferecidas, assim teria que ter mecanismos a superar estes obstáculos na capacitação dos trabalhadores. Os trabalhadores continuam manifestando:

“O que me falaram que teve um curso mas era de curso de adulto na época eu estava de férias, mas era para adulto. Pediátrico, eu não fiz o PALS ainda, pretendo fazer, mas assim, não teve por parte da Secretaria de oferecer o curso, que eu saiba, não”(M 7).

“Pela Prefeitura fiz alguns cursos...ahn...nada de emergência. Acho que existiu há pouco tempo, de emergência, mas que foi avisado de última hora e não sei te contar o porque, qual o motivo, mas eu faço lá .as jornadas, o PALS, os cursos de emergência da [instituição privada] que acaba tendo, o curso PALS para pediatra, o último que eu fiz, até eu preciso fazer outro, foi em 2003” (M 11).

“[...], por exemplo, se tem algum um surto ou alguma incidência de uma doença, de alguma patologia de alguns casos, têm alguns funcionários da rede que são responsáveis por isso, [...] Eu não fiz o PALS. Foi feito pela rede mas nos dias que foram feitos eu estava de plantão, eu não tinha condições de fazer. Eu faço plantão nos finais de semana também, e era, por exemplo, um sábado, e o domingo inteirinho, então era um dia que eu estava ocupado em outra atividade e não pude fazer” (M 14).

As unidades não têm um mecanismo de avaliação dos trabalhadores no que diz respeito a satisfação e desempenho do trabalho realizado. Na unidade A, que pertence a uma instituição de ensino, seus trabalhadores têm plano de carreira e isso constitui para alguns uma motivação (O 72). Na discussão sobre satisfação, no item 5.3.4, retomaremos esta questão.

Com relação à medicina do trabalho e o controle de acidentes de trabalho, a secretaria de saúde do município tem estes serviços e está organizada por meio de comissões onde cada trabalhador de saúde das unidades pode apresentar-se para fazer uso deste serviço (O 70-71).

5.1.4 A Gestão Organizacional

Em todas as unidades, a gestão do serviço é realizada por um profissional habilitado para o cargo referendado pelo secretário da saúde. Nas unidades A, B e E, este cargo é ocupado por um médico, na unidade C e D, a responsabilidade pela gestão é de uma enfermeira; no momento da coleta de dados os gestores das unidades B e E estavam de licença, cargo que foi também assumido por enfermeiras (O 62).

Os gestores de saúde cumprem oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, nos demais dias e horários os enfermeiros são responsáveis pelo setor e, conseqüentemente, pela resolução dos problemas. É necessário ressaltar que existe um profissional responsável pelo plantão administrativo, realizado pelos gerentes das unidades, a distância e também pela equipe da administração central da secretaria de saúde, nos feriados e finais de semana. Esses profissionais são acionados quando se apresentam problemas como, por exemplo, há falta de médicos (O 63).

Os trabalhadores entrevistados quando têm alguma opinião, reclamação ou dificuldade assim se manifestam:

“Então, normalmente a gente leva para o gerente e normalmente também a gente discute com as colegas de trabalho, então por exemplo, é um plantão difícil, tem pouco funcionário, olha! Assim não dá, é muito complicado, você entendeu? Mas eu sinto falta assim, sabe acho que falta integração entre as enfermeiras [...] que às vezes você escreve alguma coisa a nível no plantão, que nem eu dei um plantão que eu questionei um feriado 7 de folga, e 3 trabalhando no Posto. Porque feriado aumenta muito, gente aqui. É mais paciente, é mais alcoolizado, é mais crise convulsiva, é mais tudo. Quer dizer então que eu dou folga para o funcionário!! Não, não é assim que funciona. Então é difícil” (E 8).

“Então às vezes a gente liga lá para as questões de enfermagem, elas não aceitam, da Secretaria, elas não aceitam! Não aceitam, a gente tem muita dificuldade lá também, e...porque elas acham que se tem um gerente, então a gente tem que tratar todas as questões com o gerente. E só que assim, a gente tem as dificuldades, porque ele não é enfermeiro” (E 14).

“Olha! Ultimamente aqui no Posto a gente não tá tendo assim, ninguém para colher nada, porque as enfermeiras...nem a gerente quer saber de problema manda as enfermeiras resolver, você entendeu? Tem hora que eu vou lá na secretaria falar com a chefe da Divisão de Enfermagem, ela está para vir fazer uma reunião tanto com as enfermeiras quanto com os funcionários, que nós estamos tendo problema” (AE 9).

“Depende da questão em si, mas assim, normalmente a gente costuma ter realmente retorno das enfermeiras, o pessoal da administração e da gerência mesmo. Isso não tem problema não, eu sou despachada, quando tenho alguma coisa que me incomoda eu vou logo na fonte e resolvo de uma vez” (M 5).

A Secretaria de Saúde tem um documento on-line (RIBEIRÃO PRETO, 2007) dirigido à categoria de enfermagem onde são referidas as atribuições da equipe de enfermagem (O 64).

Sobre a divulgação de serviços, foi referido que, na unidade A, ao prestar serviços à comunidade tem tais serviços divulgados por meio da mídia. Para as outras unidades, tal divulgação é feita pela Secretaria de Saúde por meio de panfletos ou avisos distribuídos em cada unidade (O 65).

Em nenhuma das unidades é realizada pesquisa de satisfação dos usuários. Para que os usuários expressem suas reclamações, sugestões e solicitações, nas unidades A, C e D, têm-se as Comissões Locais de Saúde e o Grupo Gestor do Conselho Técnico Administrativo de cada unidade. Na unidade C, foi identificada uma caixa na sala de espera para colocar sugestões (O 66-67).

A Secretaria de Saúde tem um fôlder com informação para que os usuários possam conhecer a oferta e utilização correta dos serviços de saúde e participe efetivamente por meio de um telefone de atendimento gratuito para todo o município (O 65).

Na Secretaria de Saúde, existe uma Comissão de Controle de Infecção e cada unidade tem representação, sendo que quatro unidades têm enfermeira como representante e uma o médico (O 73).

Em todas as unidades não se encontrou gerenciamento do tempo de permanência do paciente dentro da unidade (O 80).

5.1.5 Gestão da Atenção à Saúde

Na unidade E, foi manifestado que já se tentou por meio de senhas, não dando resultado; na unidade C, o pessoal da recepção tenta diminuir o desconforto nas filas acelerando o cadastramento dos pacientes, como já mencionado (O 81).

O estudo de Jarrod et al. (2006) teve como objetivo definir e estudar o comportamento de um indicador sensível à acumulação de pacientes pediátricos em urgências e tal indicador foi denominado densidade horária de pacientes acumulados. Neste estudo, de tipo descritivo retrospectivo, foi proposto avaliar a hora de admissão e alta, de todos os pacientes pediátricos que transitaram pela urgência, no último quadrimestre de 2002, fazendo-se uma diferenciação dos meses de setembro/outubro, período com demanda considerada habitual e novembro/dezembro, meses com demanda epidêmica. Este indicador revela o número de pacientes que em uma hora determinada podem estar pendentes de alta, pacientes sem atenção médica, pacientes que estão sendo atendidos, pacientes na espera de algum meio de diagnóstico, os que precisam de atenção da especialidade, os que permanecem em observação ou tratamento. Encontrou-se que este indicador detecta períodos pontuais de acumulação, e

essas situações de saturação podem alterar a qualidade assistencial. Para os autores, uma situação pontual de saturação não repercute na dinâmica do serviço, mas uma situação mantida desorganiza a dinâmica. Este indicador também permitiu calcular a duração da acumulação de pacientes e seu estudo epidemiológico, ajudando na designação dos recursos humanos e materiais e na melhoria da qualidade assistencial.

Com relação ao direito da criança a acompanhante, encontrou-se que na unidade A, só podia entrar para a consulta um familiar (O 82), fato manifestado por um pai que ficou na recepção esperando pelo resultado, conforme relata:

“Por exemplo, se for eu e ela [mãe da criança] com minha menina eu não posso entrar na unidade. Eles não deixam os dois entrar, só um. Eu acho errado” (A 14).

Quando as crianças e adolescentes estão na sala de observação, um familiar pode permanecer durante 24 horas do dia, em uma cadeira, sem direito à alimentação, trazendo constrangimento às pessoas (O 83).

Ações proativas que ajudem a elevar o grau de satisfação de pacientes e funcionários não foram observadas nas unidades. Na unidade A, foi manifestado que os trabalhadores já tiveram grupos terapêuticos, com atividades de motivação (O 84).

A presença da guarda municipal é nas 24 horas, responsabilizando-se pelo cuidado do patrimônio das unidades; alguns colaboram orientando os pacientes ou ajudando-os na saída de carros ou ambulâncias como já mencionado. Quando acontece algum problema, por exemplo, de reclamação de pacientes, eles os encaminham ao setor competente. Quando ocorre algum tipo de enfrentamento entre usuários e os trabalhadores de saúde, eles convidam a pessoa a sair da unidade, e nas situações mais graves são eles que acionam a polícia. Na unidade A (instituição de ensino), existe pessoal responsável pela segurança e estes realizam o controle de ingresso dos usuários ao pronto atendimento durante as 24 horas. Nas outras unidades, não há controle para tal ingresso (O 86).

A manutenção predial corretiva foi realizada há tempos nas unidades B e C. A infraestrutura nova corresponde à unidade A, porém foi manifestado pelos trabalhadores que as unidades D e E estão sendo estudadas para sua reforma (O 76). Em geral os estabelecimentos de saúde são organizações dinâmicas, sempre em mutação, por exemplo, paredes e divisórias são seguidamente removidas, deslocadas ou acrescidas, alterações espaciais se sucedem em decorrência de exigências administrativas e técnicas, em outras vezes novos equipamentos demandam suportes, apoios, suprimentos e instalações que podem ser de água, energia elétrica entre outras. Cabe lembrar que os estabelecimentos de saúde estão sujeitos a sofrer através dos tempos o efeito da obsolescência física e funcional. São importantes a flexibilidade e expansibilidade como remédios para uma arquitetura de manutenção (BRASIL, 1995c).

O sistema de atendimento nas urgências e emergências nestas unidades pode ser de baixa qualidade pela falta de condições físicas e estruturais ou associada a uma inadequada distribuição de ambientes o qual prejudica o fluxo dos pacientes, com limitada disposição de equipamentos e materiais que dificultam o atendimento das crianças e adolescentes com risco de perder a vida. No estudo de Rosa e Hortale (2000) que teve como objetivo identificar elementos que ajudem a entender melhor a ocorrência de mortes perinatais potencialmente evitáveis, encontrou-se que das quatro maternidades estudadas, duas delas apresentaram deficiência na estrutura física, serviços e equipamentos, verificado pela falta de substituição de aparelhos quebrados; obras no berçário consideradas de emergência, não tinham sido concluídas, depois de três meses de início; falta de equipamentos de anestesia; falta de aparelhos de pressão, estetoscópio e demora no conserto do doppler. Para os autores, isso explicaria em parte os óbitos perinatais, além da falta de capacitação da equipe.

Em todas as unidades estudadas, o ponto forte foram os recursos humanos; a presença do pediatra é vital na atenção, bem como da enfermeira, dos auxiliares e técnicos de enfermagem durante as 24 horas (O 56).

5.2 AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS

A observação do fluxo dos usuários e acompanhantes ocorreu com três deles em cada unidade, desde o ingresso até sua saída. Os períodos e dias observados de segunda a segunda nos plantões da manhã, tarde e vespertino.

5.2.1 O acolhimento na porta de entrada: entre a procura e a resolução a seu problema

O fluxo do paciente deveria ter seu início nos Núcleos de Saúde da Família ou UBS, que teriam a responsabilidade de atendimento ou encaminhamento das urgências ou emergências, quando necessário às UBDS (BRASIL, 2004b).

Em nosso estudo, as crianças e adolescentes que chegaram às unidades de urgência e emergência, nas UBDS, foram sempre acompanhados por uma pessoa adulta, e o motivo apresentado foi desde uma febre até uma queda, conforme já mencionado. Ramos e Lima (2003) assinalam que existe ainda o modelo de pronto-atendimento nos serviços primários de saúde, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. Esta situação é apresentada por Cecílio (1997), quando argumenta que o tratamento feito, na maioria das vezes, é apenas paliativo, ou seja, para cada sintoma um medicamento de modo que o problema de fundo não é enfrentado.

Os motivos relatados pelos acompanhantes foram:

“Tosse, tosse e febre. Faz 4 dias. A febre só dois dias. [...] Aí domingo apareceu a febre e a tosse piorou, aí levei [ao posto] de novo. Nas três vezes, foi médico diferente”(A 6).

“O motivo foi a enfermidade de minha neta, que pegou a gente de surpresa. [...] ela teve essa febre de uma hora para outra” (A 1).

“Porque meu filho caiu, tava brincando e caiu de cima do sofá, aí machucou o beijo, quebrou o dente”(A 8).

“Quando ela nasceu, o diagnóstico dela foi Paralisia Cerebral.[...] Ela começou a ficar com falta de ar e respirando cansada,[...]. Então a sonda saiu, eu tive que levar ela por causa da sonda. Não posso alimentar sem a sonda” (A 12).

“[...] ele tava brincando, brincando com o irmão dele. Aí, pegou e fechou a porta e ele chutou e pegou o pezinho dele, cortou. Aí que ele começou a gritar e foi onde a gente socorreu, [...] eu falei, Meu Deus! A mãe dele não tá aqui, não tinha deixado nem um telefone, procurei, não achei” (A 15).

As crianças que visitam os serviços de urgência e emergência, geralmente chegam com febre como sinal de perigo, onde o pessoal de enfermagem deve estar preparado para interrogar os acompanhantes quanto à frequência, tratamento em casa e outras características que ajudem a um diagnóstico. Aferir a temperatura deve ser uma prática rotineira nesta clientela. Nos estudos sobre a avaliação de risco entre crianças, a febre tem sido apontada pelos profissionais de saúde como um dos principais indicadores de perigo, conjuntamente com a dificuldade respiratória e a diarreia. Tais estudos assinalam que a falta de avaliação destes sinais contribui para a não detecção precoce dos casos mais graves, com maior risco de morte, e reflete também a necessidade de ênfase na capacitação dos profissionais (CUNHA; BENGUIGUI e SILVA, 2006-AIDPI).

As demandas dos serviços de urgência e emergência por todo e qualquer tipo de patologia não são poucas, teria que se refletir sobre a utilização da tecnologia certa, no espaço certo e no momento certo. Os casos que são realmente de urgência ou emergência acabam constituindo um percentual muito pequeno dentro do volume total de atendimentos (CECILIO, 1997).

Estes casos não correspondem ao iminente risco de vida, mas teríamos que lembrar da urgência e emergência social como referem Martinez e Nitschke (2001), ou seja, o fator social

é parte de um conjunto de subfatores: angústia, idade, sexo, aparência ou a incerteza de que o que acontece com as crianças ou adolescentes não é bom para seus filhos.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), apontou que existiam limitações de acesso aos serviços de saúde. Assim, 80% da população brasileira referiu ter um serviço de uso regular, sendo este o posto de saúde; 41,8% em 1998 e 52,4% em 2003 manifestaram ter como uso regular o pronto-socorro ou serviços de emergência. Os principais motivos indicados para o não-atendimento das demandas numa primeira busca foram pela indisponibilidade de senha ou vaga (48,9%) e falta de médico (25,5%) para o atendimento (BRASIL, 2003c).

Segundo Ramos e Lima (2003), o acesso se dá de várias maneiras tais como: a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento; dificuldades para a obtenção do atendimento, como filas e tempo de espera; tratamento recebido pelo usuário; priorização de situações de risco, urgências e emergências; respostas obtidas para demandas individuais e coletivas; possibilidades de agendamento prévio.

A organização do setor saúde no que diz respeito as UBS, com relação ao horário de funcionamento e ao tipo de atenção, dificultando o acesso, conforme assinalado por Samico et al. (2005), quando apontam que a grande demanda e o não-funcionamento das unidades nas 24 horas, durante toda a semana, são fatores que dificultam o melhor acesso do grupo infantil.

É assinalado por Cecílio (1997) que o esforço para tornar as UBS verdadeiras portas de entrada do sistema de saúde, por mais que se amplie e se invista, fica sempre aquém do que se deseja, seja porque parece não ter fim a demanda por pronto-atendimento, seja porque por mais equipado que estejam sempre são de menor resolutividade para situações que exijam um atendimento mais ágil, dito de urgência.

Alguns acompanhantes passaram antes pela sua unidade de referência, na procura por atendimento, como manifestado:

“Primeiro levei no Posto, mas eu cheguei lá, não tinha pediatra. Aí inscreveram e encaminharam ela [à unidade]” (A 1).

“[...] eles falaram que não podiam atender porque tinha caído um raio lá, o computador tinha queimado e a médica tinha mais de 17 crianças no dia e ela me mandou para [unidade], direto porque lá eles já fariam um exame de urina, [...]” (A 2).

“Falaram que não tinha como encaixar porque tava muito...tinha muita criança com urgência na frente. Daí eles marcaram pra amanhã, daí eu não quis esperar até amanhã, resolvi levar hoje lá embaixo no Posto Central [unidade]” (A 5).

No estudo realizado por Kovacs et al. (2005), assinala-se que as limitações no acesso à atenção primária respondem a quatro possibilidades: a primeira, que a criança teria um quadro que exigia atendimento mais rápido, passível de resolução no nível primário, em horário e dia em que essas unidades estão fechadas; a segunda possibilidade estaria associada à inserção dos seus responsáveis no mercado de trabalho, motivando que não utilizassem previamente o serviço correspondente no evento atual; a terceira remete à organização do atendimento, vínculos entre usuário e equipe e a quarta possibilidade corresponde ao acesso geográfico que tem peso na opção de não buscar outros serviços. Para os autores, os resultados do estudo evidenciam que 161 crianças (42%), de um total de 383, buscaram inicialmente a unidade mais próxima de suas casas.

Na unidade E, observamos que nenhum dos usuários pertencia à área de abrangência, manifestando que a unidade E é mais acessível pela economia de gasto, já que ir à unidade que lhe corresponderia implicaria a necessidade de transporte em dois ônibus. Outro acompanhante relata:

“Não, fui direto lá [à unidade]. Ali o médico está afastado [posto], não tem médico, só tem para medir pressão e curativo. O Dr. é da parte de lá, de cá, nós não temos médico aqui. [...] Não pode atender, porque ele já tem a parte dele de lá” (A 4).

No estudo realizado por Franco e Campos (1998), quanto ao acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário, ao estudarem a variável frequência a outro serviço de saúde, encontraram que 40,7% dos pacientes que chegaram ao ambulatório não tinham sequer sido investigados antes, apenas receberam o encaminhamento. No nosso estudo, os acompanhantes não encontraram disponibilidade na unidade básica, buscando outro serviço, conforme relatam:

“No [posto], não quis atender ela, eu saí do serviço era 3 e meia, fui lá correndo para ver se atendia a ela, eles não tinham pediatra”(A 7).

“Eu fui para unidade porque passei pelo posto de saúde e só tinha uma médica para atender e tava sobrecarregado. Aí me encaminharam para passar aqui na urgência” (A10).

Cecílio (1997) assinala que a orientação de aumentar a resolutividade das UBS para realizar o pronto-atendimento, seja com uma maior complexificação tecnológica, ou com mudanças radicais na organização de seus processos de trabalho, acabaria reproduzindo um mini-hospital ou um pronto-socorro miniaturizado e simplificado, mas nem sempre resolutivo. No entanto, a população continua buscando os pronto-socorros, e as unidades básicas se deslegitimam ainda mais, pois deixam de fazer aquilo que é seu papel no sistema de saúde.

Unglert (1990), no estudo sobre localização e dimensão de serviços de saúde, conclui que se deve reconhecer e enfatizar a importância dos mesmos terem estrutura e funcionamento emanado da realidade local. Ainda, enfatiza que a localização e dimensão dos serviços de saúde são valorizadas quando forem consideradas as variáveis de natureza geográfica, demográfica e social. Em nosso estudo, o acesso geográfico foi mencionado como uma limitação pelos acompanhantes que trabalham, pois, eles procuram solucionar o problema de saúde nos momentos de folga e serviços de saúde próximos ao seu local de trabalho, para exemplificar:

“[...] para mim aqui é fácil pelo seguinte: eu trabalho aqui perto do centro [...] Então, é mais fácil eu vir direto do meu serviço e trazer ela aqui, é mais perto” (A 13).

As expectativas sobre a qualidade da assistência são relatadas pelo acompanhante:

“Porque o postinho é assim, eles mandam tudo para a unidade. Eu acho errado o serviço do postinho, às vezes eles não querem atender, como no caso do menino, era para ser atendido ali. Foi atendido, mas quando eles viram que era o tendão do pé do menino nem examinou” (A 15).

Cecílio (1997) argumenta que os levantamentos relativos ao perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é por patologias consideradas mais simples, que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível, não sendo sem razão que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações do cidadão comum. Argumenta, ainda, que é prepotência tecnocrática dizer que o povo é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde.

Os usuários e seus acompanhantes, ao darem entrada nas unidades não-hospitalares, iniciam seu percurso pelas salas de recepção. Esta sala é o primeiro local e aí deve ter início o acolhimento. Tradicionalmente, o acolhimento tem sido identificado como uma dimensão espacial, que pode ser a recepção administrativa ou o ambiente confortável, ou ainda como uma ação de triagem administrativa. Assim os serviços de saúde convivem com filas desde as primeiras horas da manhã e reproduzem um trabalho de produção de procedimentos. São observados profissionais muito atarefados, especialmente nos serviços de urgências que convivem com casos graves em filas de espera porque não conseguem distinguir riscos (BRASIL, 2006e).

O acolhimento tem como princípios norteadores: o coletivo, como projeto de produção da vida; o cotidiano, como projeto de reprodução, de experimentação e invenção de modos de vida e a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar na vida, trabalhar, viver, amar, sentir e produzir saúde. Isto favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo na solidariedade e legitimização do sistema público de saúde. Acolher expressa

uma ação de aproximação, um estar com alguém, estar perto de alguém, se transforma em uma atitude de inclusão, ao reconhecer o outro em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida (BRASIL, 2006e).

Gomes e Pinheiro (2005) ressaltam que para a materialização dos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade em saúde, é necessária como uma primeira possibilidade, a efetivação do acolhimento como diretriz operacional na reorganização de serviços. O confronto entre as necessidades de saúde ou outras trazidas pelos usuários e o que a instituição tem a oferecer pode revelar mudanças no modelo assistencial.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2006e).

Quando iniciamos a observação do fluxo dos usuários nas unidades, uma das nossas preocupações era com o meio de transporte das crianças e dos adolescentes e seus acompanhantes. Assim, em todas as unidades optamos por aguardá-los do lado de fora das unidades e isto possibilitou observar que algumas mães traziam seus filhos utilizando como meio de transporte a bicicleta. Quando conversamos sobre este fato, elas manifestaram que era mais fácil do que esperar o horário dos ônibus (OF 1-A 4). Em uma outra oportunidade, ao convidar uma mãe para a entrevista, ela manifestou o interesse de que esta acontecesse de imediato, acompanhando-a em seu retorno ao domicílio caminhando. Depois de uma caminhada de 50 minutos chegamos a sua casa e, durante o trajeto, observamos locais isolados e uma rodovia de mão dupla para atravessar (OF 1-A5). Percebemos outras

difficultades para o acesso das famílias ao serviço de saúde, não apenas aquelas relacionadas ao próprio serviço.

Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de se colocar no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades de saúde e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas. Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes (BRASIL, 2006e).

Observamos que os acompanhantes ao chegarem às unidades apresentam um documento, no caso das crianças e adolescentes, a maioria apresentou o cartão de vacina, outros o cartão da unidade e poucos o cartão SUS (OF 1).

Os funcionários das recepções atendem à demanda organizada mediante fila, no entanto, quando o usuário menciona não se sentir bem, indicam a sala de urgência e emergência. Das quinze observações, o tempo de permanência na recepção variou de um a 25 minutos (OF 1).

Geralmente, o acesso aos serviços de saúde, é organizado a partir de filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento. Assim, a proposta de acolhimento é um recurso importante para a humanização dos serviços de saúde. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006e).

No momento de chegar à unidade, os usuários e acompanhantes passam pela recepção e manifestam-se quanto a esse atendimento:

“Eu esperei, esperei, fizeram a fichinha dela, ainda perguntei, não tem um lugar de emergência porque o caso dela[a neta] é emergência” (A 1)

“Foi rapidinho. [...] pegou meu cartãozinho, fez a folhinha e foi para lá” (A 4).

“Eu cheguei lá quase dez horas, no total demorei umas duas horas. Fiquei na fila um bom tempo. Aí chegou minha vez, o segurança passou um senhor na frente, aí esperou, demorou mais 5 minutinhos aí fui atendida na recepção” (A 5).

“Ela [amiga] deu a carteira de saúde e a carteira de vacina. Não demorou muito não. Eu fiquei debaixo do ventilador que tava muito calor. Aí quando fez a ficha eu fui direto lá para pediatra” (A 8).

“Foi chegando e já atendendo. [...] da recepção mandou para a sala de enfermagem” (A 12).

“Pelo menos hoje foi razoável. As outras vezes que eu já estive aqui, demorou, demorou. Teve vezes que demorou e vezes que foi rápido” (A 13).

Para a implantação do acolhimento, é necessária a participação dos trabalhadores e dos usuários, com o estabelecimento de múltiplos espaços de discussão e pactuação desta inovação no processo de trabalho. Isto pode ocorrer por meio de reuniões internas de equipe, reuniões com usuários nas salas de espera, informação à comunidade e, principalmente, com o estabelecimento de rotinas de encontros para avaliar e adequar a implementação, considerando-se a carga horária e a escala da equipe (BRASIL, 2006e).

A recepção, porta de entrada da unidade não-hospitalar, é o local da primeira avaliação do usuário a fim de encaminhá-lo o mais rápido possível (BRASIL, 2004b; 2004e), no entanto, observamos que isto não ocorre em todas as unidades. Observamos que as filas persistem, algumas com muita demora, como já mencionado; outras vezes, não foi perguntado o motivo da procura ao serviço (OF 1/A2-A4-A5-A7-A9-A10-A13-A14). Estas condutas podem comprometer o acolhimento.

Os usuários e acompanhantes, depois de passarem pela recepção, vão a outra sala onde deveria ser feita a triagem com classificação de risco, que nas distintas unidades toma diversos nomes, como sala de pré-consulta, de pré-atendimento ou de enfermagem (OF 2). As atividades nesta sala, segundo a Portaria nº. 2048 (BRASIL, 2004b), deveriam ser realizadas por um profissional de saúde de nível superior, com utilização de protocolos pre-estabelecidos com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em

ordem de prioridade para o atendimento, só após esta avaliação os usuários são encaminhados aos consultórios.

Foi observada, em dois casos dos quinze, a priorização do atendimento, comunicando-o ao pediatra ou à enfermagem (OF 3/A12-A15).

O acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implementação da promoção da saúde em rede, pois, sua implementação extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e das micropolíticas (BRASIL, 2006e).

Assim, os acompanhantes manifestam como deveria ser o encaminhamento ou propõem como deveriam ser admitidos:

“Eu acho que quando chega uma criança, por exemplo, chegou com febre, vômitos, que há seis horas está com febre, pode ser uma infecção de garganta ou pode ser uma meningite, pode ser outras coisas, então acho que tem que ter um setor de emergência para quando uma criança chega com uma febre, com vômito, aquela doença mais grave, porque a pessoa que chega ali, só de olhar, a pessoa já conhece se a pessoa pode esperar ou não” (A 1)

“Aí eu peguei a ficha, fui pesar ele, pesaram. Perguntaram se tinha febre, se tava vomitando, eu falei que não, olharam, olharam e marcaram na folhinha. [...] mandaram eu esperar na salinha” (A 5).

“Ah, perguntaram o que a criança tinha, eu falei que tava com o olho direito, e expliquei! Ela falou quantos quilos pesa, eu falei: eu não sei. Ela pesou a menina e mandou esperar do lado de fora que não ia demorar” (A 7).

É necessária uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender aos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de escutar e dar respostas adequadas aos usuários (BRASIL, 2006e). Neste sentido, assim se manifestam os acompanhantes:

“Ela [auxiliar de enfermagem] é muito atenciosa, mas lá na clínica geral é mais complicado. Lá é mais gente do que aqui na pediatria” (A 11).

“[...] eles mandaram para ortopedia. Eu já tinha batido na porta umas 3 vezes, aí fui procurar uma moça, para chamar a enfermeira. Aí ela falou para mim: não tem ninguém. Eu falei: não tem? Ela falou: sabe o que é? Hoje é sexta-feira, hoje ortopedia atende até 2 e meia. E agora, como faz? Ela falou: não, espera um pouquinho! Vou conversar lá com a médica, para dar uma olhada no pé dele, que se for o caso vai ter que pegar uma guia para ir para o hospital” (A 15).

O acolhimento como diretriz é uma tecnologia de encontro e de afeto; já como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006e).

Em todas as unidades, os acompanhantes e usuários, depois de passarem pela sala de triagem e classificação de risco, esperaram para ser atendidos pelo pediatra. O tempo de espera variou de 1 a 48 minutos, com uma média de 11 minutos. Observamos que o maior tempo ocorreu no momento em que se fazia a mudança de plantão, mas, também, se observou nos casos em que o pediatra estava sozinho no plantão (OF 4/A5-A9).

Nas unidades B, C e D, foi observado que durante a espera os acompanhantes conversam entre si, alguns comentam sobre doença das crianças e, em dois casos, as mães reclamaram da demora, pois, a febre e a dor de estômago que tinham suas crianças precisavam de cuidado rápido (OF 4/A1-A2).

Quando o usuário vai ser atendido, o médico chama-o pelo nome. O tempo de permanência dentro do consultório foi de 3 a 20 minutos, com uma média de 15 minutos (OF 5).

Com relação à consulta médica, os acompanhantes assim se manifestam:

“Ela explicou bem. Ela esclareceu. Ela falou que é uma virose aguda, mas que não chega a ser uma infecção, porque não tem bactéria ainda. Então ta bem avermelhado, mas não está com bactéria” (A11).

“Não, ela falou essa [receita das crianças] é dela e essa é dele. A de ontem me explicou, a de sábado também, agora essa de hoje só falou que tava com o peito cheio e me liberou” (A 6).

“Não, não. [...] os cuidados eu sei. Como ela está com o pulmão muito cheio, o mesmo cuidado, não deixar muito perto de pêlo, não mexer com água, água gelada, com pêlo de cachorro. [...] eu aprendi porque eu fui no curso, lá no hospital, o curso de cuidados com crianças que tem” (A 6).

“Essa médica não! A outra falou que não era para deixar ele em areia nem em contato com animal, e que era para evitar esse tipo e coisa, mas essa não falou, não, essa não falou nada.[...] a única coisa que ela falou era para não deixar de pingar o sorinho no nariz, mas de casa não falou nada” (A 11).

O acolhimento para ser implantado nos serviços de saúde tem de estar organizado, segundo os princípios de responsabilidade territorial, adscrição da clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa. Deve ser uma prática intrínseca e inerente ao exercício profissional. A qualificação técnica das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada para que se estabeleça interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevante para a saúde pública. Assim nas unidades de urgência e emergência trabalharam com a Classificação de Risco (BRASIL, 2006e).

Após a consulta médica, dois usuários foram encaminhados à sala de observação; um para a hidratação parenteral e depois para a farmácia e outro para coleta de exame (OF6/A1-A2).

Neste último caso, assim se manifesta a acompanhante:

“Eles me mandaram para cá direto para poder fazer um exame de urina, para saber se está infeccionado ou não” (A 2).

Um outro caso foi encaminhado para a sala de sutura, depois para sala de vacina e farmácia (O6/A15), como relata o acompanhante:

“Não, ela falou que não era necessário fazer o Raio X, porque não tinha quebrado nada, e ele tava movimentando o pé muito bem” (A 15).

Outros nove usuários, ao saírem da consulta médica, tiveram encaminhamentos para farmácia e apenas dois foram diretamente para suas casas (OF6/A8-A14). Para exemplificar:

“o médico Indicou o Polaramine, Amoxelina e o aerosol. O aerosol vai fazer agora à tarde e os outros medicamentos eu recebi” (A 6).

“O médico prescreveu Tylenol, Polaramine, soro fisiológico e gases para poder passar no olho, recebi tudo da farmácia” (A 7).

“[...] das medicações que era para está pegando na farmácia, recebi uma só. A outra não tinha, são duas mas ela me deu só esta” (A 10).

“Precisei de soro e o permanganato, os mais baratos. Faltou a pomada” (A 11).

Um outro caso, depois da recepção, foi direto para a sala de enfermagem e imediatamente para a sala de estabilização, onde a enfermagem deu o atendimento por ser um procedimento de sua competência, após o qual o usuário foi dispensado (OF6-A12).

O acolhimento deve ser praticado em todos os encontros entre usuários e serviços de saúde. No nosso caso, em particular, este encontro se dá em um espaço onde se procura estabilizar as condições clínicas da criança ou do adolescente que estão afetadas por uma doença ou acidente que os coloca em risco de vida.

5.3 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A avaliação dos resultados corresponde ao terceiro objetivo específico do presente estudo, pauta-se na percepção do acolhimento com avaliação e classificação de risco dos 15 acompanhantes dos usuários que receberam atenção nas cinco unidades não-hospitalares de atendimento à urgência ou emergência pediátrica nas UBDS, no município de Ribeirão Preto. Ainda, buscamos conhecer a percepção dos trabalhadores que atendem as crianças e

adolescentes nas cinco unidades não-hospitalares já mencionadas, totalizando 45 trabalhadores (enfermeiros, pediatras e auxiliares ou técnicos de enfermagem).

Segundo a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006d), um dos aspectos a ser considerado em pesquisas dessa natureza é a “*dimensão subjetiva do usuário em sua percepção sobre o SUS*”.

5.3.1 Perfil dos usuários e acompanhantes

Participaram do estudo quinze acompanhantes e, destes, 12 eram mães, um pai, uma avó e uma vizinha. Com relação à ocupação, seis não realizavam atividades fora do lar, três manifestaram trabalhar, de forma independente, como decoradora ou vendedora, dois em fábrica, cada um dos outros trabalhava como faxineira ou cozinheira, e uma estava desempregada. Com relação à escolaridade, três concluíram o ensino fundamental, e sete o tinham incompleto; três tinham o ensino médio completo, e outros dois não o concluíram. A idade média dos mesmos foi de 31 anos, variando de 19 a 40 anos.

Foram 17 usuários porque dois acompanhantes levaram dois filhos, pertencentes às unidades B e D (Oxx). As idades dos usuários correspondiam a: dois menores de um ano, oito estavam na faixa de um a cinco anos, quatro se encontravam na faixa de cinco a dez anos e um na faixa de dez a quatorze anos.

Os diagnósticos encontrados foram determinados dentro da Classificação Internacional de Doenças (CID), relacionados ao capítulo X doença do aparelho respiratório (amigdalites viral, traqueobronquites, infecção de vias aéreas); do capítulo XII doenças da pele e do tecido subcutâneo (alergia e escabioses, granuloma e varicela); do capítulo XVIII sintomas, sinais e

achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (febre a esclarecer e virose); do capítulo XXI fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde (eutrofia e retirada de sonda por tosse); do capítulo VII doenças do olho e anexos (conjuntivites alérgicas); do capítulo VIII de ouvido e apófise mastóide (otite média aguda externa); do capítulo XI doenças do aparelho digestivo (gastroenterocolite aguda); do capítulo XIV aparelho geniturinário (infecção do trato urinário); do capítulo XIX lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (ferimento cortante) e do capítulo XX causas externas de morbidade e mortalidade (trauma banal).

Segundo Seclén-Palacin e Darras (2005), na avaliação de serviços de saúde, o eixo satisfação se constitui num elemento-chave na melhora da organização dos serviços de saúde e é um desafio para a saúde pública, gestores e planejadores da saúde. Para os autores, a satisfação do usuário é uma resposta da atitude e juízo de valor que o mesmo construiu, produto de seu encontro e interação com a unidade de saúde.

5. 3. 2 Dando voz aos acompanhantes

Para Merhy (1997), o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários, e o encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse

espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos.

A sistemática de acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exercem-se uma análise ou avaliação e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2006e).

Nesse processo de acolhimento, os acompanhantes manifestam:

“Pelo menos hoje eu fui bem atendida. Hoje eu senti. Não é todas as vezes não” (A 13).

“Na recepção eu achei que como o moço tava sozinho tinha problema de atender rápido porque tinha fila. Lá com a enfermeira não, foi rápido também para chamar a médica foi rápido, a consulta foi muito rápida” (A 14).

Nas unidades não-hospitalares, os trabalhadores se mostram em alguns momentos atenciosos e outros momentos não, e esta situação é percebida pelos acompanhantes:

“Olha!! No dia de ontem teve muito respeito,mas já teve vezes de não ter [...] mudou muito do que era, o atendimento para cá hoje, mudou muito! O atendimento, as enfermeiras, a atenção, mudou muito!. Mudou para melhor!” (A 3).

“Achei ela simpática [pediatra], ela tratou o menino bem. Interessou, ela perguntou e ainda brincou [...]” (A 5).

“É assim, educação [...] nunca me faltaram, mas é muito corrido, eles não dão muita atenção, a coisa é bem rápida, só isso porque acho que a gente é um número,[...]. Não dá aquela qualidade, mas nunca faltaram com educação não, sempre me orientaram, mesmo que você tenha que esperar, mas elas te falam assim: a senhora tem que aguardar!” (A 10).

“Demonstram, eu gosto. O médico é muito atencioso, principalmente a pediatra, elas são todas ótimas! Eu não tenho reclamação de nenhuma pediatra de lá. São profissionais mesmo” (A 11).

Para Samico et al. (2005), o processo interpessoal é flexível e influenciado por diversos fatores intrínsecos às pessoas e ao contexto, devendo ser adaptado às variações de expectativas que acontecem tanto para com os usuários quanto com os profissionais.

É importante o aumento de responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles (BRASIL, 2006e).

A confiança nos pediatras foi manifestada pelos acompanhantes:

“Ah, eu me sinto aliviada, eu saio de lá aliviada porque ela ta solucionando um problema que eu tava querendo saber o que tava acontecendo” (A 9).

“Olha! Nunca tive dificuldade na unidade, sempre me atenderam, pelo menos me orientaram e isso o que realmente estou sentindo [...]” (A 10).

“Onde eu não sinto confiança é no posto. Ali na unidade eu já me sinto melhor, sou bem atendido, eles dão um jeito, entendeu? Às vezes não tem médico, mesmo que demore, eles dão um jeito de encaixar a gente. Agora, eu não tenho confiança nesse posto. De jeito nenhum” (A 15).

Outros acompanhantes manifestam sua desconfiança:

“[...] Não sinto confiança no médico” (A 2).

“Não, eu não me sinto confiante com os médicos dali. Cada médico fala uma coisa, então não sei em quem confiar, a gente não sabe qual ta falando a verdade. Aquele do sábado falou que era uma virose, o do domingo que era alergia e o de hoje falou que o peito está carregado, tem que fazer aerossol, mas não falou o que era” (A 6).

“Não sinto confiança, quando a gente chega e fala, às vezes eles não explicam direito, não esclarecem direito para gente. Muitas vezes eu tenho dificuldade para entender, por falta de conversar, de explicar. Quando eu não entendo, eu pergunto” (A 13).

Para alguns autores Ramos e Lima (2003) e Samico et al. (2005), existem dois elementos-chave na relação usuário e profissional de saúde, a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais. Na última dimensão, aspectos como humanismo, sensibilidade e receptividade, quando praticados, possibilitam que se estabeleça uma boa relação interpessoal, já quando existe desinteresse, maus-tratos e relações frias e desumanizadas, as relações interpessoais são desqualificadas.

No estudo feito por Benites et al. (2004), sobre humanização na urgência, encontrou aspectos importantes que produzem insatisfação, no grupo de usuários, por exemplo, não ser informado e a falta de trato amável pelos trabalhadores; para os familiares o fato de não estar perto de seu familiar doente e ainda não serem informados, era causa de insatisfação; já para os médicos, a insatisfação foi colocada por não ter mais tempo para atender os pacientes. Os autores apontam que superar os problemas de insatisfação pelos diferentes grupos melhoraria o processo de humanização no sistema sanitário.

Os acompanhantes entrevistados manifestam que alguns pediatras esclarecem sobre como agir com a criança ou adolescente:

“Explicou que ela não ia passar antibiótico para ela tomar, porque não havia motivo para tomar aquele antibiótico” (A 1).

“De manha não! estava sentado na cadeira, pegou o papel e começou a escrever. Não me explicou nada, nada, [...] Na segunda consulta que foi a consulta que foi à noite quando fui buscar o resultado do exame a médica conversou com o professor. Ela me explicou o que estava acontecendo, tudo, mas eu já sabia. O professor depois, explicou direitinho e me tranquilizou bastante” (A 2).

“Ontem ela foi ótima! Me atendeu muito bem, entendeu? Ela explicou bastante coisas para mim que eu nem sabia, entendeu? E eu perguntei, tirei dúvidas, então foi excelente” (A 9).

Nas unidades não-hospitalares, os acompanhantes esperam que a atenção seja resolutiva. Quando os acompanhantes são esclarecidos sobre a saúde do usuário, melhor será o processo de tratamento e recuperação da criança. Segundo Cecílio; Campos e Merhy (1994), o usuário tem interesse em se tornar cada vez mais autônomo, isto é, adquirir conhecimentos que lhe permitam cada vez mais resolver seus problemas de saúde. Esse interesse é compatível com o vínculo que vai se consolidando entre o usuário e sua família com os profissionais e serviços de saúde.

Os acompanhantes manifestam que o pediatra orienta-os sobre os cuidados no domicílio, como no relato abaixo:

“A pediatra explicou, quando chegar em casa, você prepara o permanganato e dá o banhozinho direitinho nela e dá o remedinho para ela não coçar com as unha, se ela coçar, espalha” (A 4).

“[...] eu já sei os cuidados com a sonda. Foi lá no HC mesmo, logo que ela fez o exame, já constatarem que a comida ia para o pulmão, aí a doutora falou que precisa colocar sonda. Aí a enfermeira, no mesmo dia, colocou a sonda. A médica falou que ela necessita muito da sonda, porque ela já está com um pulmão danificado, aí se deixar ela corre risco de vida. [...] Então essa sonda é trocada de 3 em 3 meses[...]” (A 12).

Caprara e Franco (1999) ao discutirem a relação médica, assinalam que a queixa do paciente guia o momento clínico, assim ajudar ao paciente a encaminhar os cuidados que superem a queixa, onde o paciente se torna ativo desses cuidados, indicaria um dos alvos da humanização do cuidado em saúde.

Os acompanhantes identificam que o acesso aos medicamentos contribui com o processo terapêutico das crianças e adolescente, no entanto quando isto não ocorre é motivo de insatisfação manifestando que:

“E deu colírio e água boricada para estar passando, somente isso. [...] eu fui pegar na farmácia, só que esses medicamentos não têm na farmácia. Eu tive que comprar os dois. E por incrível que pareça é muito caro um colírio desse, 42 reais, a gente ainda conseguiu com desconto por 33 reais” (A 3).

“Esse posto [USF] aqui falta de tudo, remédio para pegar aqui é lá não [unidade]. Não tem remédio ali não, eles cortaram a farmácia porque o postinho é muito pequenininho, isto não pode” (A 4).

Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, não podem ser desconsideradas as percepções do usuário e de sua rede social acerca de seu processo de adoecimento. Avaliar os riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois, muitas vezes o usuário chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas angustiado e, portanto, pode estar mais necessitado de atendimento (BRASIL, 2006e).

Alguns acompanhantes mostram seu descontento pela atenção, assim eles referem:

“Eu acho assim, que eles poderiam é...às vezes a receita vem com letra que a gente não entende, marcadas umas coisas que às vezes eu não entendo, tenho que levar na farmácia para alguém ler para mim, que a letra é tipo um rabisco que você não entende nada”(A 3).

“O atendimento...tem que melhorar mais um pouco, [...] por exemplo, a guarda civil, por que tem um certo horário que você pode ir de madrugada e não encontra a guarda civil. [...] Tem que contratar mais gente que esteja interessada no atendimento das pessoas, tenha paciência, que explique sobre a saúde...cada vez que a gente vai lá dar um medicamento só, uma vez só, não precisa dar um medicamento que não melhora sua criança, que medique as crianças direito, eu acho assim” (A 6).

“Falta melhorar assim o atendimento, precisa melhorar sim, não é bom não. Perguntar, esclarecer, tirar as dúvidas, essas coisas, ter mais educação para atender as pessoas, porque tem pessoa, que quando a gente chega vem conversar, muitas delas não têm educação. Às vezes trata a gente mal com palavras, apesar de que eu conheço uma enfermeira na Unidade que é uma excelente enfermeira. Ela trata bem o pessoal, ninguém nunca fala mal dela, sempre vejo falar bem porque ela tem boa educação para atender as pessoas. Não são todas assim”(A 13).

Os acompanhantes mencionam a importância de serem atendidos por pediatras que lhes orientam sobre a doença e o cuidado a seu filho, mas, também apontam as dificuldades com algumas situações específicas sejam de relacionamento, de ausência de recursos humanos ou mesmo de uma receita com letra ilegível.

5.3.3 Perfil dos trabalhadores de saúde

Na apresentação do perfil dos trabalhadores de saúde, consideramos a idade, a atividade profissional, o tempo de trabalho na unidade e as horas semanais trabalhadas.

Na Tabela 14, apresentamos a distribuição dos trabalhadores de saúde, segundo a idade.

Tabela 14 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, segundo idade, das unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde, no município de Ribeirão Preto, 2006

Idade	Nº.	%
20 ┆ 30	3	6,70
30 ┆ 40	13	28,90
40 ┆ 50	20	44,40
50 ┆ 60	8	17,80
Não informou	1	2,20
Total	45	100,00

Dos 45 trabalhadores de saúde, 20 se encontravam entre os 40 e 50 anos; 13 entre 30 e 40 anos; 8 entre 50 e 60 anos; 3 entre 20 e 30 anos e um não informou a idade. Assim, a idade média foi 41,6 anos. Do total de trabalhadores de saúde entrevistados, 39 correspondiam ao sexo feminino e 6 ao sexo masculino.

Na Tabela 15, apresentamos a atividade profissional dos trabalhadores de saúde.

Tabela 15 – Distribuição dos trabalhadores de saúde, segundo atividade profissional, nas unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde, no município de Ribeirão Preto, 2006

Profissão	Nº.	%
Enfermeiros	15	33,30
Auxiliar de enfermagem	14	31,20
Técnico de enfermagem	1	2,20
Médicos	15	33,30
Total	45	100,00

Dos 45 trabalhadores de saúde, 15 são enfermeiros, 14 auxiliares de enfermagem, 1 técnico de enfermagem e 15 médicos. Destes, 22 realizaram cursos de especialização, dentre eles os quinze médicos tinham especialização em pediatria; dentre os 15 enfermeiros participantes do estudo, 12 declararam ter cursos de especialização em diversas áreas do conhecimento (administração hospitalar, enfermagem do trabalho e saúde da família, enfermagem em cardiologia e saúde do trabalhador, enfermagem em oncologia, hematologia, enfermagem em saúde mental e saúde pública). Dos 30 trabalhadores com nível universitário, 5 têm cursos de mestrado e 1 de doutorado.

Na Tabela 16, se apresenta o tempo de trabalho na unidade.

Tabela 16 – Distribuição dos trabalhadores de saúde (n = 45), segundo o tempo de trabalho e carga horária semanal, nas unidades não-hospitalares nas cinco Unidades Distritais Básicas de Saúde, no município de Ribeirão Preto, 2006

Tempo de trabalho (ano)	Nº.	%
< 1 ano	3	6,70
1 ┆ 5	16	35,50
5 ┆ 10	9	20,00
10 ┆ 15	9	20,00
15 ┆ 20	8	17,80
Carga horária semanal (horas)	Nº.	%
8	1	2,20
10	1	2,20
20	18	40,00
24	3	6,70
40	21	46,70
44	1	2,20

Dos 45 trabalhadores de saúde, 16 têm tempo de trabalho na unidade de 1 a 5 anos; 9 entre 5 e 10 anos; 9 entre 10 e 15 anos; 8 entre 15 e 20 anos e 3 menos que um ano. A média de tempo foi de 7 anos, variando de 6 meses a 20 anos; no que respeita à carga horária dentre os trabalhadores entrevistados, 21 têm carga horária de 40 horas; 18 de 20 horas; 3 de 24 horas; um de 8, outro de 10 e outro de 44 horas.

Dos 45 trabalhadores entrevistados, 40 (88,90 %) têm vínculo com a prefeitura, através de concurso público; 3 (6,70 %) são contratados por uma instituição de ensino e 2 (4,40 %) têm contrato temporário com a prefeitura. Ainda, 25 (55,60 %) deles têm outro vínculo de trabalho.

5.3.4 Dando voz aos trabalhadores de saúde

Campos (2005) assinala que são pouco freqüentes os estudos que procuram analisar o que acontece com esse sujeito que um dia se transformou, por obra da academia, ou da vida, em um trabalhador de saúde. Categoria que, propositalmente, o autor prefere manter assim, ampla e mal definida onde caibam nela desde profissionais universitários até agentes de saúde

e pessoal da recepção. Para o autor, isto não pressupõe apagar suas diferenças em relação às divisões técnicas e sociais do trabalho, mas manter aberta a possibilidade de pensar alguns aspectos da subjetividade dessas pessoas que, com graus de qualificação diversos, compartilham o espaço de trabalho nos serviços de saúde.

Os trabalhadores de saúde relatam como tem sido seu trabalho com crianças e adolescentes:

“Então eu gosto de atender, tanto adulto quanto criança. Eu tenho assim muito dó de criança. Então eu não trabalharia em pediatria, [...] Porque eu acho que é uma coisa muito especializada, é claro que você precisaria de um treinamento, é uma coisa específica, mas lá na urgência assim, às vezes, coincide de chegar um adulto ruim e uma criança, mas é difícil. Raras vezes acontece isso, então eu atendo bem a criança e atendo o adulto porque eu fico muito na assistência” (E 8).

Além do comprometimento físico e vital que acomete a criança ou adolescente numa situação de urgência ou emergência, não devemos esquecer a carga emocional que os pais sofrem naqueles momentos, necessitando de comunicação e informações para amenizar ou aliviar suas emoções. A equipe que trabalha nestes espaços deve possuir sensibilidade ao lidar com os acompanhantes, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação.

Para Andrade (1998), o sucesso de tal intervenção depende da capacidade de se colocar no lugar de quem está sendo cuidado; quanto mais pudermos conhecer sobre a pessoa a quem queremos ajudar, maior é a possibilidade de empatia e de compreender suas emoções, percepções e necessidades.

Nesse sentido, uma auxiliar de enfermagem assim se manifesta:

“Bom! Eu me sinto bem porque eu gosto de trabalhar mexendo com criança, [...] mexer com pai, com os pais, é um pouco difícil, são difíceis, por que? Os pais chegam estressados, não vêm aqui na unidade só porque a criança está doente, vêm por várias situações, acabam jogando tudo aqui no profissional da saúde” (AE 4).

“Eu gosto de trabalhar com criança. Com adolescente? Fica mais difícil, até para as pediatras porque às vezes chega uma moça de 15 anos com suspeita de gravidez. Aí o que acontece? Ela tenta encaixar com ginecologista. A gente tem... tem o período da manhã e no

período da tarde só [...]. Geralmente elas tão vindo sem o responsável, sem pai, sem mãe na unidade. Porque elas já sentem adultas. Com 15, 16 anos já se sentem adultas, aí chega aqui: cadê seu pai, sua mãe? Ah, eu não trouxe! E quem tá te acompanhando? Ah, meu namorado! Quantos anos ele tem? 18, 19 [...]. Dependendo do caso, se é uma urgência a doutora vai atender e pedir para os pais comparecerem na unidade” (AE 12).

O estudo desenvolvido por Pettengill, Nunes e Barbosa (2003) sobre a experiência de ensino-aprendizagem, na disciplina de enfermagem pediátrica, destaca que o aluno modifica sua concepção de cuidar, indo de uma abordagem centrada na patologia para uma centrada na criança e família. O aluno torna-se mais capacitado para pensar e refletir e ao perceber sua transformação interior, sente-se mais consciente de seu papel profissional. Entre os trabalhadores entrevistados, alguns da equipe de enfermagem tinham pouca experiência de trabalhar com crianças e adolescentes. É necessária a capacitação para o trabalho com crianças e adolescentes, como já recomendado no Relatório Platt, de 1959 (LONDON, 1959).

Os pediatras relatam:

“Eu fiz medicina para fazer pediatria. Eu gosto de fazer pediatria, eu gosto de fazer sim. [...] eu me sinto bem, existem problemas...do próprio PA, da própria rede. Muita bobeira! Muito paciente que devia está fazendo agendamento que vem, mas assim eu não tenho problema nenhum com atendimento, a gente atende” (M 4).

“Sempre gostei de pediatria, já entrei em medicina pensando em pediatria. Eu gosto mais de agendamento, gosto mais de puericultura, prevenção, mas já estou acostumada com pronto atendimento, não é assim muito meu estilo, que não gosto de atender rápido [...]. É um pouco mais complicado principalmente no pronto atendimento que as coisas têm que ser mais rápidas, somos muito pressionados pelos pacientes mesmo, para atender rápido e isso complica um pouco o relacionamento do médico com o paciente e a família. A gente tem que conciliar qualidade no atendimento com rapidez. Isso é um pouco complicado [...]. Adolescentes, a gente não foi treinado como pediatras para atender adolescente [...]” (M 9).

Andrade, Caetano e Soares (2000) assinalam que o trabalho da equipe busca a excelência da assistência prestada ao paciente na sua totalidade. Para fazer um bom trabalho, não é necessária apenas a adaptação, mas principalmente a integração, coesão com a unidade e o compromisso profissional. Os papéis de cada um se revestem de igual importância e têm como objetivo a recuperação do paciente.

O trabalho com criança tem sido para alguns a razão de uma expectativa profissional, para outros não tem como deixar de trabalhar com ela, alguns nunca tinham trabalhado com as crianças e adolescentes e sentem dificuldades com tal atividade. Ainda, o trabalho é individualizado, com um fluxo de usuários que lota as unidades, o que leva os trabalhadores a desenvolverem seu atendimento rapidamente.

No estudo sobre a qualidade de vida profissional de trabalhadores da atenção primária (médico, enfermeira, auxiliar e pessoal da recepção), realizado na Espanha, Muñoz-Seco, et al. (2006) concluíram que o clima organizacional influi na qualidade de vida dos trabalhadores, especialmente a motivação e o apoio pelos gestores. O compromisso que eles têm, para com seu trabalho, melhora a motivação intrínseca. Apontam, ainda, que quando existe uma melhor coesão e trabalho em equipe, estes são valorizados pelos gestores.

Os trabalhadores de saúde entrevistados manifestam que têm estímulos pessoais e se sentem estimulados quando alguém da equipe manifesta que ele *trabalha bem*:

“Olha! Como os médicos dizem que eu trabalho sim, eles me estimulam bastante, principalmente porque eles estão acostumados a que eu faça esse tipo de serviço, [...] só quem me incentiva é a minha colega que ta ali comigo vivendo as 8 horas diárias, [...] Porque veja bem, a pediatria já é assim, ó, se você não se comportar você vai trabalhar na pediatria! Porque lá é muito serviço, é complicado e às vezes você não arranja um colega, nem para você ir ao banheiro! Que o colega está correndo feito condenado! É complicado! A pediatria é assim”(AE 7).

Relatam, também, situações desestimulantes:

“Olha! Ultimamente eu ando um tanto quanto desestimulada. Aí quando eu entrei totalmente aqui para dentro eu comecei a presenciar algumas situações em que o protocolo não era seguido, principalmente com urgência. E muitas vezes eu questionava o médico que tava junto comigo, é...de uma forma saudável, olha! o senhor vai seguir o protocolo? E não fui bem interpretada, então eu tive muita dificuldade. Foi muito difícil, então são situações que vão te desgastando, te desanimando, você luta contra a maré, coisas que você sabe que pode ser realizado e que muitas vezes não é [...]. Se sabe que aquele profissional pode fazer tal procedimento com o paciente, ele não faz, aí você vai lá, você questiona, você orienta, você explica, e ele simplesmente fala: essa parte quem resolve sou eu” (E 15).

Em estudo sobre satisfação dos médicos em hospitais infantis, observou-se que médicos satisfeitos no desenvolvimento de seu trabalho transmitem satisfação para os

pacientes; quando insatisfeitos fica difícil transmitirem satisfação aos usuários e familiares. (BONADEO et al. 2005)

Outros assinalam que se sentem bem pelas motivações intrínsecas:

“Eu sou enfermeira por que eu acredito em promover saúde, meu estímulo [...] eu estou no PA, eu vejo que a pessoa sai diferente, estímulo da estrutura nenhum, quando a gente fala de isso estou falando de uma estrutura que é roída [...]. Como que eles conseguem estimular ao que está no operacional, eles não conseguem, como é que você consegue estimular se sabe que ta essa, vou tentar ser sutil, o jogo de interesses não é o quem que esta no operacional [...]” (E 1).

“Eu acho que a gente não deve receber glória por aquilo que você faz, porque você faz o que é normal, faz parte do seu trabalho sem reconhecimento de ninguém. Eu acho que não tenho reconhecimento...eu gostaria de ser melhor remunerada, entendeu? É só isso! mas assim, ganhar um prêmio, elogio, essas coisas eu não quero não, eu só quero fazer meu trabalho bem, ver o retorno vir bem”(M 12).

Autores como Martinez Paraguay e Latorre (2004), refletem sobre a necessidade de ações que promovam satisfação no trabalho e na saúde; sugerem diretrizes como a reformulação nas formas de reconhecimento e valorização dos trabalhadores e de suas funções; mudanças que aumentam a autonomia e controle exercido pelos trabalhadores sobre seu trabalho, sem geração de sobrecarga; enriquecimento do trabalho e não apenas das tarefas, mediante capacitação profissional, planejada e reconhecida pelos trabalhadores; melhoras coletivas no fluxo, suportes e qualidade das informações operacionais e organizacionais e melhorias nas condições do ambiente físico de trabalho.

A equipe de saúde apresenta situações nas quais identifica que seu trabalho é valorizado não necessariamente pelos próprios trabalhadores:

“Tem valorização, tem sim, da minha família, agora da equipe não. Da equipe...nem das enfermeiras, nem das auxiliares, nem da direção, já tive reconhecimento, já ouvi palavras bonitas de agradecimento da equipe médica, mas da equipe de enfermagem, da direção do serviço, acho que é um pronto atendimento bastante esquecido” (E 3).

“Ah, eu recebi uma cartinha de uma mãe que mandou, assim elogiando meu atendimento, daí ela mandou para Secretaria, mas aí teve nesses 7 anos...às vezes a pessoa fala verbalmente, mas de mandar para Secretaria que gostou do meu atendimento, que queria que fizesse outras atividades como agendamento [...]”(M 8).

Por outro lado, uma enfermeira relata a valorização do trabalho pela equipe e pelo usuário:

“Quem valoriza é a própria equipe de auxiliar, dos médicos que estão no atendimento com a gente e o usuário que é assistido. Esse com certeza te dá a resposta imediata, a equipe, nossa! Que bom que você veio! Então isso te faz continuar independente de não ter estrutura da prefeitura, de não ter reconhecimento de nada, isso faz você falar assim: não, vale a pena! Ser enfermeira vale a pena!” (E 11).

Estudo realizado em um hospital geral, com o objetivo de conhecer os sentimentos a respeito da satisfação de enfermeiros psiquiátricos e de outras especialidades sobre o seu trabalho, encontrou que o grupo de enfermeiros psiquiátricos apresentou maior índice de satisfação intrínseca no trabalho e de reconhecimento. Identificou-se desgaste físico acentuado e insatisfação nos aspectos intrínsecos do trabalho entre os enfermeiros da pediatria. As autoras (CURA; FUREGATO, 1999) apontam que, no grupo estudado, a insatisfação é traduzida pelo acúmulo de atividades e escassas perspectivas de obter novos conhecimentos que melhorariam a qualidade do seu desempenho junto ao paciente.

Para Schmidt e Dantas (2006), a maior fonte de satisfação encontrada na pesquisa com enfermeiros de blocos cirúrgicos de quatro hospitais, foi o *status* profissional, autonomia e interação, sendo que os de menor satisfação foram as normas organizacionais e baixa remuneração.

A esse respeito, foi mencionado que:

“Eu acho que a gente não deve receber glória por aquilo que você faz porque você faz é o normal, faz parte do seu trabalho sem reconhecimento de ninguém. Eu acho que não tenho reconhecimento...eu gostaria de ter é ser melhor remunerada, entendeu? É só isso! mas assim, ganhar um prêmio, elogio, essas coisas eu não quero não, eu só quero fazer meu trabalho bem, ver o retorno vir bem”(M 12).

“Apesar dos problemas que a gente enfrenta em relação a não ter plano de carreira, você não ser estimulada a fazer e a não ter os cursos, na área, é o lugar que eu gosto de trabalhar, eu me realizo trabalhando, eu me sinto bem dando assistência às pessoas, então eu vou continuar fazendo dessa forma e vou continuar, tudo que puder e estiver ao meu alcance eu vou tentar fazer da melhor forma. Eu acho que a maior motivação que a gente tem é pessoal, é você se realizar no que você optou fazer profissionalmente. Eu sei que o que eu estou

fazendo apesar de não ter as condições que eu acho que seriam adequadas, mas me faz bem. Eu me sinto útil mesmo” (E 4).

Os trabalhadores de saúde ressaltam aspectos importantes dentro de seu trabalho cotidiano, sendo que trabalhar com crianças e adolescentes é satisfatório para alguns porque gostam de trabalhar com esta população, já para outros existem sentimentos de pena ao atenderem esta clientela. Manifestam, também, que situações difíceis colocam aos trabalhadores limitações para trabalhar com adolescentes, seja por falta de capacitação ao ter que lidar com problemas sociais que eles trazem. No processo de trabalho, motivações intrínsecas ajudam a melhorar seu trabalho, mas a satisfação melhoraria com, por exemplo, melhor remuneração e valorização de seu trabalho pela equipe e gestores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo possibilitaram apresentar algumas características das unidades não-hospitalares de atendimento de crianças e adolescentes, organizadas a partir de três eixos: estrutura, processo e resultado; segundo o referencial de Donabedian (1984). Temos ciência de que uma dimensão é influenciada pelas outras, existindo complementaridade e articulação entre elas.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a observação e a entrevista, complementado por dados registrados nas fichas de atendimento.

Na avaliação de estrutura, a área física para o cuidado a crianças e adolescente apresenta limitações dadas pela falta de conforto, com salas de atendimento não preparadas para esta clientela ou em outros casos, ausência da sala de acolhimento com avaliação e classificação de risco. Já em outros casos, encontraram-se salas compartilhadas com os adultos, como é a sala de inaloterapia. Estas características comprometem a qualidade do atendimento na direção dos usuários e dos trabalhadores de saúde.

Os materiais e equipamentos, alguns ainda não disponíveis dificultam o atendimento e até podem colocar em risco a vida do usuário. Os recursos humanos estão presentes nas 24 horas, porém a equipe de enfermagem é responsável pelo atendimento de urgência e emergência, com sobrecarga em determinados horários com os agendamentos. No que diz respeito às enfermeiras, em todas as unidades têm responsabilidades assistenciais e administrativas. As atividades administrativas acentuadas neste grupo profissional durante o dia limitam o trabalho assistencial. O acolhimento com classificação de risco não atende seu objetivo não apenas pela inadequação da área física, mas, pela ausência de elementos da ambiência como o espaço social, profissional e de relações interpessoais.

No que se refere à avaliação do processo, esta foi realizada a partir do fluxo dos usuários e acompanhantes, mostrando o caminho que percorrem e assinalando as potencialidades ou dificuldades das unidades não-hospitalares no atendimento a esta população.

O processo de acolhimento com classificação e avaliação de risco como ferramenta de trabalho, vai além de fazer a triagem, pois, possibilita incorporar interrelações subjetivas e garantir a referência das crianças e dos adolescentes na perspectiva da atenção básica. Observou-se que o atendimento prestado pela equipe de saúde é dirigido a queixa, não avaliando outros aspectos que podem prevenir riscos. Mesmo que de forma pontual foi observado e manifestado pelos acompanhantes que as relações de bom trato, as orientações e o acesso a serviços como da farmácia, são importantes mas não atende a totalidade das recomendações da Política de Humanização.

É necessário assinalar que os núcleos de saúde da família e as UBS na rede de produção de cuidados são porta de entrada ao sistema, não entanto crianças e adolescentes em situações de urgência ou emergência não conseguem solucionar seus problemas de saúde na sua unidade de referência.

A avaliação de resultado foi realizada a partir da percepção de satisfação dos acompanhantes e trabalhadores de saúde. Os acompanhantes assinalam aspectos de satisfação como a escuta e orientação desenvolvidas por alguns trabalhadores, outros mostram-se satisfeitos ao receber medicamentos. Porém aspectos não satisfatórios são declarados quando são atendidos por diferentes médicos, sendo que cada um dá um diagnóstico diferente; é assinalado também como insatisfação o gasto com a compra de medicamentos.

Os trabalhadores de saúde são predominantemente receptivos para o trabalho com crianças, sendo que existe dificuldade no cuidado aos adolescentes, em decorrência das particulares deste grupo. No que se refere à satisfação, aspectos assinalados foram estímulos

em decorrência do bom desempenho de seu trabalho e motivações intrínsecas relacionadas a sua profissão. A insatisfação é manifestada pela baixa remuneração e falta da capacitação na área da urgência e emergência.

7. REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS*

ANDRADE, L.; CAETANO, J.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência, **Rev. Rede Enfermagem Nordeste (RENE)**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 91-97, 2000.

ANDRADE, M. Ser enfermeira. In: CASTELLI, M.; POURRAT, D.; RIBEIRO, M. **Enfermagem no centro de terapia intensiva pediátrica**. São Paulo: Roca, 1998. cap. 1, p. 1-4.

ARAÚJO, M. **Avaliação da qualidade de atenção hospitalar as pneumonias na infância**. 1996. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

AYRES, J. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, jul.-set. 2004.

BENITES, A.; MARTIN, J.; NOVO, Y.; DIAZ, S.; MUÑOZ, M.; GOMEZ, J. Humanización en atención urgente. Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia? **Emergencias**, Madrid, v. 16, n. 1, p. 12-16, feb. 2004.

BONADEO, M.; MARENGHI, M.; BASSI, F.; FERNÁNDEZ, M.; LAGO, M.; PIACENTINI, A.; BERTONI, C. Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. **Arch. Argent. Pediatr.**, Buenos Aires, v. 103, n. 6, p. 491-496, dic. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. 2007a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2006/c01.htm> Acesso em: 30 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos e sobre Mortalidade. **Indicadores municipais de saúde**. 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>. Acesso em: 30 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

*De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério de Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATAUnB – Pesquisas Sociais Aplicadas. Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. **Pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários de SUS**: resumo projeto de pesquisa. Brasília, 2006d. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Editora MS, 2006e. (Série Textos Básicos de Saúde, B).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>. Acesso em: 12 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2048 de 05 de Novembro de 2002 dispõe o Regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Brasília: Editora MS, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Programa Nacional de Humanização. A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Editora MS, 2004d. (Serie Textos Básicos de Saúde, B).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: ambiência: cartilha da PNH. Brasília: Editora MS, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora MS, 2004f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Editora MS, 2004g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Editora MS, 2004h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Oficina Nacional Humaniza SUS**: construindo a Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora MS, 2003b. (Relatório final).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília: Editora MS, 2002a. (Serie Legislação de Saúde, 8, E).

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 50, 21 de fevereiro de 2002**. 2002b. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf. Acesso em: 13 out. 2005.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002**. 2002c. Altera a Resolução - RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/307_02rdc.htm. Acesso em: 13 de out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Vocabulário da saúde em qualidade e melhoria da gestão**. Brasília: Editora MS, 2002d. (Série Comunicação e Educação em Saúde, F).

BRASIL. Ministério da Saúde-Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2002e. (Serie Projetos, Programas e Relatórios, C).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação da saúde da criança no Brasil**. 2001a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/situacao.htm>. Acesso em: 15 abr. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Portaria nº. GM-095-2001**. 2001c. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/daha/legislacao/GM-095-2001.htm>. Acesso em: 6 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Acidentes e violências**. 1999a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/acidviol/areas.htm#area>. Acesso em: 3 nov. 2001.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Programa educação em saúde**. 1999b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/pes/>. Acesso em: 13 nov. 2001.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério de Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Sistemas de controle das condições ambientais de conforto**. Brasília, 1995a. 74 p. (Série Saúde & Tecnologia - Textos de apoio à programação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Condições de segurança contra incêndio**. Brasília, 1995b. 107 p. (Série Saúde & Tecnologia - Textos de apoio à programação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Manutenção incorporada à arquitetura hospitalar**. Brasília, 1995c. 74 p. (Série Saúde & Tecnologia - Textos de apoio à programação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde).

CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção a saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, jul.-set. 2005.

CASATE, J.; CORRÊA, A. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan.-fev. 2005.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul.-set. 1999.

CECÍLIO, L. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-479, jul.-set. 1997.

CECÍLIO, L.; CAMPOS, G.; MERHY, E. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CESAR, C.; TANAKA, O. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 59-70, 1996. Suplemento 2.

CHAVES, L. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996 - 2003**. 2005. 159 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CONDORIMAY, Y. **Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência-parada cardiorrespiratória**. 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Secretaría de Cooperación Iberoamericana (SECIB). **Construir equidad desde la infancia y la adolescência en iberoamerica**. Santiago de Chile, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº. 1.451, de 10 de março de 1995. 1995. Definem Urgência e Emergência, equipe e equipamentos para os prontos socorros. **Diário Oficial [da] União**: Brasília, 17 mar. 1995. Seção I, p. 3666. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm> Acesso em: 20 jul. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-SP (COREN-SP). **Decreto nº 94.406**, de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>. Acesso em: 15 nov. 2007.

COSTA, M.; FORMIGLI, V. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 177-184, abr. 2001.

CURA, M.; FUREGATO, A. Satisfação profissional do enfermeiro. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 21-28, out. 1999.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición e métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. Avaliação de satisfação de usuários: considerações metodológicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, set.-dez. 2005. Suplemento.

FORMIGLI, V.; SILVA, L.; CERDEIRA, A.; PINTO, C.; OLIVEIRA, R.; CALDAS, A.; BOAS, M.; FONSECA, A.; SOUZA, L.; SILVA, L.; PAES, M. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 33-41, 1996. Suplemento 2.

FRANCO, S.; CAMPOS, G. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, jan.-mar. 1998.

FURTADO, J. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GOMES, M.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar.-ago. 2005.

GOMES, R.; SILVA, C.; DESLANDES, S.; SOUZA E. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 789-797, out.-dez. 1999.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.; DESLANDES, S.; NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 67-80.

GRANITOFF, N.; WHITAKER, I.; DALOSS, T.; CONÇALVES, V. Sistema racional de atendimento - um modelo de assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 2/4, p. 7-12, 1994.

JARIOD, M.; CARRETERO, J.; CLOSA, R.; ALLUÉ, X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. **Rev. Emergencias**, Madrid, v. 18, n. 4, p. 215-218, jul. 2006.

KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F. **Dicionário terapêutico guanabara**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

KOVACS, M.; FELICIANO, K.; SARINHO, S.; VERAS, A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, mai-jun. 2005.

HALAL, I.; SPARREMBERGER, F.; BERTONI, A.; CIACOMET, C.; SEIBEL, C.; LAHUDE, F.; MAGALHÃES, G.; BARRETO L.; LIRA, R. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 131-136, abr. 1994.

LONDON. Department of Health and Social Security. Central Health Services Council. **The welfare of children in hospital. report of the committee**. Her Majesty's Stationery Office, London, 1959.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

MALIK, A. **Avaliação, qualidade, gestão... para trabalhadores da área de saúde e outros interessados**. São Paulo: SENAC, 1996.

MARTINEZ, M.; NITSCHKE, C. Teoria, pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas. In: SANTOS, J. S. dos (Org.). **Sistema de urgência e emergência de Ribeirão Preto e região**. Ribeirão Preto: HCRP-FM-USP, 2001. p. 23-27.

MARTINEZ, M.; PARAGUAY, A.; LATORRE, M. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 55-61, fev, 2004.

MELCHIOR, R.; NEMES, M.; BASSO, C.; CASTANHEIRA, E.; ALVES, M.; BUCHALLA, C.; DONINI, A.; EQUIPE QUALIAIDS. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 143-151, jan.-fev. 2006.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 255 p.

MINAYO, M.; ASSIS, S. Saúde e violência na infância. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 263-266, 1994.

MISHIMA, S.; ALMEIDA, M.; VILLA T.; FORTUNA, C.; KIMURA, M.; FERREIRA M. A relação universidade e serviços de saúde-construindo possibilidades de trabalho. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 17-22, abr. 1997.

MONTERO, F.; CALDERON DE LA BARCA, J.; JIMÉNEZ, L.; BERLANGO, A.; PERULA, L. Situación actual de los servicios de urgencias hospitalarios en España (I): descripción general y análisis de la estructura física y funcional. **Emergencias**, Madrid, v. 12, n. 4, p. 226-236, 2000.

MORALES, J. Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. Editorial. **Emergencias**, Madrid, v. 13, n. 1, p. 1-3, 2001.

MORALES, N. Algunas consideraciones para la organización de servicios de salud para emergencias y desastres. **An. Fac. Med. Lima**, Lima, v. 62, n. 1, p. 1-12, 2001.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. **Metodologia da pesquisa:** para o professor pesquisador. 1. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. 248 p.

MUÑOZ-SECO, E.; COLL-BENEJAM, J.; TORRENT-QUETGLAS, M.; LINARES-POU, L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. **Aten. Primaria**, Barcelona, v. 37, n. 4, p. 209-214, 2006.

NOVAES, H. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 147-173, 2004. Suplemento 2.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Um mundo para as crianças:** relatório da sessão especial da assembléia geral das nações unidas sobre a criança. As metas das Nações Unidas para o Milênio. Nova Iorque, 2002. (Suplemento, 3, A/S-27/19/Ver. 1).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Informe del grupo de trabajo sobre la OPS en el siglo XXI** 46º Consejo Directivo, 57ª sesión del comité regional. Washington, 2005. (CD46/29).

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Quincuagésimo quinto período de sesiones. A/RES/55/2. **Declaración del Milenio.** Resolución aprobada por la asamblea general. Nova Iorque, 2000. 10p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe.** Washington, 2001.

PAULI, M.; BOUSSO, R. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-286, maio-jun. 2003.

PEREIRA, M. Qualidade dos serviços de saúde. In: _____. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 538.

PERÚ. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. **Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de emergencias.** Lima, 2000. 17 p.

PETTENGILL, M.; NUNES, C.; BARBOSA, M. Professor e aluno compartilhando da experiência de ensino-aprendizagem: a disciplina de enfermagem pediátrica da universidade

federal de Mato Grosso do Sul. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 453-460, jul.-ago. 2003.

PINTO, I.; PASSERI, I.; MELLO, D.; FRANCO, A. SILVA, D.; PEREIRA, L. Salud y calidad de vida: demanda pediátrica de urgências en un centro de salud de Ribeirão Preto (Brasil). **Metas enfermería**, Madrid, v. 8, n. 3, pág. 65-68, abr. 2005.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PUCCINI, P.; CECÍLIO, L. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set.-out. 2004.

RAMOS, D.; LIMA, M. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.27- 34, jan.-fev. 2003.

RATTNER D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 21-32, 1996. Suplemento 2.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Divisão de Enfermagem. **Guia de rotinas e procedimentos de enfermagem da secretaria municipal da saúde de município de Ribeirão Preto-2004**. 2007. Disponível em:<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/organizacao/I16indice.htm>>. Acesso em: 15 Julho 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Divisão de Planejamento em Saúde. **Estimativa populacional no município de Ribeirão Preto**. 2006. Disponível em:<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/SSAUDE/Vigilancia/I16INDICE.htm>>. Acesso em: 15 maio 2006.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2005.

ROSA, M.; HORTALE, V. Óbitos perinatais evitáveis e estrutura de atendimento obstétrico na rede pública: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 773-783, jul.-set. 2000.

SAMICO, I.; HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant**, Recife, v. 5, n. 2, p. 1-12, abr.-jun. 2005.

SANTOS, J.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S.; FERRAZ, C.; DALLORA, M.; SÁ, M. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2, p. 498-515, abr. 2003.

SANTOS, M. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-119, abr.-jun. 1995.

SÃO PAULO. Governo do Estado. **Fundação sistema estadual de analise de dados**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/>> Acesso em: 15 jun. 2006.

SCHVARTSMAN, C.; CARRERA, R.; ABRAMOVICI, S. Avaliação e transporte da criança traumatizada. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. s223-s229, 2005. Suplemento.

SCHMIDT, D.; DANTAS, R. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidade de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, jan.-fev. 2006.

SECLÉN-PALACIN, J.; DARRAS, C. Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. **An. Fac. Med. Lima**, Lima, v. 66, n. 2, p. 127-141, 2005.

SILVEIRA, D.; SANTOS, I.; COSTA, J. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan.-fev. 2001.

SIMÕES, C. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SOUSA, M. A responsabilidade da dispensação de medicamentos em UBS. **Rev. COREN-SP**, São Paulo, v. 69, p. 6-7, mai-jun. 2007.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Editora MS, 2003. Apresentado no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002, em São Paulo.

TANAKA, O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 175.

UNGLERT, C. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, dez. 1990.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Estado Mundial de la Infancia 2006**: excluidos e invisibles. New York, 2005a.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação da infância brasileira 2006**: crianças de até 6 anos, o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília, 2005b.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Políticas Públicas. **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**. Campinas: MPOG, 1999. (Relatório final).

UNITED NATIONS (UN). **Un Millennium Project 2005**. Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Task Force on Child Health and Maternal Health. New York, 2005.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D.; HASSEN, M. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000. 136 p.

WASELFISZ, J. **Relatório de desenvolvimento juvenil 2003**. Brasília: UNESCO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Call of action to the attention integrated to the prevalent diseases of the children**. 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/chd/imci-sd/callacts.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of child and adolescent health and development. **Management of childhood illness in developing countries**: rationale for an integrated strategy. Geneva, 1999.

YÉPEZ, M.; MORAIS, N. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.80-88, jan.-fev. 2004.

8. APENDICES

APÊNDICE A - Roteiro de observação da estrutura para o atendimento de crianças e adolescentes nas unidades não-hospitalares de urgência e emergência

UNIDADE:.....

DATA:..... **Hora de início:** **Hora de término:**.....

ÁREA FÍSICA:

1. Os ambientes da unidade para o atendimento das urgências e emergências possuem:

CARACTERÍSTICAS	SIM	NÃO
Conforto		
Limpeza		
Sinalizações visíveis e de fácil entendimento		
Controle de ruído		
Segurança na integridade física		

Comentários:.....

2. Área física no atendimento de urgências e emergências:

	DISTRIBUIÇÃO FÍSICA	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
BLOCO DE PRONTO-ATENDIMENTO	1. Sala de recepção e espera (c/ sanitários)***			
	2. Sala de arquivo para ficha de atendimento ***			
	3. Sala de triagem e classificação de risco ***			
	4. Consultórios médicos ***			
	5. Consultório odontológico *			
	6. Sala de serviço social *			
	7. Sala de atendimento psicológico *			
BLOCO DE APOIO DIAGNÓSTICO	1. Sala de radiologia *** (24 horas)			
	2. Sala de coleta *			
	3. Sala análises clínicas laboratoriais ***			
	4. Laboratório de patologia clínica ***			
BLOCO DE PROCEDIMENTOS	1. Sala para suturas ***			
	2. Sala de curativos contaminados ***			
	3. Sala para inaloterapia***			
	4. Sala de medicação ***			
	5. Sala de gesso *			
BLOCO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/OBSERVAÇÃO	1. Sala de reanimação e estabilização/urgência ***			
	2. Sala de observação pediátrica (com sanitários e chuveiros) ***			
	3. Sala de isolamento (com ante-sala, sanitários e chuveiros exclusivos) **			
BLOCO DE APOIO LOGÍSTICO	1. Farmácia ***			
	2. Almoxarifado ***			
	3. Expurgo/lavagem de material ***			
	4. Central de material esterilizado ***			
	5. Rouparia ***			
	6. Necrotério ***			
BLOCO DE APOIO ADMINISTRATIVO	1. Sala de gerência e administração ***			
	2. Sala de reunião *			
	3. Sala de descanso para funcionários (sanitários e chuveiros) ***			
	4. Vestiários para funcionários ***			
	5. Copa/refeitório ***			
	6. Depósito de material de limpeza ***			

	7. Área para limpeza geral ***			
	8. Local de acondicionamento de lixo***			
	9. Estacionamento (ambulância, pacientes e funcionários) ***			

3. A unidade conta com leitos de observação de 6 a 24 horas?

SIM () NÃO ()

4. Os locais para realização dos exames são específicos e com condições ideais para a realização dos procedimentos (coleta de sangue, raios X e electrocardiograma)?

SIM () NÃO ()

5. Os exames são identificados de maneira legível e completa desde a solicitação até o resultado?

SIM () NÃO ()

B. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS:

6. Materiais e equipamentos da Sala de Estabilização

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
1. Estetoscópio infantil			
2. Esfigmomanômetro infantil			
3. Otoscópio com espêculos infantis			
4. Oftalmoscópio			
5. Espelho laríngeo			
6. Glicosímetro			
7. Maca com rodas e grades			
8. Foco cirúrgico portátil			
9. Negatoscópios			
10. Serra de gesso			
11. Cânulas endotraqueais de vários tamanhos			
12. Cateteres de aspiração			
13. Adaptadores para cânulas			
14. Cateteres nasais			
15. Sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos			
16. Luvas de procedimentos			
17. Máscara para ressuscitador infantil e adolescente			
18. Ressuscitadores infantil com reservatório			
19. Cadeados para fixação de cânula			
20. Laringoscópio infantil com conjunto de lâminas			
21. Cânulas orofaríngeas infantis			
22. Jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta			
23. Fios cirúrgicos			
24. Fios-guia para intubação			
25. Pinça de Magyll			
26. Bisturi (cabo e lâmina)			
27. Material para cricotiroidostomia			
28. Drenos para tórax			
29. Pacotes de gaze estéril			
30. Pacote de compressa estéril			
31. Esparradrapo			
32. Material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas			
33. Agulhas especiais para punção óssea			

34. Garrote			
35. Equipos de gotas e microgotas			
36. Cateteres específicos para dissecação de veias infantis			
37. Tesoura			
38. Seringas de vários tamanhos			
39. Torneiras de 3 vias			
40. Caixa completa de pequena cirurgia			
41. Frascos de drenagem de tórax			
42. Extensões para drenos torácicos			
43. Sondas vesicais			
44. Coletores de urina			
45. Espátulas de madeira			
46. Sondas nasogástricas			
47. Eletrodos descartáveis			
48. Materiais de proteção individual para equipe de atendimento			
49. Cobertor para conservação do calor do corpo			
50. Conjunto de colares cervicais infantis			
51. Prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma			
52. Prancha curta para massagem cardíaca			
53. Cadeira-de-rodas			
54. Desfibrilador com marca-passo externo			
55. Monitor cardíaco			
56. Oxímetro de pulso			
57. Eletrocardiógrafo			
58. Aspirador de secreção			
59. Bomba de infusão com bateria e equipo universal			
60. Respirador mecânico infantil			
61. Gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade			
62. Fornecimento de água pela rede pública			
63. Sistema de telefonia e de comunicação			
64. Rede canalizada de gases e cilindro de oxigênio portátil ou torpedo de O ₂			

7. Os equipamentos estão disponíveis e em condições de uso?

SIM () NÃO ()

8. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva ou preventiva?

SIM () NÃO ()

9. Todos os equipamentos estão inventariados?

SIM () NÃO ()

10. Medicamentos de emergência na Sala de Estabilização

MEDICAMENTOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
1. Adrenalina			
2. Água destilada			
3. Aminofilina			
4. Amiodarona			
5. Atropina			
6. Bicarbonato de sódio			
7. Brometo de Ipratrópio			
8. Captopril			
9. Carvão ativado			

10. Cefalexina			
11. Cefalotina			
12. Cetoprofeno			
13. Clister glicerinado			
14. Cloreto de potássio			
15. Cloreto de sódio			
16. Dexametasona			
17. Diazepam			
18. Diclofenaco de sódio			
19. Digoxina			
20. Dipirona			
21. Dopamina			
22. Fenitoína sódica			
23. Fenobarbital			
24. Furosemida			
25. Glicose isotônica			
26. Glicose hipertônica			
27. Gluconato de cálcio			
28. Haloperidol			
29. Hidrocortisona			
30. Lidocaína			
31. Manitol			
32. Metilprednisolona			
33. Metoclopramida Cloridrato			
34. Midazolan			
35. Nifedipina			
36. Nistatina			
37. Óleo mineral			
38. Omeprazol			
39. Paracetamol			
40. Prometazina			
41. Propranolol			
42. Ranitidina			
43. Ringer lactato			
44. Sais para reidratação oral			
45. Salbutanol			
46. Soro fisiológico			
47. Soro glicosado			
48. Sulfadiazina prata			
49. Sulfametoxazol+Trimetoprim			
50. Sulfato de magnésio			
51. Sulfato de terbutalina			
52. Tramadol			
53. Colírios			
54. Vitamina K			

11. A sala de atendimento da urgência e emergência está com adequada disposição para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos médicos?

SIM () NÃO ()

12. Os medicamentos estão com a validade correspondente?

SIM () NÃO ()

13. Os medicamentos sujeitos ao controle especial são rastreáveis?

SIM () NÃO ()

14. A unidade conta com serviços de 24 horas?

- Transporte adequado SIM () NÃO ()
- Comunicação com a central de regulação médica SIM () NÃO ()
- Viabiliza a referência e contra-referência dos pacientes SIM () NÃO ()

C. RECURSOS PROFISSIONAIS

15. A unidade de urgência e emergência dispõe de pessoal específico (médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem) nas 24 horas para atendimento contínuo?

SIM () NÃO ()

16. A equipe de saúde demonstra educação, respeito e interesse? SIM () NÃO ()

Comentários: _____

17. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde?

SIM () NÃO ()

18. Utilizam protocolos de urgência e emergência para a classificação de risco na prática diária?

SIM () NÃO ()

19. Há uma política de educação permanente para o pessoal da atenção na urgência e emergência? SIM () NÃO ()

Comentários: _____

D. GESTÃO ORGANIZACIONAL:

20. A direção técnica é de responsabilidade de um profissional habilitado?

SIM () NÃO ()

21. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento?

Especifique: _____

SIM () NÃO ()

22. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas (manuais, rotinas, competências)?

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

23. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria, de forma a reforçar sua imagem?

SIM () NÃO ()

24. Tem canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas reclamações, sugestões e solicitações/Tem serviços de ouvidoria

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

25. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários, para tomada de decisão

SIM () NÃO ()

26. Nas fichas de atendimento, o registro é sistemático (evolução, intercorrências)

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

27. Assegura a guarda das fichas de atendimento, com confidencialidade, integridade e disponíveis em local de fácil acesso

SIM () NÃO ()

28. Os funcionários são avaliados pela equipe de medicina do trabalho

SIM () NÃO ()

29. Disposição de mecanismo de controle de acidentes do trabalho

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

30. Mecanismos de avaliação de satisfação e desempenho dos trabalhadores

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

31. No programa de controle de infecções, estão consideradas a unidade de urgência e emergência?

SIM () NÃO ()

32. A central de material e esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização?

SIM () NÃO ()

33. Realiza o controle de vetores ?

SIM () NÃO ()

34. Realiza manutenção predial corretiva?

SIM () NÃO ()

35. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competente?

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

36. Garante condições de segurança contra incêndio

SIM () NÃO ()

37. Há mecanismos que visam a garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente?

SIM () NÃO ()

38. A diluição dos saneantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado?

SIM () NÃO ()

39. Os procedimentos e rotinas de limpeza e desinfecção são registrados e supervisionados?

SIM () NÃO ()

40. Existe gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

E. GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

41. Existem métodos que visam a reduzir ou minimizar o desconforto nas filas?

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

42. Os pacientes pediátricos têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos

SIM () NÃO ()

43. Há garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade (se tiver sala de observação)

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

44. Realiza ações proativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

45. Quando chega uma criança à emergência, tem um aviso sonoro ou comunicação verbal?

SIM () NÃO ()

46. Realiza as coordenações necessárias com a polícia, de modo a garantir a presença durante as 24 horas?

SIM () NÃO ()

Comentários: _____

APÊNDICE B - Roteiro de observação do fluxo do usuário

Código:

UBDS: **Data:** **Hora de início:** **Hora de término:**

Nome da criança ou adolescente:

Nome do acompanhante:

Endereço:

Procedência:

1. Admissão do paciente na recepção geral: (hora, manifestações, orientações e encaminhamento).....

.....

2. Admissão do paciente na sala de acolhimento/pré-consulta: (hora, manifestações, orientações e encaminhamento)

.....

3. Avaliação e classificação de risco na sala de acolhimento/pré-consulta: (manifestações, orientações e encaminhamento)

.....

4. Manifestações pelo acompanhante/criança ou adolescente na espera do atendimento:.....

.....

5. Atenção médica (hora, relações com o paciente e familiar na entrada e saída da consulta)

.....

6. Encaminhamento do paciente ao término da atenção (hora, saída, manifestações, etc.):

.....

.....

APÊNDICE C - Entrevista semi-estruturada com os pais ou acompanhantes da criança ou adolescente

PERFIL DO USUÁRIO

1. Idade: (anos e meses) :
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Diagnóstico:

4. Escolaridade da criança/adolescente	
Jardim 1, 2 ou 3	
Ensino Fundamental	
Ensino Médio	

PERFIL DO ACOMPANHANTE

1. Idade:
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Acompanhante (mãe, pai, avô, vizinho, etc.)
4. Ocupação do acompanhante:

5. Escolaridade do acompanhante	
Analfabeto	
Fundamental	
Médio	
Superior	

6. Como a criança ou adolescente ingressa ao sistema de atendimento da urgência e emergência?

- 6.1. Motivo de uso do serviço de saúde?
- 6.2. Recebeu atenção em outro serviço, como foi?

7. Como foi a atenção dentro da unidade de saúde?

- 7.1. Na espera para ser atendido, como foi, como se sentiu?
- 7.2. Precisou de algum exame de diagnóstico (sangue, raios X ou outro), foi realizado?
- 7.3. Precisou de algum medicamento, e o recebeu?
- 7.4. O profissional de saúde explicou a atenção, os cuidados em casa, ou por que encaminhou a outro serviço?
- 7.5. Durante o atendimento sentiu confiança na equipe?
- 7.6. Você teve informações e esclarecimentos sobre o estado de saúde da criança?
- 7.7. Comente sobre a planta física (condições de conforto e desconforto)?
- 7.8. O estabelecimento é sinalizado para que você possa encontrar o local onde precisa ir?
- 7.9. Como avalia a limpeza da unidade?
- 7.10. A equipe de saúde demonstrou educação, respeito e interesse?

8. A situação que o levou a buscar atendimento foi solucionada?

- 8.1. Teve que fazer algum gasto para comprar medicamento ou fazer um procedimento?
- 8.2. Como considera a atenção na unidade?

APÊNDICE D - Entrevista semi-estruturada com os trabalhadores de saúde

Código:

UBDS:Data:.....Hora de início:.....Hora de término:.....

A. PERFIL DO TRABALHADOR

1. Idade:

2. Sexo	
Masculino	
Feminino	

3. Escolaridade	
Ensino Fundamental	
Ensino Médio	
Ensino Superior	
Pós-graduação	

4. Profissão:.....

5. Ano de formação:.....

6. Tempo de atividade profissional:.....

7. Tempo de atividade na UBDS:.....

8. Cargo/função:.....

9. Horas por semana de trabalho:.....

10. Vínculo/contrato de trabalho:

VÍNCULO	TIPO
Contratado pelo próprio estabelecimento	
Concursado	
Contrato temporário [sem CLT]	
Cargo comissionado	
Terceirizado	

B. QUESTÕES

Pode-me falar sobre:

1. Como é para você o trabalho com crianças e adolescentes na urgência e emergência?
2. Estímulo e motivação para o trabalho?
3. Educação permanente?
4. Condições de trabalho (planta física, mobiliário, limpeza do ambiente, segurança) ?
5. Recursos materiais e equipamentos?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o trabalhador de saúde

TÍTULO DO ESTUDO: “Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação”.

PESQUISADORAS: Doutoranda: Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

Profa. Dra. Regina A. Garcia de Lima (Coren nº 13469-SP)

Meu nome é Yolanda Rufina Condorimay Tacsí, sou enfermeira e aluna do Curso de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e responsável pelo projeto “Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação”. A orientadora deste projeto é a Profa. Dra. Regina A. Garcia de Lima.

Convido você para participar deste estudo que tem como objetivo avaliar o atendimento de urgências e emergências de crianças e adolescentes. Para isso, eu vou observar o fluxo de atendimento do usuário desde a recepção até a saída do serviço. Farei, ainda, uma entrevista para conhecer sua opinião sobre esse processo. Caso você concorde, essa nossa conversa será gravada para que eu não perca nenhuma informação; caso contrário, farei anotações concomitantes e ao final você dará seu parecer.

Pelo tipo de pesquisa não estão previstos desconfortos ou riscos físicos, não haverá procedimentos experimentais. As informações que me fornecer serão mantidas em segredo (sigilo) e seu nome não será divulgado (anonimato). Gostaria de deixar claro que você terá a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo ao seu trabalho.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar a equipe de saúde a organizar a assistência em situações de urgência e emergência. Os resultados deste estudo serão divulgados em reuniões científicas e publicações em meios especializados.

Caso queira falar comigo, poderá me encontrar na Rua Pedreira de Freitas Casa 13, no telefone 3602.3516. Se quiser entrar em contacto com a orientadora, ela poderá ser encontrada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na sala 73, no telefone 3602.3411.

Caso concorde e se sinta estar devidamente esclarecido sobre o estudo, gostaria de ter o seu consentimento declarado:

EU, _____ aceito participar deste estudo, de forma voluntária. Estou ciente de que a entrevista será gravada, as informações serão mantidas em segredo e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem prejuízo ao meu trabalho. Confirmando que tive a oportunidade de discutir o termo de consentimento livre esclarecido e que ao final recebi uma cópia dele.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____

Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

Regina A. Garcia de Lima

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o acompanhante do usuário

TÍTULO DO ESTUDO: “Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação”.

PESQUISADORAS: Doutoranda: Yolanda Rufina Condorimay Tacsí
Profª. Dra. Regina A. Garcia de Lima (Coren nº 13469-SP)

Meu nome é Yolanda Rufina Condorimay Tacsí, sou enfermeira e aluna do Curso de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e responsável pelo projeto “Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo: um estudo de avaliação”. A orientadora deste projeto é a Profª. Dra. Regina A. Garcia de Lima.

Convido você para participar deste estudo que tem como objetivo avaliar o atendimento de urgências e emergências de crianças e adolescentes. Para isso, eu vou observar o atendimento e depois nós-vamos conversar (entrevista) sobre este atendimento, e caso você concorde, essa nossa conversa será gravada para que eu não perca nenhuma informação. Caso não autorize, farei anotações e ao final você dará seu parecer.

Pelo tipo de pesquisa não estão previstos desconfortos ou riscos físicos, não haverá procedimentos experimentais. As informações que me fornecer serão mantidas em segredo (sigilo), e seu nome não será divulgado (anonimato). Gostaria de deixar claro que você terá a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo da continuidade do tratamento.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar a equipe de saúde a organizar a assistência em situações de urgência e emergência. Os resultados deste estudo serão divulgados em reuniões científicas e publicações em meios especializados.

Caso queira falar comigo, poderá me encontrar na Rua Pedreira de Freitas Casa 13, no telefone 3602.3516. Se quiser entrar em contacto com a orientadora, ela poderá ser encontrada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na sala 73, no telefone 3602.3411.

Caso concorde e se sinta estar devidamente esclarecido sobre o estudo, gostaria de ter o seu consentimento declarado:

EU, _____ aceito participar deste estudo, de forma voluntária. Estou ciente de que a entrevista será gravada, as informações serão mantidas em segredo e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem prejuízo do atendimento. Confirmando que tive a oportunidade de discutir o termo de consentimento livre esclarecido e que ao final recebi uma cópia dele.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Nome da criança/adolescente: _____

Data: ____/____/____

Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

Regina A. Garcia de Lima

9. *ANEXOS*

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	---	---

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Ribeirão Preto, 09 de agosto de 2006.

OF. Nº 372/06/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-CEP/CSE-FMRP-USP, em sua 51ª reunião ordinária, realizada em 08/08/2006, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente ao Projeto de Pesquisa: **“A rede não hospitalar de atendimento às urgências e emergências para crianças e adolescentes no município de Ribeirão Preto-SP: Um estudo sobre avaliação”**. Protocolo: 0202CEP/CSE-FMRP-USP, que está sendo orientado por V.Sª e pela orientanda Yolanda Rufina Condorimay Tacsí, **foi Aprovado**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Regina Aparecida Garcia de Lima

Departamento de Enfermagem, Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP