

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

LIBANIA MARIA BANDEIRA LIMA

PROCURA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA:
implicações para a superlotação

FORTALEZA - CEARÁ
2012

LIBANIA MARIA BANDEIRA LIMA

PROCURA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA:
implicações para a superlotação

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento da criança e do adolescente e suas conexões com a família e as redes sociais.

Orientadora: Prof.^a Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida

FORTALEZA-CEARÁ
2012

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

L732p Lima, Libania Maria Bandeira
 Procura da emergência pediátrica: implicações para a
 superlotação / Libania Maria Bandeira Lima. – 2012.
 110 f: il., color. enc. ; 30 cm.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do
 Ceará, Centro de Educação, Curso de Mestrado Profissional
 em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2012.

 Área de Concentração: Saúde da Criança e do
 Adolescente.

 Orientação: Profa. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de
 Almeida.

 1. Superlotação de emergências pediátricas. 2. Atenção
 básica. 3. Hierarquização na saúde. I. Título.

CDD: 616.025

LIBANIA MARIA BANDEIRA LIMA


PROCURA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA:
implicações para a superlotação

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em: 26/04/2012

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Nádía Maria Girão Saraiva de Almeida


Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia de Almeida


Prof.^a Dr.^a Ana Mattos Brito de Almeida

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João e Maria José, pela oportunidade de viver e pelo estímulo para buscar os melhores caminhos.

À minha sogra, Naíde, pela presença e auxílio contínuos.

Ao meu marido, Marcos e aos meus filhos Raquel e Isaac, pela inspiração, compreensão e pelo eterno amor.

A G R A D E C I M E N T O S

Ao Pai Celestial, que criou e mantém em ordem todo o Universo.

À Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo apoio institucional.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, pelos ensinamentos e exemplos transmitidos.

À Prof.^a Dr.^a Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida, pela paciência e competência ao orientar-me neste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Ana Mattos Brito de Almeida e à Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia de Almeida, pela participação e contribuição na Banca Examinadora.

Aos colegas do Mestrado e, em especial, Giovana Louella Aguiar Bezerra de Farias, pela amizade e incentivo durante o curso.

Ao Dr. José Aderson Mendes Martins, pela confiança e colaboração com a minha atualização profissional.

Ao Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá, representado pela sua direção e por seus funcionários, que me abriram o espaço para a realização deste estudo.

À Mary Anne Cavalcanti Saraiva Matos, pelo apoio.

A todas as mães e aos pacientes que anonimamente participaram desta pesquisa, meu respeito e meu reconhecimento de sua luta pela saúde.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo, os meus agradecimentos.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(CONSTITUIÇÃO FEDERAL DA REPÚBLICA, de 1988, Artigo 196, seção II, Da Saúde.)

RESUMO

A problemática da superlotação nas emergências pediátricas brasileiras tem chamado a atenção, especialmente ao se constatar que parte considerável desses pacientes poderia ter sido atendida nos postos de saúde. O presente estudo objetivou identificar os fatores que contribuem para que as mães procurem diretamente os serviços de emergência, as patologias mais frequentes e suas sugestões para melhorar a adequação dessa demanda. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal analítico realizado em Hospital pediátrico municipal em Fortaleza/CE no mês de maio de 2011. Por meio de formulário padronizado foram entrevistadas aleatoriamente 211 mães entre os pacientes classificados como sensíveis à atenção básica, os quais representaram 47,4% dos atendimentos com diagnóstico no período em estudo. Constatou-se que os principais agravos desse público são as doenças respiratórias (56,2%), gastrointestinais (16,6%) e viroses (13,0%). Os pacientes são compostos em sua maior parte de crianças até dois anos de vida (37,0%), enquanto os adolescentes representaram apenas 13,7% dos atendimentos, destacando-se também o predomínio do sexo masculino (53,1%). A maioria encontra-se cadastrada em um posto de saúde (93,4%), dos quais 67,5% são vinculadas ao posto do próprio bairro, porém quanto ao acompanhamento do desenvolvimento normal da criança e do adolescente, 55,0% não o faz, dos quais 39,6% justificam-se pela dificuldade de acesso. Interrogados sobre a ida à unidade básica por conta da doença atual constatou-se que a procura direta pela emergência ocorreu em 65% das entrevistas. O número reduzido de pediatras nos plantões do hospital prolonga o tempo de espera, que superou 6 horas para 17,4% das mães, as quais afirmaram necessitar de proximidade/acessibilidade aos postos de saúde. Ouidas as inquietações das mães, foram elaboradas sugestões para melhor desempenho da assistência a nível primário e secundário, resumindo-se em aumentar o número de pediatras nos postos de saúde e nos hospitais, ampliar a Estratégia Saúde da Família no Município e melhorar a organização dos serviços. O estabelecimento de sistemas de referência e contra referência entre os níveis de atenção, bem como o acolhimento com classificação de risco nos postos e hospitais são citados com base em experiências exitosas constantes da literatura.

Palavras chave: Superlotação de emergências pediátricas, Atenção básica, Hierarquização na saúde.

ABSTRACT

SEARCHING FOR PEDIATRIC EMERGENCY: Implication on overcrowding at the emergencies

The overcrowding problem in Brazil's Pediatric Emergencies has pointed out, especially if it is found that a considerable portion of these patients could have been treated at Health Clinics in their own Neighborhood. This study aimed to identify factors that contribute to mothers to seek emergency services directly, the most frequent pathologies and their suggestions for improving the adequacy of this demand. This is a quantitative, analytical cross-sectional study held at the Municipal Pediatric Hospital in Fortaleza/CE in May 2011. Through semi-structured questionnaire were interviewed at random 211 mothers of patients classified as; Sensitive to Basic Care, which accounted for 47.4% of the cases diagnosed during the study. It was found that the main grievances of the public are; Respiratory Diseases (56.2%), Gastrointestinal (16.6%) and Viruses (13.0%). Patients are composed mostly of Children up to two years of life (37.0%), while Teenagers accounted for only (13.7%) of cases, highlighting also the predominance of Males (53.1%). The majority is enrolled in a Health Clinics (93.4%), of which (67.5%) are linked to the Health Clinics of their own neighborhood, but as to follow the normal development of Children and Adolescents, (55.0%) do not, of which (39.6%) are justified by the difficulty to access these Health Clinics. Asked about going to the Basic Unit due to the current illness was found that the demand for direct emergency occurred in (65%) of respondents. The small number of pediatricians on schedule prolongs the waiting time at the Hospitals, which exceeded 6 hours for (17.4%) of mothers, who claimed need proximity /accessibility to Health Clinics. After hearing the concerns of mothers, were prepared suggestions to improve the performance on primary and secondary care, summarizing to increase the number of pediatricians both at Clinics and Hospitals, expand the Family Health Strategy in the City and organize the service. The establishment of systems of reference and counter reference between Tiers of Care, as well as the host with the Risk Classification at Clinics and Hospitals are quoted based on successful experiences on the leaflet will.

Keywords: Overcrowding pediatric emergency, Basic care, Tier health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes comunitários de saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CAC	Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá
CROA	Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GECA	Gastroenterocolite Aguda
IJF	Instituto Dr. José Frota
MS	Ministério da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SER	Secretaria Executiva Regional
SF	Saúde da Família
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

1	Diagnósticos passíveis de atendimento na atenção básica. Fortaleza, Março e Setembro 2010.....	22
2	Perfil da demanda no CAC conforme classificação de risco. Fortaleza, Maio de 2011.....	47
3	Diagnósticos passíveis de atendimento na atenção básica. Fortaleza, Maio de 2011.....	47
4	Características sociodemográficas dos acompanhantes das crianças atendidas no hospital. Fortaleza, 2011.....	49
5	Características demográficas das crianças atendidas no hospital. Fortaleza, maio 2011.....	50
6	Características clínicas das crianças atendidas no hospital. Fortaleza, maio 2011.....	52
7	Características do atendimento hospitalar às crianças do estudo. Fortaleza, maio 2011.....	53
8	Vinculação dos pacientes à atenção básica. Fortaleza, maio de 2011.....	54
9	A procura dos entrevistados pelos serviços de saúde. Fortaleza, 2011.....	56
10	Justificativas para a procura da emergência pediátrica. Fortaleza, 2011.	
11	Expectativas e sugestões dos entrevistados em relação aos serviços de saúde. Fortaleza, 2011.....	58
12	Distribuição das crianças segundo diagnóstico e faixa etária. Fortaleza, maio de 2011.....	59
13	Distribuição das crianças segundo escolaridade da mãe e opinião sobre a doença. Fortaleza, maio 2011.....	60
14	Distribuição das crianças segundo escolaridade da mãe e acompanhamento em UBASF. Fortaleza, Maio 2011.....	60

15	Distribuição das crianças segundo renda da mãe e opinião sobre a doença. Fortaleza, maio 2011.....	61
16	Distribuição das crianças segundo renda da mãe e acompanhamento em UBASF. Fortaleza, maio 2011.....	61
17	Distribuição das crianças segundo tempo da doença e busca por outro serviço antes do CAC. Fortaleza, maio 2011.....	62
18	Distribuição das crianças segundo acompanhamento em Unidades de Saúde e busca por outro serviço antes do CAC. Fortaleza, maio 2011.....	62
19	Taxa de Mortalidade Infantil, Brasil, Regiões e Ceará; 2000 a 2008.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 O cenário da pesquisa.....	23
2 JUSTIFICATIVA.....	28
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	32
4 OBJETIVOS.....	38
4.1 Geral	38
4.2 Específicos.....	38
5 METODOLOGIA.....	40
5.1 Delineamento do estudo.....	40
5.2 Local e período.....	40
5.3 População/amostra.....	41
5.4 Instrumento de coleta de dados.....	42
5.5 Procedimentos para coleta de dados.....	43
5.6 Análise de dados.....	43
5.7 Aspectos éticos.....	43
6 RESULTADOS.....	46
6.1 Levantamento de dados epidemiológicos.....	46
6.2 Descrição dos resultados	47
6.2.1 Perfil sociodemográfico dos acompanhantes entrevistados.....	48
6.2.2 Características demográficas dos pacientes.....	50
6.2.3 Características clínicas dos pacientes.....	51
6.2.4 Características do atendimento aos pacientes.....	53
6.2.5 Vinculação dos pacientes à atenção básica.....	54
6.2.6 A procura pelos serviços de saúde.....	55
6.2.7 Justificativas para procurar a emergência do CAC.....	57
6.2.8 Expectativas e sugestões dos entrevistados	58
6.3 Cruzamento de dados.....	59
7 DISCUSSÃO.....	64
8 CONCLUSÃO.....	89
8.1 Recomendações.....	90
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A: Modelo de formulário para coleta de dados.....	101
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	103
ANEXO A: Protocolo de Acolhimento com classificação de risco.....	107
ANEXO B: Mapa dos bairros de Fortaleza.....	109
ANEXO C: Perfil da saúde no Ceará – 2010 (Relatório da OAB).....	110
ANEXO D: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Antes de 1948 o significado do termo saúde era compreendido como a ausência de doença. Com o conceito da Organização Mundial de Saúde em que a mesma é vista como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade, essa lógica deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção e promoção de saúde (SCLIAR, 2007).

A partir de então a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população e os seus indicadores devem ser tomados para medir o nível de desenvolvimento de um país.

É sob esse novo conceito que ocorre a Conferência de Alma-Ata, em 1978, onde são lançados os desafios para o desenvolvimento e a aplicabilidade dos cuidados primários em saúde a nível nacional e internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

No Brasil, com a constituição de 1988, foram lançadas as bases da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que mudou a história da saúde pública no país.

O Sistema único de Saúde (SUS) está fundamentado sobre os princípios norteadores orientados pela conferência de Alma-Ata e descritos pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, sendo estes ético/doutrinários: integralidade, equidade e universalidade; e organizativo/operacionais: descentralização, participação da comunidade, hierarquização e regionalização.

Segundo a Lei 8080/90 a *“integralidade da assistência é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, a atenção à saúde deve trabalhar a prevenção e a cura e levar em conta as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, inclusive os grupos minoritários e os de necessidades com complexidade diferenciada. Exemplos disso são: crianças, jovens, mulheres, gestantes, idosos, deficientes, indígenas, portadores de HIV, dentre outros.

Para atender a este princípio surgiram redes hierarquizadas com níveis crescentes de complexidade dos serviços, mediadas pelas Centrais de Regulação de Vagas, que devem atuar como um facilitador e promotor de transferências de usuários dentro da rede de assistência, desobstruindo o fluxo de usuários pela agilização do atendimento subsequente. Uma das preocupações para a sua aplicabilidade é a humanização dos serviços prestados (HARZHEIM; STEIN; DARDET, 2004).

De acordo com o princípio da equidade todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme suas necessidades. Os serviços de saúde devem conhecer quais as necessidades pertinentes a cada grupo da população para oferecer mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. Em outros termos, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2000).

O princípio da universalidade não só coloca a oferta dos serviços de saúde a todos que deles necessitem, como enfatiza as ações preventivas e redução de agravos. Concede acesso do usuário a todos os serviços e ações de saúde públicos ou contratados pelo poder público. Com isso desaparece a figura do indigente, tendo todos os cidadãos o mesmo direito de assistência gratuita (BRASIL, 2000).

A participação da comunidade é um canal aberto para propiciar as melhorias dos serviços de acordo com as demandas de cada realidade. Viabiliza-se através de organizações como os Conselhos Locais de Saúde e tem ainda a função de fiscalizar o funcionamento dos serviços e a aplicação da Lei (BRASIL, 2000).

Os princípios de descentralização, hierarquização e regionalização dizem respeito à organização administrativa dos serviços, destacando-se pela relevância com o tema deste estudo a hierarquização, que orienta a divisão dos serviços de

saúde em níveis diferentes de complexidade, conforme a necessidade do paciente, a qual direciona a assistência a ser prestada. É assim que se estabelecem três níveis de assistência: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (BRASIL, 1990).

Entende-se como atenção primária à saúde (APS) a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, englobando as Unidades Básicas de Saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF), estratégia essa que se caracteriza por utilizar-se de equipes multiprofissionais responsáveis por oferecer atenção integral e contínua a indivíduos e suas famílias residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos, com resolubilidade e qualidade da atenção. (BRASIL, 1998).

Como atenção secundária encontram-se as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de pequeno e médio porte, que oferecem serviços de média complexidade. Para a atenção terciária reservam-se as unidades ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, que oferecem atendimento especializado, com tratamentos cirúrgicos de grande porte e centros de reabilitação (RATI, 2009).

Mediante a regulamentação do Sistema Único de Saúde, pela abrangência de seus princípios e com as adaptações surgidas ao longo dos anos 90, a concepção de APS também foi renovada e para diferenciar-se da ideia de ações seletivas anteriormente vivenciadas passou-se a usar o termo atenção básica em saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre gestores federais, estaduais e municipais ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização desse nível de atenção. Assim sendo, as unidades básicas de saúde passam a ser não só a porta de entrada do sistema, mas também um ponto de contato preferencial de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal (BRASIL, 2006a).

Os princípios que norteiam o SUS demonstram seu caráter abrangente e universal, porém a sua aplicação tem enfrentado inúmeras contradições e barreiras que fazem da prática algo muito distante do teorizado inicialmente. Um dos pontos

fundamentais do novo sistema de saúde é a municipalização dos recursos da saúde, em que os municípios assumem a gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde, bem como a regulação da rede hospitalar instalada no município. Esse processo vem ocorrendo em todo o país, obedecendo às peculiaridades de cada região, conforme modelos político-institucionais locais e as características dos municípios encarregados de assumir a política orientada.

A Cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, é uma das maiores metrópoles do Brasil, sendo a 5ª maior em número de habitantes, com uma população de 2.447.409 pessoas (IBGE, 2010).

Fica localizada na região nordeste do Brasil, no litoral Atlântico, com 34km de praias, a uma altitude média de 21 metros e é centro de um município de 313,8km² de área, sendo a capital de maior densidade demográfica do país, com 8.001 hab./km² (ANEXO B). Fortaleza, tendo o 15º maior Produto Interno Bruto municipal da nação e o segundo do Nordeste, com 28,3 bilhões de reais, é um importante centro industrial e comercial do Brasil, com o sétimo maior poder de compra do país. (WIKIPÉDIA, 2011).

Apesar de suas belezas naturais, de sua localização privilegiada e de sua importância econômica, Fortaleza é uma cidade povoada de contrastes e com graves problemas sociais que se apresentam ligados ao crescimento urbano acelerado nos últimos cinquenta anos, o qual ocorreu em sua maior porção a partir dos movimentos migratórios do sertanejo à procura de trabalho para sobreviver aos flagelos das secas (LIMA, 2004).

Tal crescimento, também motivado por interesses político-administrativos, seguiu um padrão de modernização que atendia às necessidades de industrialização sem enfatizar a problemática referente à qualidade de vida dos trabalhadores da periferia. Desse modo, na ausência de um planejamento urbano com função social, a cidade cresceu atrelada a um mecanismo de segregação social e de diferenciação hierárquica dos espaços, intensificando o crescimento da periferia pobre e o fortalecimento da concentração de renda pelas elites locais (LIMA, 2004).

Inicialmente entendida pela aparência de uma cidade dividida geograficamente entre riqueza e pobreza, onde o lado leste concentra as camadas sociais de alto poder aquisitivo e o oeste se desenvolveu a partir da ocupação operária e dos emigrantes trazidos pelo êxodo rural. Histórica e culturalmente a cidade está dividida em duas (rica e pobre), porém vista por uma análise mais crítica e recente apresenta-se como uma única cidade permeada de desigualdades, universalizando-se, nos bairros, a miséria. Mesmo nos espaços conhecidos como bairros nobres é possível encontrar áreas recheadas de moradias improvisadas e a violência urbana não é exclusividade da periferia (ARAÚJO, 2003).

Estudiosos concordam que a cidade de Fortaleza é um local de contrastes sociais, onde se destacam a convivência de modernos aparatos industriais, financeiros, turísticos e luxuosas áreas residenciais com uma população pobre e excluída, usuários da assistência social e carentes de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano sustentável (LIMA, 2004).

Lembrando que a saúde de uma população depende de uma multiplicidade de fatores, inclusive condições de moradia e saneamento básico, pode-se compreender que os contrastes socioeconômicos dos fortalezenses também afetam a sua condição de adoecimento. Assim como a população cresceu consideravelmente nos últimos anos, os serviços de assistência à saúde necessitam avançar em quantidade e qualidade para atender satisfatoriamente a uma demanda de pacientes que em sua maioria depende dos serviços públicos.

Em matéria veiculada em jornal local em dezembro de 2010 foi divulgado relatório da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), em que foram visitados 21 hospitais públicos no estado do Ceará, sendo 14 deles situados na cidade de Fortaleza, e avaliadas suas condições de funcionamento. Entre os resultados destacam-se: superlotação, estrutura precária, falta de pessoal capacitado, com alto percentual de terceirizados (ANEXOC). Foram avaliados hospitais secundários e terciários, sendo a problemática semelhante em ambos os níveis (OAB, 2010).

Conforme informações da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza/Ceará, em 2010, a Rede de Atenção Básica recebeu notável reforço nos últimos anos, sendo a implantação da Estratégia Saúde da Família a grande estratégia da atual gestão (FORTALEZA, 2010).

A partir de um trabalho de territorialização e divisão do espaço urbano em níveis de risco conforme o poder aquisitivo da população, constatou-se que 70% dos habitantes de Fortaleza utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) de modo efetivo e que até o ano de 2006 apenas 15% dos fortalezenses recebiam cobertura da Estratégia Saúde da Família. A partir do ano de 2006 o município realizou várias iniciativas visando ampliar o acesso popular aos serviços de saúde: concurso público para compor novas equipes de Saúde da Família; aprovação da construção de novas unidades básicas de saúde e a reforma de outras; seleção pública para contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); compromisso de viabilizar o maior percentual possível de cobertura pela Estratégia Saúde da Família até o final da Gestão (FORTALEZA, 2010).

A atenção primária à saúde deveria estar equipada com pessoal e material suficientes para responder a uma importante parcela das demandas de saúde, notadamente na promoção e prevenção de agravos, o que norteia a prática da saúde da criança, em especial (BRASIL, 2011a).

Seguindo o princípio da hierarquização, as crianças que apresentam agravos de complexidade média, como aqueles de caráter emergencial ou que exigem a apreciação de um especialista, deverão ser encaminhadas aos hospitais da rede secundária ou terciária, os quais podem oferecer tanto o atendimento de urgência e emergência como ambulatórios especializados, com consultas pré-agendadas, conforme a natureza do agravo em apreciação.

A Cidade de Fortaleza contava, no período da coleta de dados desta pesquisa, com nove Hospitais Municipais próprios, sendo oito de nível secundário e um terciário (Instituto Dr. José Frota - IJF). Entre os secundários, sete ofereciam o serviço de atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria (FORTALEZA, 2010).

No início do ano de 2012, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza alterou a assistência pediátrica no nível secundário, suspendendo o atendimento para essa faixa etária em dois hospitais, a saber: Hospital Distrital Evandro Aires de Moura (popularmente conhecido por Frotinha de Antonio Bezerra), e o Hospital Distrital Edmilson Barros Oliveira (Frotinha de Messejana), com o intuito de redistribuir os médicos lotados naqueles serviços para as demais emergências, ficando assim o atendimento clínico de urgência à criança a nível municipal limitado a cinco instituições: Gonzaguinha de Messejana, Gonzaguinha da Barra do Ceará, Gonzaguinha do José Walter, Hospital Nossa Senhora da Conceição e Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima R. G. Sá (MENESES, 2012a).

O que se pode observar, porém, nas unidades de emergência pediátrica dos hospitais públicos de Fortaleza, são verdadeiras multidões de pacientes e familiares que se aglomeram dia e noite, à procura de atendimento médico, muitas vezes com queixas inadequadas para aqueles setores de assistência, visto que a natureza desses agravos não configura urgência nem emergência médica, as quais, por definição, *'colocariam em risco, real ou potencial, a vida dos pacientes'* (ROMANI, 2009, p. 51).

Vivenciada essa constatação prática e com o interesse de contribuir para uma melhor compreensão desse cenário, a pesquisadora optou por fazer um levantamento de dados de atendimento às crianças e adolescentes a partir dos registros mantidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do CAC.

Realizado com foco para dois momentos, sendo o primeiro na semana de 01 a 05 de março de 2010 e o segundo no período de 13 a 17 de setembro de 2010, possibilitando comparar dois períodos distintos do ano (estação das chuvas e período de estiagem), o levantamento mostrou que do total de 748 atendimentos da semana de março e 596 da semana de setembro, 307 (41,2%) e 275 (46,1%) respectivamente, tiveram o diagnóstico de agravos que poderiam ser resolvidos na atenção básica (TABELA 1).

TABELA 1 – Diagnósticos passíveis de atendimento na atenção básica. Fortaleza, março e setembro 2010

DIAGNÓSTICOS	PERÍODOS			
	Março		Setembro	
	Nº.	%	Nº.	%
Doenças respiratórias	151	49,2	171	62,2
Febre isolada	41	13,4	37	13,5
Enteropatia ambiental	6	2,0	5	1,8
Viroses	75	24,4	34	12,4
Dermatites	24	7,8	10	3,6
Investigação diagnóstica	5	1,5	10	3,6
Não aguardaram atendimento	5	1,6	8	2,9
Total	307	100,0	275	100,0

Com base no exposto pode-se inferir que em torno de 45% dos pacientes atendidos no setor de emergência pediátrica daquele hospital poderiam ter sido recebidos na Atenção Primária à Saúde (APS), pois seus diagnósticos não são compatíveis com urgência nem emergência médicas.

O Conselho Federal de Medicina, na resolução 1451/95 define como urgência ‘a ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata’. Define por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

Percebe-se que no mês de março, período das chuvas, a demanda é maior (748 atendimentos), enquanto que em igual período de setembro esse valor cai para 596 atendimentos. No mês de março ocorre um predomínio de viroses (24,35%) em relação a setembro (12,36%); já as patologias respiratórias, mais representadas por quadros leves de asma, gripes e rinite alérgica (62,18%) predominam no período de estiagem, que vai, em média, de agosto a dezembro.

Essas constatações podem ser utilizadas para assinalar que existem peculiaridades ligadas à sazonalidade das doenças e que devem ser levadas em conta pelos gestores da saúde ao planejar suas ações e intervenções junto aos

diversos níveis de atenção. Serviram de norte também para cálculo de amostragem e escolha do período de coleta de dados desta pesquisa, a qual pretende explorar as razões que levam os cuidadores das crianças a procurar o hospital mesmo em situações passíveis de atendimento na atenção básica.

Conforme Rati (2009), em sua dissertação de mestrado, a concepção de urgência/emergência para as mães e outros acompanhantes é diferente daquela que é utilizada pelos profissionais e serviços de saúde em suas atividades de classificação de risco. Para as mães, a criança não pode esperar.

Mas por que essas mães/cuidadores preferem a atenção secundária?

Esta pergunta deverá ser um norte para levar à compreensão dos fatores que contribuem para a superlotação dos hospitais pediátricos, tendo em vista que os cuidadores poderiam buscar atendimento inicial nos Centros de Saúde da Família, na atenção primária.

1.1 O cenário da pesquisa

O Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá, único hospital pediátrico da Prefeitura Municipal de Fortaleza, iniciou suas atividades como Centro de Reidratação e Orientação Alimentar – CROA, em 1974. Ao longo de sua história sofreu adaptações, reformas e mudanças de perfil. Em 1978 foi transferido para o Instituto Dr. José Frota (IJF), onde foi nomeado Centro de Reidratação do IJF. Em 1992, foi reconstituído como Centro de Assistência à Criança, agregado à rede de serviços de saúde municipal, integrada ao SUS, oferecendo atendimento de urgência e emergência à criança, além de serviço de imunizações e ambulatórios de puericultura com consultas mensais e acompanhamento do crescimento, alimentação e imunizações. Tais programas foram desligados com o tempo, porém atualmente funcionam os ambulatórios especializados de asma, cardiologia pediátrica e endocrinologia pediátrica.

Situado na Rua Guilherme Perdigão, nº 299, no bairro de Parangaba, conta com uma área física de 2.000m², onde estão instalados os serviços de atendimento clínico ambulatorial especializado, emergencial com serviços de urgência/emergência

por 24 horas e internamento hospitalar de média complexidade, para a faixa etária entre zero e 16 anos. Faz parte, portanto, do nível de atenção secundária em saúde, oferecendo ainda serviços de exames laboratoriais básicos de diagnóstico (sangue e urina) e radiografia simples de tórax e abdome.

Para os internamentos, a unidade conta com 30 leitos distribuídos em cinco enfermarias. O hospital não dispõe de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O setor de pronto atendimento é composto pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), uma recepção de enfermagem, um espaço de espera com cadeiras coloridas conforme a classificação de risco (vermelho, amarelo, verde e azul), cinco consultórios e uma sala para a Assistente Social.

O setor de emergência constitui-se de um consultório médico, uma sala para administração de medicamentos, um posto de enfermagem e uma Unidade de Terapia de Urgência com três leitos, tendo saídas de gás oxigênio e ar comprimido.

O quadro de funcionários engloba equipe multiprofissional, assim distribuída: 33 Médicos, 3 Farmacêuticos, 5 Farmacêutico/Bioquímicos, 17 Enfermeiros, 2 Fisioterapeutas, 5 Nutricionistas, 1 Terapeuta Ocupacional, 8 Assistentes Sociais, 1 Técnico de Enfermagem, 35 Auxiliares de Enfermagem, 1 Técnico Operador de RX, 1 Técnico de Patologia Clínica, 3 Auxiliares Técnicos de Patologia Clínica, 6 Auxiliares Administrativos, 9 atendentes de Enfermagem, além de outros 76 profissionais terceirizados de diversas categorias outras e entre as citadas acima.

O Centro de Assistência à Criança (CAC) realiza em média 8.000 atendimentos mensais, entre ambulatoriais, urgência/emergência e internamentos. Em cada plantão de 12 horas devem atuar três pediatras, que se revezam entre os setores de emergência, enfermaria e pronto atendimento, pois os ambulatoriais especializados contam com seus médicos titulares¹.

Sobre a recepção das crianças e adolescentes que chegam ao hospital, uma equipe de enfermagem, realiza a triagem (acolhimento com classificação de risco), baseada nas queixas e condição clínica, utilizando protocolo adaptado para o serviço (ANEXO A).

¹Os médicos especialistas realizam consultas ambulatoriais, previamente agendadas.

O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização (PNH), lançou a proposta do Humaniza SUS, que defende a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

O acolhimento com classificação de risco faz parte da PNH, sendo uma ação técnico-assistencial para operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos os que procuram, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com os mesmos, para dar garantia da eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um mecanismo de acionamento das redes assistenciais comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos. É uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, priorizando os casos de maior gravidade, possibilita aumentar a qualidade da comunicação para com os usuários e melhorar as condições de trabalho para os profissionais, promovendo o trabalho em equipe e a avaliação contínua do processo (BRASIL, 2009).

Para a classificação de risco foram desenvolvidos diversos protocolos, baseados na avaliação primária do paciente e realizada por profissional de enfermagem de nível superior, com o respaldo do médico. O Ministério da Saúde orienta a construção de protocolos locais, com base nos modelos disponíveis na literatura e adaptados ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde (BRASIL, 2009).

Seguindo essa orientação, o CAC organizou e utiliza o protocolo resumido no ANEXO A, pelo qual os pacientes são acolhidos por equipe de enfermagem e classificados de acordo com a sua condição clínica em eixos distribuídos por cores que traduzem o grau de prioridade no atendimento.

Os pacientes classificados como pertencentes ao eixo vermelho (emergência) são encaminhados imediatamente para o setor de emergência, onde recebem atendimento médico imediato. Os demais são submetidos à aferição de

sinais vitais e encaminhados ao SAME para a confecção e impressão da ficha de atendimento. Posteriormente, serão atendidos em um dos consultórios de Pronto Atendimento segundo a classificação de risco (amarelo ou verde).

Os pacientes classificados como pertencentes ao eixo azul serão orientados a procurar uma Unidade Básica de Saúde, local hierarquicamente adequado para o seu atendimento, pela natureza não urgente de seus agravos.

São exemplos de agravos classificados como eixo azul os sintomas de caráter não urgente, que podem aguardar atendimento posterior, sem risco de vida para o paciente, tais como: trauma menor, feridas e queimaduras leves, sintomas gripais, dor aguda leve, dor leve a moderada de caráter crônico, vômitos ou diarreia sem desidratação, doença psiquiátrica com estado mental normal, entre outros (FORTALEZA, 2008).

Apesar da orientação de buscar outro serviço, na prática, entretanto, não existe ainda em Fortaleza um sistema organizado que permita direcionar essa demanda do hospital a uma unidade básica de saúde definida, não se podendo assegurar que os pacientes obtenham a desejada e merecida atenção. Também não se pode negar assistência médica a quem necessita, especialmente pelo respeito aos princípios do SUS, já referidos anteriormente.

Como as mães relutam em seguir a orientação dada, de levar suas crianças a um posto de saúde, acabam por ficar no espaço de espera, na esperança de receber atendimento conforme a demanda de prioridades. Isso faz com que muitas vezes ali permaneçam horas a fio, exigindo seus direitos, causando tumulto, vociferando críticas aos serviços de saúde e seus gestores e às vezes ameaçando os profissionais que tentam conter os seus ânimos. Em períodos de maior procura esses pacientes chegam a aguardar um dia inteiro e ainda assim retornam às suas casas sem receber o atendimento.

Este trabalho se propõe a avaliar a procura pela saúde de crianças em Fortaleza e, a partir de uma melhor compreensão, contribuir para estratégias de aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados tanto para os usuários como para os trabalhadores, bem como colaborar para políticas públicas que trabalhem as razões das mães, no sentido de orientar uma busca adequada pelo serviço cuja necessidade venha a ocorrer.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A cidade de Fortaleza/Ceará abriga, em 2012, aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, distribuídos em seis áreas geográfica e administrativamente separadas, sob a denominação de Secretarias Executivas Regionais. A saúde é municipalizada e a atenção primária é oferecida em 92 postos de saúde, tendo como referência a Estratégia Saúde da Família (FORTALEZA, 2012).

As equipes de saúde da família são formadas por profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, que se constituem em grupos de atuação por território, levando orientação e assistência às comunidades, inclusive realizando visitas domiciliares mensais e estabelecendo vínculos com os pacientes e suas famílias.

A assistência à saúde da criança inicia-se com o pré-natal e constitui-se em atividades de acompanhamento do desenvolvimento da criança saudável, abrangendo educação em saúde, cuidados preventivos, tratamento de agravos de baixo risco e encaminhamento dos casos de maior complexidade para atendimento especializado.

Dessa forma, a parcela da população atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que extrapola esse sistema de vigilância configura os que necessitam dos serviços de urgência/emergência, entendidos como agravos de natureza imprevista, que implique em risco de vida ou sofrimento intenso e que necessita de assistência médica imediata (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

Em se tratando de crianças, seres em diferentes estágios do desenvolvimento, imprevisibilidade é uma constante. Somem-se a isso condições precárias de moradia, sem espaço de lazer e sem saneamento básico, além de insuficiente cobertura da Estratégia Saúde da Família (FORTALEZA, 2010).

Para os que ainda não são contemplados com a ESF, carentes de atividades de prevenção e promoção de saúde, bem como para os que vivem situações realmente emergenciais, a porta de entrada da assistência deixa de ser a atenção básica e passa a ser as emergências dos hospitais secundários.

Apesar de sua população numerosa, a cidade de Fortaleza conta com poucos hospitais que ofereçam atendimento de emergência pediátrica, chegando a ter em média, um por Secretaria Executiva Regional. Estes se apresentam constantemente lotados de crianças e de seus acompanhantes, em sua maioria insatisfeitos, agressivos e cansados de esperar por atendimento e por vagas para internação. Apenas o CAC é essencialmente pediátrico; os demais são hospitais de urgência/emergência com um setor de pediatria.

O quadro descrito gera, para os familiares e cuidadores dos pacientes e para os profissionais de saúde, relações delicadas e conflituosas, chegando muitas vezes a cenas de agressão verbal e até violência física, o que configura esses ambientes de trabalho como zonas de insegurança e fragilidade social, fatores de desestímulo para os trabalhadores da saúde e de desesperança e revolta para os usuários do sistema.

A pesquisadora que idealizou este projeto é médica do Programa de Saúde da Família, no município de Fortaleza, atuando no Centro de Saúde da Família Luciano Torres de Melo, sob a gerência da Secretaria Executiva Regional V. É também Pediatra do Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CAC), conhecido popularmente como CROA, localizado em território da Secretaria Executiva Regional IV.

A inquietação da pesquisadora foi motivada por sua prática de iniciante, recém-admitida por concurso público junto à Prefeitura Municipal de Fortaleza, tendo acesso a dois níveis da Atenção (primário com a Estratégia Saúde da Família e secundário com o Hospital pediátrico), ao constatar a elevada demanda de crianças indevidamente conduzidas por suas mães ao CAC, comprometendo a qualidade do atendimento daquele serviço por conta da superlotação.

Sendo a pesquisadora oriunda do interior do estado do Ceará, é conhecedora da dificuldade de acesso da população carente aos serviços médicos e das tradições de buscar assistência na capital, seguindo o modelo hospitalocêntrico, nos idos tempos anteriores à implantação do Sistema Único de Saúde, quando não existia a Estratégia Saúde da Família.

Com a implantação do novo sistema e a municipalização da saúde espera-se uma adequada acomodação de pacientes com patologias de baixa complexidade em suas unidades de saúde da família, reduzindo a procura pelos hospitais. Apesar das mudanças no sistema, no entanto, o que se percebe na prática, é a continuidade dos hábitos da população ao buscar como primeiro atendimento os serviços de emergência, a despeito da oferta de serviços de atenção básica muitas vezes mais próximos de suas residências.

Não se pode, entretanto, atribuir às pessoas a responsabilidade por não seguir os caminhos desenhados pelas reformas da saúde, se muitos talvez nem conheçam tais caminhos.

Com o objetivo de compreender os entraves que tecem essa rede assistencial e colocam em risco a saúde da população e dos trabalhadores surgiu a ideia de realizar este trabalho, o qual se propõe não só à compreensão desses fenômenos, mas também à formulação de sugestões que visem a reduzir a problemática tanto no âmbito da atenção básica, reforçando seus pontos frágeis e atraindo para si o público que lhe é de direito, como no nível secundário, apontando novas estratégias de organização e triagem que façam desse ambiente algo mais efetivo para a clientela e mais saudável para os profissionais da saúde.

A pergunta que se busca responder, com base na concepção das mães, é por que procurar o hospital pediátrico para o atendimento primário de suas crianças e adolescentes. O que estaria faltando, ainda? Acessibilidade? Credibilidade para com os novos serviços? Dificuldade de romper com as tradições? Divulgação das novas estratégias? Que outras justificativas surgirão com este trabalho?

Espera-se que os resultados obtidos a partir desta pesquisa possam ser instrumentos operacionais úteis para os gestores durante a programação de ações em saúde, especialmente para a população pediátrica atendida pelo SUS em Fortaleza, uma vez que apontarão as fragilidades do sistema atual e algumas sugestões dos usuários na busca de soluções. É de relevante interesse, também, que o resultado desta pesquisa possa contribuir para a redução do sofrimento de pacientes e seus cuidadores, tanto no âmbito da APS como de atenção secundária, na medida em que suas recomendações sejam acatadas pela gestão e as mudanças efetivamente ocorram.

REVISÃO DE LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo a definição estabelecida na Conferência de Alma-Ata (18 de setembro de 1978), os cuidados primários de saúde são:

[...] cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticos cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidade, e a um custo com o qual a comunidade e o país podem arcar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p.1).

Para o Ministério da Saúde, a Atenção Básica (AB) é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos Sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 1998).

No Brasil, gestores e população têm vivido experiências desafiadoras com o intuito de estabelecer e desfrutar de uma política de saúde que satisfaça as definições acima. O que se vive ainda é um momento de tentativa de implantação de uma atenção primária, convivendo com a incapacidade das instâncias secundária e terciária em comportar sua superlotação.

Segundo Harzheim; Stein e Dardet (2004), é necessário diferenciar a APS (Atenção Primária à Saúde) de Atenção Mínima à Saúde. Os autores citam o marco teórico de Starfield, que define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, tendo como atributos essenciais o acesso, a continuidade, a coordenação e a integralidade da atenção (HARZHEIM; STEIN; DARDET, 2004 apud STARFIELD, 1992).

Com base nesse marco teórico, Harzheim; Stein e Dardet (2004) concluem que os serviços de APS são o espaço preferencial para promover a saúde da criança, uma vez que a maioria das intervenções preventivas e curativas dirigidas a essa faixa etária é tecnologicamente simples, e quando houver necessidades de cuidados hospitalares a referência pode ser feita via APS, através das redes de assistência.

Dessa forma, a atenção básica deveria funcionar como porta para o paciente adentrar o sistema de saúde, a partir de uma estrutura que ofereça Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) equipadas com equipes multiprofissionais nas proximidades de seus locais de residência e sem barreiras de qualquer natureza para o atendimento agendado ou imediato.

Além da porta de entrada, o sistema de saúde necessita disponibilidade de outros setores para suporte ao tratamento de pacientes cujas patologias exijam, como ambulatórios especializados, laboratórios, clínicas de reabilitação e hospitais de média e alta complexidade.

Segundo instrução do Ministério da Saúde (MS), os estabelecimentos desse subsistema não precisam obrigatoriamente ser de propriedade da prefeitura nem precisam ter sede no município, podendo suas ações ser desenvolvidas por unidades estatais ou privadas, por meio de convênios ou contratos (BRASIL, 2000).

A comunicação eficaz entre estes diferentes setores contribui para o livre fluxo dos pacientes conforme suas adequações, por meio de um sistema de referência e contrarreferência em que os profissionais responsáveis pelo deslocamento do paciente para outro nível dentro da rede assistencial justifiquem as condições que o exijam. Havendo necessidade de retorno à APS para a continuidade do cuidado a Equipe de Saúde da Família é acessada pela contrarreferência, que traz as informações necessárias para cada caso individualmente (BRASIL, 2002b).

A vivência prática, entretanto, aponta que os usuários nem sempre seguem esse fluxo dentro do sistema. Por diferentes razões muitos persistem com a prática da continuidade do modelo hospitalar, em que procuram os serviços de urgência como porta de entrada, mesmo quando a situação de adoecimento constitui agravo de natureza simples e que poderia ser resolvido na APS. Entre as razões para manter a cultura hospitalocêntrica, a literatura destaca: a necessidade de realizar exames diagnósticos dentro de um prazo mais curto, dificuldade de acesso e baixa resolutividade nos postos de saúde e já possuir um vínculo com o hospital. (BRAGA, 2010). Mas quando a comunidade tem acesso a serviços adequados de atenção básica os resultados mostram efetividade e resolutividade.

Elias e Magajewski (2008), em pesquisa que analisou as internações por causas sensíveis à APS em Santa Catarina de 1999 a 2004, divulgam os seguintes resultados: houve tendência ao declínio das taxas de internamento por pneumonia em menores de cinco anos, por *Diabetes Mellitus* e por diarreia, após a implantação do PSF³ na região, apesar de naquele período o Programa ainda não se encontrar estabelecido de forma completamente adequada. O estudo sugere que a ampliação da oferta de serviços de APS de qualidade tende a reduzir a demanda dos hospitais, notadamente por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) ou por suas complicações².

Nedel *et al.* (2008) explicam que as CSAP permitem identificar parcelas da população carentes de atenção primária à saúde ofertada de modo adequado, por serem problemas de saúde atendidos por ações características do primeiro nível de atenção. As hospitalizações por CSAP estão sendo usadas como um indicador indireto da efetividade do sistema de saúde em nível primário e serviram de parâmetro para o estudo transversal dos autores em Bagé (RS), onde se verificou que no período de setembro de 2006 a janeiro de 2007, de todas as internações realizadas naquele município, 42,6% foram por condições sensíveis à atenção primária.

É interessante considerar que a maioria dos usuários do sistema não compreende o significado de classificação de risco para os pacientes nem procura seguir um fluxo hierárquico dentro do modelo assistencial. A definição de urgência em pediatria é um tema em aberto, porque para os cuidadores das crianças os critérios levados em conta na hora de buscar assistência são muito variados. Conforme Melo; Assunção e Ferreira (2007) os acompanhantes das crianças são motivados por fatores ligados ao seu nível de ansiedade, sua experiência anterior com alguma perda, sua facilidade de locomoção ou mesmo a sua recusa em aceitar o médico de família para o atendimento das crianças. As mães afirmam que 'não adianta levar no posto porque lá não tem pediatra, o atendimento é demorado e eles ainda não resolvem'.

²Programa de Saúde da Família, conforme citação original.

Os próprios médicos da Estratégia Saúde da Família sentem-se inseguros no atendimento da criança e reproduzem a cultura de encaminhar as mães para os hospitais com problemas que não preenchem os critérios estabelecidos como urgência ou emergência.

Ao se estudar o perfil das emergências pediátricas tanto em Fortaleza como em outros estados do Brasil pode-se verificar um elevado número de crianças que não preenchem os critérios de atendimento imediato e que poderiam ser cuidadas sem prejuízo de suas reais necessidades, na atenção primária. Um estudo realizado em Fortaleza, no ano de 2009, com pacientes menores de 15 anos, mostrou que 48,5% das crianças e adolescentes levados à emergência do hospital foram classificados como casos não urgentes (VERAS *et al.*, 2009).

No Recife, em 2002-2003, pesquisa realizada em emergências pediátricas de hospitais públicos revelou que 63,5% das crianças que buscaram atendimento apresentavam problemas de saúde passíveis de serem solucionados na rede básica de saúde (KOVACS *et al.*, 2005).

Em um estudo conduzido em uma Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Regional de Maringá, no estado do Paraná, 30,1% dos atendimentos foram considerados como falsa demanda, ou seja, não preenchiam critérios de urgência/emergência. Destes, 60,5% utilizaram o serviço de emergência como primeiro atendimento (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002).

Batistela; Guerreiro e Rossetto (2008), analisando a demanda em um pronto socorro pediátrico de um hospital universitário de Londrina, verificaram que embora 80,6% da população estudada tenham referido frequentar unidades básicas de saúde, 56,7% dos atendimentos no pronto-socorro pediátrico ocorreram para demanda sem encaminhamento, tendo os pacientes buscado o serviço por conta própria. Dos entrevistados, 33,3% elegeram a qualidade no atendimento como motivo para justificar essa procura.

Em sua dissertação de mestrado, Feijó (2010) destaca que apesar de o município de Londrina, Paraná, apresentar ampla rede de atenção, problemas relacionados à disponibilidade dos recursos humanos e dificuldades de agendamento de consulta médica são frequentemente vivenciados pelos usuários, o

que contribui para que a demanda das unidades básicas seja desviada para os hospitais.

Dantas (2009), em pesquisa conduzida no setor de emergência com pacientes vítimas de violência na cidade de Natal/RN, constatou que o espaço físico inadequado e longo tempo de espera são fatores geradores de angústia para quem busca o alívio da dor.

No Grupo Hospitalar Conceição, situado no estado do Rio Grande do Sul, referência nacional em medicina da família e comunidade e vinculado ao Ministério da Saúde, uma experiência com acolhimento e classificação de risco mostrou que a superlotação nos hospitais está diretamente relacionada ao aumento da mortalidade (BRITTO, 2009).

Para os trabalhadores da saúde, as atividades na emergência dos hospitais são percebidas com caráter ambivalente em termos de utilidade, satisfação e prazer, mas também de problemas, dificuldades, mal estar e sofrimento, estando à problemática da superlotação, espaços físicos inadequados, insatisfação e violência dos usuários apontados como fatores geradores de empecilhos no trabalho e falta de motivação para o mesmo (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

A tentativa da população de buscar alternativas próprias para seus problemas individuais, a despeito da organização hierárquica do sistema de saúde, contribui para a desorganização do fluxo nos níveis secundário e terciário da assistência, muitas vezes obstruindo vias de acesso aos usuários com casos mais urgentes.

Mas cabe aqui uma reflexão:

- Quem pode responsabilizar as mães pela superlotação das emergências se esta resulta da busca de soluções para o adoecimento de seus filhos, quando o sistema de saúde vigente não o faz?

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar os fatores que contribuem para a superlotação em um serviço de emergência pediátrica de Fortaleza, Ceará.

4.2 Específicos

- Traçar o perfil das mães/acompanhantes e das crianças/adolescentes que buscam a emergência em situações que não preenchem os critérios daquele setor da saúde;
- Descrever as justificativas das mães/acompanhantes que buscam a emergência pediátrica do hospital secundário por problemas de saúde que poderiam ser tratados no âmbito da atenção básica;
- Identificar as patologias mais frequentes dos episódios não urgentes que recorrem ao Serviço de Emergência Pediátrica, bem como a procedência dessa demanda por área geográfica.
- Elaborar, com base nas conclusões da pesquisa, sugestões que possam ser úteis aos gestores para melhorar a qualidade do atendimento pediátrico oferecido pelo SUS em Fortaleza/CE.

METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. Conforme Rodrigues (2007), estudo quantitativo é aquele que traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas e utiliza-se de técnicas estatísticas. O autor conceitua também que estudos transversais são aqueles que descrevem os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos.

5.2 Local e período

O estudo foi realizado no setor de urgência/emergência e pronto atendimento do Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá, na cidade de Fortaleza/Ceará, no período de 1 a 31 de maio de 2011, excluídos os feriados e fins de semana, quando os postos de saúde não estariam funcionando. Entende-se que nos dias em que não há atendimento nos postos de saúde as mães estão, em parte, justificadas ao levar seus filhos ao pronto atendimento do CAC e por isso não responderam à pesquisa naqueles dias.

Na região nordeste do Brasil, incluindo a cidade de Fortaleza, o ano civil está dividido em duas estações, conforme a tendência climática, a saber: estação chuvosa, a qual compreende em média os meses de janeiro a junho, e a estação seca ou período de estiagem, abrangendo o tempo decorrido entre julho e dezembro.

A demanda pelos serviços de saúde infantil apresenta particulares características, de acordo com o período do ano, sendo maior o número de atendimentos na estação chuvosa, conforme levantamento de dados realizado pela pesquisadora e referido anteriormente. Com base nessas considerações optou-se por coletar os dados durante o período de maior procura, por compreender que a

complexidade desse contexto contribuiria com maior riqueza de informações para interessados nessa análise.

5.3 População/amostra

A população do estudo foi constituída pelas mães/acompanhantes e suas crianças/adolescentes que buscaram atendimento de urgência/emergência no CAC no período definido acima e que preenchiam os seguintes critérios de inclusão:

- Residir no município de Fortaleza/Ceará;
- Ser o paciente classificado como pertencente ao eixo azul pelo serviço de acolhimento com classificação de risco do CAC, estando, portanto, apto para o atendimento na atenção básica;
- Buscar o atendimento hospitalar em horário coincidente com o funcionamento da maioria dos postos de saúde da Rede Básica de Fortaleza: de segunda a sexta feira, das 7:00h às 17:00h.

Foram definidos como critérios de exclusão:

- O paciente ter sido submetido a procedimento de observação ou internamento, justificando assim o caráter emergencial após análise do profissional médico, a despeito da classificação de risco inicial;
- Criança/adolescente sem responsável legal ou em situações em que o mesmo ou seu responsável esteja incapacitado de responder à entrevista por limitações de qualquer natureza.
- Paciente com diagnóstico confirmado ou suspeito de dengue, por estar justificado buscar ajuda médica em um período de epidemia.

As mães/acompanhantes e suas crianças/adolescentes classificadas como pertencentes ao eixo azul da classificação de risco, sorteados aleatoriamente, constituíram a amostra do estudo.

Com base no levantamento de dados referido anteriormente e utilizando-se a fórmula estatística para populações finitas, descrita abaixo, determinou-se que o tamanho da amostra seria de 216 pacientes, respeitados os critérios já citados:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}$$

onde:

n = tamanho da amostra

$t_{5\%} = 1,96$ (é o valor da distribuição t de Student, ao nível de 5% = 1,96)

P = 45% (proporção de crianças passíveis de atendimento na atenção básica)

Q = 100-P = 55%

N = 1.200 (população de crianças passíveis de atendimento na atenção básica que buscariam o CAC no período de um mês, com base em uma semana do mês de março de 2010, pelo levantamento de dados).

e = 6% (erro amostral).

5.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de entrevistas com as mães/outros acompanhantes, realizadas por dois profissionais previamente treinados, utilizando um formulário contendo perguntas sobre as mães e os pacientes: as variáveis sociodemográficas, a vinculação dos pacientes aos serviços de atenção básica, dados clínicos da doença atual e os motivos da busca pelo hospital (APÊNDICE A).

No formulário constam, ainda, questões relativas ao atendimento na emergência como tempo de espera, diagnóstico e tratamento instituído, número de atendimentos no hospital no último ano, que foram coletados da ficha de atendimento da criança/adolescente, em um momento posterior.

5.5 Procedimentos para coleta de dados

As crianças/adolescentes foram sorteadas(os) aleatoriamente, em cada um dos dias viáveis para o trabalho, a partir das fichas de atendimento classificadas como eixo azul, perfazendo uma média de 11 pacientes a cada dia. Dois profissionais previamente treinados pela pesquisadora realizaram o sorteio e as entrevistas. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as mães/acompanhantes que concordaram em participar do estudo assinaram o termo, em duas vias, guardando uma para si e deixando outra com o entrevistador. A entrevista foi realizada no momento em que o paciente aguardava o atendimento.

5.6 Análise de dados

Os dados foram tabulados no programa SPSS, versão 16.0 e apresentados sob a forma de tabelas. Foram calculadas médias e proporções e realizada análise estatística utilizando-se testes como qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis.

5.7 Aspectos éticos

A pesquisa se pautou nos princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas a serem respeitadas no que concerne a pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Foi solicitada e obtida a permissão da diretoria do CAC, por meio de autorização por escrito, para a realização da pesquisa, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Aos sujeitos da pesquisa foram garantidos o anonimato e a participação voluntária. Também foi cumprida a garantia do sigilo que assegura a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com Parecer nº 10726000-0.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Levantamento de dados epidemiológicos

Para introduzir a descrição dos resultados desta pesquisa optou-se por fazer um novo levantamento de dados, à semelhança do que foi feito no início do estudo, com o objetivo de explorar o perfil da demanda do CAC no mês de maio de 2011 e conhecer a proporção de pacientes que buscam o serviço de emergência com patologias que poderiam ser atendidas na atenção básica. Os dados foram colhidos a partir de relatórios fornecidos pelo SAME e são referentes apenas aos dias selecionados para as entrevistas (TABELAS 2 e 3).

Observa-se que no mês de maio de 2011, excluídos feriados e finais de semana, foram realizados 2.885 atendimentos, dos quais 14,4% (416) não receberam diagnóstico. Entre os que foram diagnosticados, no total de 2.469, uma parcela de 47,4% (1.170) foi classificada como patologias que poderiam ser conduzidas na atenção básica, sendo considerados os pacientes que sofriam de sintomas leves, onde não havia risco de desidratação, desconforto respiratório, sofrimento álgico intenso ou qualquer possibilidade real de complicação.

Por se tratar de um período de epidemia de dengue, os casos suspeitos ou que necessitavam de exames laboratoriais para diagnóstico ou controle foram considerados como emergência, bem como situações que envolviam dor, febre elevada e risco de desidratação, mesmo quando classificados com outros diagnósticos, como cólicas do lactente, cefaleia ou vômitos.

TABELA 2 – Perfil da demanda no CAC conforme classificação de risco. Fortaleza, maio de 2011.

DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Diagnósticos passíveis de atendimento na atenção básica	1170	47,39
Emergência	1299	52,61
Sem diagnóstico	416	14,42
Total de atendimentos	2885	

Na tabela 3 estão descritos os diagnósticos passíveis de atendimento na atenção básica, verificando-se que a maioria dos pacientes apresentava doenças relacionadas ao trato respiratório (56,2%), seguido das doenças gastrointestinais (16,6%) e das viroses (13,1%), exceto dengue. Os demais agrupamentos de agravos surgem em menores proporções e incluem desde processos alérgicos até doenças infecciosas, como varicela, calazar e conjuntivites virais.

TABELA 3 – Diagnósticos passíveis de atendimento na atenção básica. Fortaleza, maio de 2011.

DIAGNÓSTICOS	Nº	%
Doenças respiratórias	658	56,2
Doenças gastrointestinais	194	16,6
Viroses	153	13,1
Processos alérgicos	53	4,5
Lesões de pele	51	4,4
Outros	32	2,7
Doenças infecciosas	29	2,5
Total	1170	100,0

6.2 Descrição dos resultados

A primeira etapa dos resultados descreve as variáveis preestabelecidas, mediante a análise de frequências absoluta e percentual. Na sequência apresentam-se as características sociodemográficas dos acompanhantes (TABELA4),

características demográficas dos pacientes (TABELA5), características clínicas das crianças atendidas no hospital (TABELA 6), características do atendimento hospitalar às crianças do estudo (TABELA 7). A partir da tabela8 são descritas as respostas dos acompanhantes sobre os motivos que os trouxeram a procurar um serviço de emergência na doença atual, interrogando-se a vinculação dos pacientes junto à atenção básica do município de Fortaleza (TABELA 8), como se dá a procura pelos serviços de saúde no dia a dia dos usuários (TABELA9), justificativas para a busca da emergência pediátrica (TABELA10) e finalmente quais as expectativas e sugestões dos entrevistados para com os serviços de saúde pública em sua comunidade (TABELA 11).

A segunda etapa consiste em cruzamentos de dados, que tem a finalidade de encontrar associações entre as variáveis que possam indicar particularidades, comportamentos, preferências ou outros aspectos relevantes da demanda ou do serviço no intuito de direcionar ações de melhoria da qualidade da assistência. As representações gráficas dos cruzamentos constam das tabelas 12 a 18.

6.2.1 Perfil sociodemográfico dos acompanhantes entrevistados

A tabela 4 mostra que a maior parte dos acompanhantes das crianças (42,2%) encontrava-se na faixa etária de 20 e 29 anos, sendo predominante o sexo feminino (95,3%). Quanto ao grau de instrução, predominaram os que não completaram o ensino fundamental (33,5%).

No quesito renda familiar, observou-se que 84,4% referiram a renda mensal de um a dois salários mínimos enquanto que 11,2% não chegaram a receber um salário mensal.

Quanto à regional de origem, vê-se que a maior demanda procede da SER V (51,2%), seguida da SER III (29,4%) e pela SER IV (14,7%).

Em relação ao vínculo com o paciente, os entrevistados são compostos, em sua maioria, pelas mães (81,5%), enquanto que as avós apresentam-se em 6,2% e apenas 5,7% das crianças estavam acompanhadas pelos pais.

TABELA 4 – Características sociodemográficas dos acompanhantes das crianças atendidas no hospital. Fortaleza, maio de 2011.

Idade (anos) (n=211)	Nº	%
15-19	15	7,1
20-29	89	42,2
30-39	64	30,3
40-49	32	15,2
50-63	11	5,2
Sexo (n=211)		
Feminino	201	95,3
Masculino	10	4,7
Escolaridade (n=209)		
Analfabeto	1	0,5
Fundamental incompleto	70	33,5
Fundamental completo	45	21,5
Médio incompleto	25	12,0
Médio completo	65	31,1
Superior	3	1,4
Renda (SM) (n=205)		
0 a <1	23	11,2
1-2	173	84,4
3-4	9	4,4
Regional de residência (n=211)		
SER I	1	0,5
SER II	02	0,9
SER III	62	29,4
SER IV	31	14,7
SER V	108	51,2
SER VI	7	3,3
Vínculo com a criança (n=211)		
Mãe	172	81,5
Pai	12	5,7
Avô (ó)	13	6,2
Tio (a)	11	5,2
Outros	3	1,4

6.2.2 Características demográficas dos pacientes

Os resultados expressos na tabela 5 mostram que os pacientes que procuraram atendimento na emergência do referido hospital no período em estudo são compostos, em sua maior parte, de crianças até dois anos de vida (37,0%), enquanto os adolescentes representaram apenas 13,7% dos atendimentos, destacando-se também o predomínio do sexo masculino (53,1%).

Sobre a procedência dos pacientes, verificou-se que 91% deles vieram diretamente de seus domicílios para o serviço de emergência, enquanto que 7,1% foram encaminhados pela Unidade Básica de Saúde.

TABELA 5 – Características demográficas das crianças atendidas no hospital. Fortaleza, maio de 2011.

Idade (meses) (n=211)	Nº	%
<1	5	2,4
1-11	22	10,4
12-24	51	24,2
25-59	49	23,2
60-120	55	26,1
>120	29	13,7
Sexo (n=211)		
Masculino	112	53,1
Feminino	99	46,9
Procedência (n=211)		
Domicílio	192	91,0
Unidade Básica de Saúde	15	7,1
Outro	4	1,9

6.2.3 Características clínicas dos pacientes

A tabela 6 apresenta as características clínicas dos pacientes e destaca o tempo de doença, o diagnóstico, o tratamento instituído e o número de vezes que esses pacientes buscaram atendimento naquele hospital no período de 12 meses anteriores à pesquisa. Vê-se, no quesito tempo de doença, que 34,7% estavam no primeiro dia de adoecimento. Com menor frequência (7,4%) aparecem os que já contavam com mais de uma semana de início dos sintomas.

Em relação ao diagnóstico, percebeu-se na ficha de atendimento que 29,9% dos pacientes estavam sem diagnóstico e 10,9 encontravam-se em investigação diagnóstica, totalizando 86 pacientes sem uma patologia sugerida (40,8%). Entre os 125 pacientes que receberam diagnóstico, 77 (61,6%) estavam acometidos por doenças do trato respiratório, 18 (14,4%) por doenças do trato digestivo e 10 (8,0%) por lesões de pele.

Sobre o tratamento instituído, verificou-se que a maioria dos pacientes (72,0%) não fez uso de qualquer medicação nem foi submetida a exames no referido serviço. Uma proporção de 6,2% foi medicada, mas encaminhada ao ambulatório e outros 11,9% realizaram exames laboratoriais.

Quanto aos últimos doze meses, percebeu-se que a maioria (73,5%) compareceu ao CAC para consulta médica, sendo que dentre esses, 7,6% referiram a busca por cinco ou mais vezes no período.

TABELA 6 – Características clínicas das crianças atendidas no hospital. Fortaleza, maio de 2011.

Tempo de doença (dias) (n=202)	Nº	%
< 1	70	34,7
2 – 3	74	36,6
4 – 7	43	21,3
≥ 8	15	7,4
Diagnóstico clínico (n=211)	Nº	%
Sem diagnóstico	63	29,9
Investigação diagnóstica	23	10,9
Doença respiratória	77	36,5
Doenças do Trato digestivo	18	8,5
Lesões de pele	10	4,7
Febre isolada	6	2,8
Processos alérgicos	4	1,9
Lesões traumáticas	3	1,4
Infecção Trato Urinário	3	1,4
Varicela/outros	4	1,8
Tratamento instituído (n=211)	Nº	%
Não receberam ou ficha não encontrada	88	41,7
Medicação para uso domiciliar	64	30,3
Medicação e encaminhamento ambulatorial	13	6,2
Medicação para uso no hospital	21	9,9
Solicitados exames	17	8,1
Medicação hospitalar + exames	8	3,8
Atendimentos no CAC nos últimos 12 meses(n=211)	Nº	%
Nenhum	56	26,5
1 – 2	81	38,4
3 – 4	58	27,5
5 – 6	12	5,7
≥7	4	1,9

6.2.4 Características do atendimento aos pacientes

A tabela 7 demonstra que, dentre os entrevistados, após a classificação de risco, um percentual de 57,3% foi encaminhado para a consulta de pronto atendimento. Os demais foram orientados a procurar assistência em outros serviços. Entre os que aguardaram pelo atendimento, apenas 14,8% obtiveram a consulta médica dentro da primeira hora, enquanto 17,4% permaneceram mais de seis horas à espera da avaliação pediátrica.

Quanto ao número de médicos por turno, nota-se que para a maior parte dos pacientes analisados (42,2%) havia apenas dois médicos naquele turno, enquanto que 34,6% contaram com apenas um médico em atendimento.

TABELA 7 – Características do atendimento hospitalar às crianças/adolescentes do estudo. Fortaleza, maio de 2011.

Desfecho após acolhimento (n=211)	Nº	%
Encaminhada ao Pronto Atendimento	121	57,3
Não fez ficha	34	16,1
Ficha não encontrada	32	15,2
Não aguardou atendimento	17	8,1
Encaminhada ao Posto de Saúde	4	1,9
Encaminhada a outro hospital	3	1,4
Tempo de espera (horas) (n=121)	Nº	%
1	18	14,8
≥ 1 e < 3	44	36,4
≥ 3 e < 6	38	31,4
≥ 6	21	17,4
Número de médicos por turno (n=211)	Nº	%
1 pediatra	73	34,6
2 pediatras	89	42,2
3 pediatras	42	19,9
4 pediatras	7	3,3

6.2.5 Vinculação dos pacientes à atenção básica

A tabela 8 mostra que a maioria dos pacientes encontra-se cadastrada em um posto de saúde (93,4%), dos quais 67,5% no posto do próprio bairro. Quanto ao acompanhamento do desenvolvimento da criança e do adolescente, 116 responderam que não o fazem, dos quais 39,6% justificam-se pela dificuldade de acesso, e 38,8% disseram desconhecer ou não gostar dos serviços oferecidos pela atenção primária. Dos que fazem seguimento regular no posto de saúde, 32,6% referiram ter conhecimento da necessidade desse cuidado.

TABELA 8 – Vinculação dos pacientes à Atenção Básica. Fortaleza, maio de 2011.

Cadastrado (a) em um posto de saúde (n=211)	Nº	%
Sim	197	93,4
Não	10	4,7
Não respondeu/não sabe informar	4	1,9
Posto em que é cadastrado(a) (n=197)		
Posto de Saúde do Bairro	133	67,5
Posto de Saúde de outro Bairro	64	32,5
Faz acompanhamento no Posto (n=211)	Nº	%
Não	116	55,0
Sim	92	43,6
Não respondeu	3	1,4
Por que não faz seguimento no Posto? (n=116)	Nº	%
Dificuldade de acesso	46	39,6
Desconhece/não gosta do serviço do Posto	45	38,8
Faz seguimento em outro serviço	3	2,6
Planeja fazer	3	2,6
Acompanhante não respondeu	19	16,4
Por que faz seguimento no Posto? (n=92)	Nº	%
Acompanhante não respondeu	31	33,7
Responsável entende a necessidade	30	32,6
Por orientação do próprio serviço	19	20,7
Paciente tem doença que exige o acompanhamento	12	13,0

6.2.6 A procura pelos serviços de saúde

A tabela 9 apresenta os locais que costumam ser procurados pela população entrevistada quando seus filhos adoecem e quais as razões de suas preferências. Verificou-se que a maioria dos entrevistados prefere procurar o CAC (78,2%), enquanto apenas 10,0% preferem procurar o posto de saúde.

Entre os que preferem o CAC, 26,1% afirmaram gostar do atendimento, e 21,2% justificaram a escolha pela acessibilidade. Há ainda os que preferiram procurar o hospital por insatisfação e/ou pela dificuldade de acesso junto ao posto de saúde (9,7%).

Para os que preferiram procurar o posto de saúde suas razões predominantes são a acessibilidade/proximidade e gostar do atendimento. Apenas três participantes disseram seguir os critérios de gravidade da doença ao escolher a atenção primária.

Quando interrogados sobre a procura por outros serviços na doença atual da criança/adolescente, 64,9% dos entrevistados responderam que vieram diretamente ao hospital. Dos 73 que buscaram outro serviço antes de ir ao CAC, a maioria (76,7%) afirmou ter ido ao posto de saúde.

TABELA 9 – A procura dos entrevistados pelos serviços de saúde. Fortaleza, 2011

Serviços que prefere procurar em casos de doença (n=211)	Nº	%
CROA	165	78,2
Posto de saúde	21	10,0
Outro hospital público	13	6,1
Serviço particular	5	2,4
Farmácia	1	0,5
Não responderam	6	2,8
Razões da preferência pelo CROA (n=165)	Nº	%
Gostam do atendimento	43	26,1
Acessibilidade	35	21,2
Valorizam serviço especializado/exames	22	13,3
Dificuldade de acesso/insatisfação com o posto	16	9,7
Seguem critérios de gravidade da doença	6	3,6
Não responderam	43	26,1
Razões da preferência pelo posto de saúde (n=21)	Nº	%
Acessibilidade/proximidade	6	28,6
Gostam do atendimento	5	23,8
Seguem critérios de gravidade da doença	3	14,3
Não responderam	7	33,3
Procura por outro serviço antes de vir para o CROA (n=211)	Nº	%
Sim	73	34,6
Não	137	64,9
Não respondeu	1	0,5
Serviços que foram procurados (n=73)	Nº	%
Posto de saúde	56	76,7
Dois ou mais serviços	8	11,0
Outro hospital	7	9,6
Farmácia	2	2,7

6.2.7 Justificativas para procurar a emergência do CAC

A tabela 10 resume as justificativas para procurar a emergência, verificando-se que 86,7% dos entrevistados consideraram o caso como emergência. Destes, a maioria justificou ser caso de emergência por estar com medo de complicações (41,0%), enquanto 22,4% têm na febre a razão da urgência e 20,2% achavam que poderia ser dengue. Quanto aos motivos pela escolha do CAC no dia da entrevista, 37,0% destacaram proximidade e acessibilidade, enquanto 21,3% afirmaram que gostam do atendimento no hospital. Destaca-se que 9,0% afirmaram ter vindo à emergência porque não há médico nos postos de saúde.

TABELA 10 – Justificativas para a procura pela emergência pediátrica. Fortaleza, 2011

Consideram o caso como emergência? (n=211)	Nº	%
Sim	183	86,7
Não	22	10,4
Não souberam opinar	6	2,9
Por que seria emergência (n=183)	Nº	%
Medo de complicação	75	41,0
A criança tem febre	41	22,4
Pode ser dengue	37	20,2
A criança tem dor	11	6,0
A criança tem asma	10	5,5
A criança tem vômitos	6	3,3
Não responderam	3	1,6
Por que procurou o CROA hoje (n=211)	Nº	%
Gosta do atendimento	45	21,3
Proximidade	42	19,9
Acessibilidade	36	17,1
Hospital de Emergência Pediátrica	21	10,0
Não tem médico no Posto de Saúde	19	9,0
Por encaminhamento/sugestão	16	7,6
Por costume/hábito	10	4,7
Por medo de complicação	9	4,3
Por ter acesso a exames	8	3,8
Não responderam	5	2,4

6.2.8 Expectativas e sugestões dos entrevistados

A tabela 11 apresenta um resumo das expectativas das mães em relação ao atendimento de suas crianças e demonstra que a maior parte (35,5%) espera agilidade, seguidos por 16,6% que preferem qualidade da atenção. Destacam-se ainda aquelas usuárias que se satisfazem simplesmente em ser atendidas (13,3%).

No quesito sugestões, a maior parte (48,3%) não quis opinar e entre os que o fizeram predomina a sugestão de aumentar o número de médicos na rede municipal, perfazendo 21,8%. Outros 15,2% lembraram a necessidade de melhorar a organização dos serviços de emergência.

TABELA 11 – Expectativas e sugestões dos entrevistados em relação aos serviços de saúde. Fortaleza, 2011.

O que espera do atendimento na emergência (n=211)	Nº	%
Agilidade	75	35,5
Qualidade	35	16,6
Ser atendido(a)	28	13,3
Melhor organização do Serviço	21	10,0
Resolutividade	19	9,0
Agilidade/Qualidade/Resolutividade	13	6,1
Não respondeu	19	9,0
Sugestões para melhorar o atendimento no Município (n=211)	Nº	%
Aumentar o número de médicos	46	21,8
Melhorar a organização do Serviço de Emergência	32	15,2
Estão satisfeitos(as)	18	8,5
Melhorar a qualidade do atendimento médico	7	3,3
Ampliar a rede de atendimentos e funcionários	6	2,9
Não sugeriram	102	48,3

6.3 Cruzamento de dados

Verificou-se que a distribuição dos diagnósticos mais prevalentes entre a demanda pesquisada não varia quando se correlaciona com a idade, permanecendo como principal queixa os agravos de natureza respiratória, tanto entre os lactentes (<2anos) como nas crianças maiores e adolescentes (TABELA 12).

TABELA 12 – Distribuição das crianças segundo diagnóstico e faixa etária. Fortaleza, maio de 2011.

Diagnóstico	≤ 24 meses		> 24 meses		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem Diagnóstico	18	23,1	45	33,8	63	30,0
Doenças Respiratórias	32	41,0	45	33,8	77	36,5
Febre Isolada	4	5,1	2	1,5	6	2,8
Investigação Diagnóstica	8	10,3	15	11,3	23	11,0
Lesões de Pele	2	2,6	8	6,0	10	4,7
GECA Constipação	7	9,0	4	3,0	11	5,2
Dor Abdominal (Gastrite, Cólica do Lactente)	2	2,6	5	3,8	7	3,3
Processos Alérgicos (Intoxicação, Urticária, Alergias)	1	1,3	3	2,2	4	1,9
Lesões Traumáticas (Outros Traumas)	3	3,8	-	-	3	1,4
Infecção do Trato Urinário	-	-	3	2,2	3	1,4
Varicela	-	-	2	1,5	2	0,9
Outros (Enteropatia ambiental, Icterícia, Traumatismo Crânio-encefálico Leve, Convulsão)	1	1,3	1	0,8	2	0,9
Total	78	100,0	133	99,9	211	100,0

Verificou-se que 95,7% das mães com menos de 8 anos de estudo consideraram que a doença da criança era caso de emergência enquanto entre aquelas com escolaridade acima de 8 anos o percentual foi de 86,6%, no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa (TABELA 13).

TABELA 13 – Distribuição das crianças segundo escolaridade da mãe e opinião sobre a doença. Fortaleza, maio 2011

Escolaridade (anos)	Considera a doença emergência				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	Nº
< 8	66	95,7	3	4,3	69
≥ 8	116	86,6	18	13,4	134
Total	182	89,7	21	10,3	203

$\chi^2=4,05$; $p=0,044$

A proporção de crianças que estavam sendo acompanhadas em postos de saúde foi semelhante entre as mães com menos de oito anos de estudo (44,3%) e aquelas com escolaridade acima de oito anos (44,1%) (TABELA 14).

TABELA 14 – Distribuição das crianças segundo escolaridade da mãe e acompanhamento em UBASF. Fortaleza, maio 2011

Escolaridade (anos)	Acompanhamento em UBASF				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
< 8	31	44,3	39	55,7	70
≥ 8	60	44,1	76	55,9	136
Total	91	44,2	115	55,8	206

$\chi^2=0,001$; $p=0,982$

Constatou-se que 90,2% das mães com renda menor ou igual a um salário mínimo consideraram a doença da criança como emergência, porém entre as com renda superior a um salário esse percentual foi de 87,5%, não havendo diferença estatisticamente significativa (TABELA 15).

TABELA 15 – Distribuição das crianças segundo renda da mãe e opinião sobre a doença. Fortaleza, maio 2011

Renda (SM)	Considera a doença emergência				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
≤ 1	129	90,2	14	9,8	143
> 1	49	87,5	7	12,5	56
Total	178	89,4	21	10,6	199

$$\chi^2=0,313; p=0,576$$

Entre as mães com renda menor ou igual a um salário mínimo encontrou-se a proporção de 47,3% de crianças acompanhadas em UBASF, em contraposição a proporção de 37,5% entre as mães com renda maior que um salário mínimo, não sendo essa diferença estatisticamente significativa (TABELA 16).

TABELA 16 – Distribuição das crianças segundo renda da mãe e acompanhamento em UBASF. Fortaleza, maio 2011

Renda (SM)	Acompanhamento em UBASF				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
≤ 1	69	47,3	77	52,7	146
> 1	21	37,5	35	62,5	56
Total	90	44,6	112	55,4	202

$$\chi^2=1,561; p=0,212$$

Verificou-se que 49,0% das mães de crianças que estavam doentes há mais de 48 horas haviam buscado outro serviço de saúde antes da emergência do hospital enquanto esse percentual foi de 20,8% entre aquelas cujo tempo da doença era igual ou inferior a 48 horas, sendo essa associação estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) (TABELA 17).

TABELA 17 – Distribuição das crianças segundo tempo da doença e busca por outro serviço antes do CAC. Fortaleza, maio 2011

	Busca por outro serviço				Total
	Sim		Não		
Tempo da doença (h)	Nº	%	Nº	%	
≤ 48	22	20,8	84	79,2	106
> 48	51	49,0	53	51,0	104
Total	73	34,8	137	65,2	210

$$\chi^2=18,5; p<0,0001$$

Observou-se que 38,0% das crianças que eram acompanhadas em postos de saúde foram levadas primeiramente a outros serviços de saúde e entre as que não faziam acompanhamento essa proporção foi de 32,2%, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,378$) (TABELA 18).

TABELA 18 – Distribuição das crianças segundo acompanhamento em Unidades de Saúde e busca por outro serviço antes do CAC. Fortaleza, maio 2011.

	Busca por outro serviço				Total
	Sim		Não		
Faz acompanhamento	Nº	%	Nº	%	
Sim	35	38,0	57	62,0	92
Não	37	32,2	78	67,8	115
Total	72	34,8	135	65,2	207

$$\chi^2=0,77; p=0,378$$

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

O ano de 2011 trouxe muitas inovações na política brasileira, bem como ações de continuidade e aperfeiçoamento de programas em muitos setores. Na saúde merece destaque a aprovação da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em substituição à portaria nº 648/GM/MS, de 2006 (BRASIL, 2006a).

A nova portaria estabelece que a Política Nacional de Atenção Básica tem, na Saúde da Família, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, a qual tem entre seus fundamentos e diretrizes...

...possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011a, Anexo I, inciso II).

Apesar do que está determinado na legislação, existe uma lacuna ao dirigir-se o olhar para a prática da saúde pública no Brasil. Enquanto se espera que a atenção primária seja capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, sendo a porta de entrada preferencial da rede de atenção e ainda se responsabilizando pela condução e resolutividade dos casos encaminhados a outros níveis de atenção, a observação da prática mostra outros resultados.

Nesta pesquisa observa-se que em um hospital da rede secundária de Fortaleza, local destinado ao atendimento de urgência e emergência, praticamente metade da demanda (47,4%) buscou o atendimento com patologias que poderiam ter sido resolvidas na Atenção Básica em Saúde (TABELA 2).

Os pacientes selecionados, com patologias que não exigiam pressa no atendimento por não caracterizar situações de urgência/emergência, não configuram a demanda de um hospital secundário, e quando são conduzidos a tal serviço invariavelmente contribuem para aumentar a superlotação do mesmo, apesar de não se poder responsabilizá-los por um cenário de tamanha complexidade e de se reconhecer que sua necessidade de assistência é inquestionável.

Pode-se traçar um paralelo entre esses dados e os resultados descritos por Melo, Assunção e Ferreira (2007), que descrevem como paradoxal o contexto de um serviço de emergência pediátrica na cidade de Belo Horizonte/MG. O mesmo apresenta-se constantemente lotado, aglomerado de crianças e de seus acompanhantes, entretanto 50% dos casos foram considerados como consultas simples, sensíveis a atendimento em serviços de cuidados primários.

Rati (2009) explica esse paradoxo mostrando as justificativas das mães para optar por serviços de emergência em uma cidade como Belo Horizonte. Apesar de ter em 2008 uma cobertura de 75% de sua população pelo Programa Saúde da Família e contar com mais 14 portas de entrada de urgência no município, sendo sete de Unidades de Pronto Atendimento e sete de Pronto Socorro Hospitalar, além de sistemas de triagem e classificação de risco estruturados com o empenho de esclarecer a população sobre critérios de gravidade, ainda não se verificara a redução do número de atendimentos ambulatoriais nas emergências hospitalares. Para a pesquisadora, que fez um estudo qualitativo para compreender as explicações das mães, na concepção dos usuários palavras técnicas como urgência, emergência e critérios de risco não têm o mesmo significado objetivo adotado pelos profissionais de saúde. A subjetividade de seus sentimentos, crenças e costumes aliada a fatores de caráter prático como o tempo e a acessibilidade é que determinam suas escolhas.

Acessibilidade é um termo desconhecido para as mães, tanto do ponto de vista gramatical como em sua vivência na comunidade. De seu linguajar, porém, é possível traduzir que elas procuram o hospital porque é lá que encontram o pediatra, é aberto 24 horas todos os dias e dispõe de exames diagnósticos. Nos postos de saúde, como não há profissionais suficientes para o atendimento, a comunidade necessita formar filas para pegar senhas, em horários pouco seguros, expondo-se aos riscos de assaltos e outras formas de violência que imperam nas periferias das grandes cidades.

Para Kovacs *et al.* (2005) o grau de desempenho da rede hierarquizada está na dependência de fatores como qualidade técnica, globalidade e continuidade na utilização de recursos disponíveis, investimentos nas relações interpessoais, acrescidos de conhecimentos, experiências e concepções sobre os processos de saúde e doença em um dado contexto sociocultural. As autoras consideram os avanços obtidos com os programas de atenção básica, mas ressaltam que a relação de oferta e demanda nesse setor da saúde expressa um confronto de interesses e necessidades. Destacam iniciativas como a proposta do acolhimento como uma possibilidade de diminuir obstáculos e aumentar a acessibilidade dos usuários e a organização dos serviços.

A inadequação da utilização dos serviços de saúde não é restrita ao Brasil. Em Portugal, Nunes (2011) constatou em um serviço de emergência pediátrica em Lisboa que em seis meses 54,9% dos episódios foram considerados como não urgentes, sendo 88,8% destes encaminhados ao centro de saúde. A autora observa que 75% da demanda surge no horário de funcionamento dos centros de saúde, de onde conclui que se faz necessário um conjunto de medidas no sentido de oferecer informações adequadas à população sobre a melhor utilização dos serviços existentes. Destaca-se o alto custo do serviço oferecido nos espaços de maior complexidade e a baixa qualidade do atendimento em situações de superlotação. Apesar dessas evidências, a busca de soluções rápidas e a qualquer hora para problemas simples, inclusive na área da saúde, é verificada por diferentes estudos tanto na América como na Europa. Esse é o comportamento de uma sociedade que vive sem tempo disponível para as relações sociais, para a família e para os próprios indivíduos. As ações de prevenção para a promoção da

saúde são inúmeras vezes substituídas por atitudes de procura de cuidados curativos e urgentes depois que as doenças se instalam (NUNES, 2011).

Entre os pacientes atendidos no CAC no período em estudo e classificados como isentos de risco iminente verificou-se que a maioria estava acometida por agravos do trato respiratório (56,2%), seguidos por transtornos de natureza gastrointestinal (16,6%). Oliveira e Scochi (2002) e Riccetto (2007) também encontraram predomínio das patologias respiratórias em serviços de emergência clínica.

Essas informações estão de acordo com dados da literatura para regiões socioeconômicas desfavoráveis, com carência de saneamento básico e nível educacional reduzido das populações. Com base em dados semelhantes, o Ministério da Saúde promoveu, no Brasil, a partir de modelos lançados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), que pretende reduzir a mortalidade infantil através de abordagem rápida, simplificada, com técnicas para identificar as doenças mais prevalentes na infância de acordo com a situação socioeconômica das populações (BRASIL, 2002a).

Conforme o modelo AIDPI, as doenças não podem ser tratadas isoladamente, por estarem associadas ao contexto de vida dos indivíduos, especialmente às suas condições políticas e econômicas. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes por refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como também a qualidade de vida de uma determinada população. Nas regiões pobres do mundo, sendo o Nordeste do Brasil um exemplo delas, a maioria das mortes infantis poderia ser evitada com medidas simples e eficazes, como aleitamento materno, alimentação saudável, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, assim como o controle da desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, entre outros (BRASIL, 2002a).

A análise da TMI no Brasil mostra um declínio no período de 2000 a 2008, porém evidenciando-se disparidades regionais, principalmente quando se comparam as regiões Norte e Nordeste com o Sul, embora o Nordeste tenha apresentado o

maior percentual de declínio nesse período, alcançando 47,9%, semelhante ao percentual de redução observado no Estado do Ceará, de 48,6% (TABELA 19). Nos últimos anos, as afecções originadas no período perinatal constituem a principal causa de morte em menores de um ano no Brasil (61,2% em 2008), mas as doenças do aparelho respiratório contribuíram com 2.410 do total de 42.370 óbitos em 2008 (5,7%) enquanto 5,6% das mortes (2.354) foram por doenças infecciosas e parasitárias, aí incluídas as diarreias. (BRASIL, 2010).

TABELA 19 – Taxa de Mortalidade Infantil, Brasil, Regiões e Ceará; 2000 a 2008.

REGIÕES	ANOS								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Norte	28,6	27,7	26,6	25,6	24,47	23,6	22,8	22,18	23,1
Nordeste	41,6	39,36	36,9	34,8	32,7	31,2	29,8	28,7	21,7
Sudeste	19,2	18,3	17,3	17,0	16,3	15,4	15,0	14,6	14,2
Sul	17,0	16,4	16,1	15,8	15,0	13,8	13,3	12,9	12,7
Centro-oeste	20,9	20,7	19,3	18,7	18,5	17,7	17,1	16,5	17,0
BRASIL	27,4	26,3	24,9	23,9	22,6	21,4	20,7	20,0	17,6
CEARÁ	37,2	35,0	32,8	30,8	28,9	27,1	25,6	24,4	19,1

FONTE: Brasil, 2010

As doenças diarreicas e respiratórias persistem como problemas para a faixa etária pediátrica e quando associadas à desnutrição colocam em risco a vida das crianças. As patologias do trato respiratório são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e em emergências, sendo a pneumonia uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de um ano. A asma e sua associação com a alergia e pneumonia merecem atenção especial, tanto por se tratar de uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência, como pela interferência na qualidade de vida da criança. As parasitoses intestinais ainda são muito prevalentes no Brasil, sobretudo na infância, interferindo no desenvolvimento adequado da criança, o que sugere a necessidade de investimentos em saneamento básico, água potável e tratamento adequado, bem com em ações educativas para crianças e adultos (BRASIL, 2005).

Algo de fundamental importância diz respeito a alimentação adequada e condições de higiene ambiental. As mães residentes na periferia das cidades, muitas vezes divididas entre o cuidar dos filhos e o trabalhar fora para sobreviver deixam seus filhos com parentes ou vizinhos também sobrecarregados de tarefas. As crianças ficam à mercê da praticidade das guloseimas compradas prontas e com sabores artificiais que substituem as verduras e frutas tão pouco atraentes aos seus olhos (BRASIL, 2011c).

A respeito da realidade sociodemográfica, a tabela 4 apresenta o perfil dos acompanhantes das crianças entrevistadas, onde se percebe que a maior parte se compõe de mães com idade entre 20 e 29 anos e que não conseguiram completar o ensino fundamental. As famílias apresentam renda mensal predominante entre um e dois salários mínimos, sendo que mais de 10% ganham menos de um salário.

Esses resultados são muito semelhantes aos encontrados por Oliveira e Borges (2008), que pesquisaram uma comunidade assistida pelo Programa de Saúde da Família na periferia de Natal/RN. Além de viver em uma capital do Nordeste brasileiro, outros aspectos do perfil sociodemográfico da população estudada em aproximam-se dos apresentados neste trabalho. Em Natal, as mães responderam à pesquisa em 97,5% dos casos, dos quais a faixa etária predominante também variou entre 20 e 29 anos.

Sobre a escolaridade, a maioria dos entrevistados nos dois casos em comparação não conseguiu iniciar o ensino médio, tendo as mães justificado a necessidade de interromper os estudos para trabalhar ou para cuidar dos filhos.

Acerca da renda familiar em ambos os casos a quase totalidade dos entrevistados não ultrapassa a faixa dos três salários mínimos, o que Oliveira e Borges (2008) caracterizam como renda familiar '*extremamente baixa*'.

O baixo poder aquisitivo da população estudada em Fortaleza não é exclusividade da capital. Embora não se possam fazer comparações, por conta das diferenças geográficas, pesquisa realizada com adolescentes em um município do interior do Ceará constatou que cerca de 12,2% daquelas famílias tem renda mensal inferior a um salário mínimo (FRANCO, 2009).

Quanto à regional de origem dos entrevistados, chama a atenção que mais de 50% dos pacientes que procuraram o CAC naquele período eram provenientes da área de abrangência da SER V, tendo em vista que o hospital está situado da SER IV. Quando se faz um estudo mais aprofundado do território da SER V vê-se que o mesmo está localizado na parte sudoeste da cidade, englobando extensa área de periferia, onde a densidade demográfica é alta e as condições socioeconômicas são bastante desfavoráveis. Geograficamente há relativa proximidade com o hospital, o que facilita o acesso dos usuários, assim como as outras duas regionais mais contempladas.

Acerca da organização dos serviços de saúde de APS na jurisdição da SER V, vale citar Carneiro (2009), que realizou a seguinte análise de dados: deficiência de recursos humanos e materiais nos CSF, existindo profissionais suficientes apenas na categoria de ACSs; existem 20 CSF para uma população de cerca de 570.000 pessoas, o que resulta em uma média de 28.500 habitantes por unidade de saúde da família; apenas 27% dos postos estudados funcionam em três turnos e somente 20% abrem nos finais de semana; 80% dos CSF não dispõem de protocolos de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade.

Conforme a portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, para Unidade Básica de Saúde (UBS) com Saúde da Família recomenda-se o parâmetro de uma UBS para cada 12.000 habitantes, adscritos em seu território. Para UBS sem Saúde da Família a população seria de no máximo 18.000 habitantes por UBS. A Lei estabelece também o sistema de acolhimento em todas as unidades de saúde, com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011a).

Apesar de existirem diferenças socioeconômicas entre as Secretarias Executivas Regionais que compõem o município de Fortaleza há também fatores de aproximação como, por exemplo, a localização geográfica. As SERs III, IV e V encontram-se na região sudoeste e periférica da cidade e não é por coincidência que oferecem juntas o maior aporte de pacientes para o hospital em estudo.

Em matéria veiculada em jornal local no dia 26 de fevereiro de 2012 há descrição de situação de algumas UBS pertencentes à SER IV, onde se destaca a falta de recursos humanos e materiais, de medicamentos básicos, além da falta de segurança, fato que afugenta usuários e funcionários (BEZERRA, 2012).

Um dado que chama a atenção ainda em relação aos acompanhantes dos pacientes em estudo é a acentuada predominância das mães, atingindo uma parcela de 81,5%, enquanto que as avós apresentam-se em 6,2% e os pais, 5,7%. Pode-se notar que apesar da contribuição dos pais, avós e outros parentes, a predominância no cuidado das crianças se dá por conta dos cuidados maternos, daí porque muitas vezes é referido neste texto o termo “mães” em generalização aos acompanhantes que responderam à pesquisa.

Fato digno de destaque em relação a essas mães é o número de adolescentes, dado que 7,1% delas encontravam-se entre 15 e 19 anos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a adolescência é a fase da vida que compreende a faixa etária de 10 aos 19 anos. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o ser adolescente é o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade e nessa fase, entre os seus direitos fundamentais constam a saúde e a educação de qualidade, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho (BRASIL, 1990b).

Conforme Gurgel (2008), a gravidez na adolescência pode produzir efeitos nocivos à saúde da mãe e do concepto e é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade do adolescente, podendo gerar implicações como aborto, morbidade e até mortalidade materna. A autora destaca que em Fortaleza, no ano de 2006, mães adolescentes responderam por 31% da mortalidade materna. Além da vulnerabilidade própria de um período de transição e exposição a situações de risco os desafios de uma mãe adolescente são consideravelmente acentuados quando ela está inserida nas classes sociais menos favorecidas.

Para executar o pleno exercício dos direitos assegurados na legislação, as políticas de saúde no Brasil necessitam ser aperfeiçoadas de modo a oferecer ao adolescente atendimento com profissionais capacitados e diferenciados, capazes de

compreender seus medos e anseios, dispondo de tempo para ouvir e para esclarecer dúvidas, bem como orientar soluções. No CAC algumas dessas mães que foram entrevistadas levando seus filhos doentes ainda buscam o mesmo serviço na qualidade de pacientes, quando necessitam.

Percebe-se, entretanto, que a procura do serviço pelo público adolescente é bem reduzida quando comparada com as demais faixas etárias. A tabela 5 apresenta as características demográficas dos pacientes e evidencia-se que a maior parte da demanda se encontra nos dois primeiros anos de vida, seguido pelos escolares de 5 a 10 anos. O menor percentual diz respeito aos pacientes acima de dez anos, apesar de compreender a faixa temporal mais ampla.

Dados do Ministério da Saúde, apresentados no Painel de indicadores do SUS, em 2006, demonstram que entre os brasileiros que procuraram atendimento médico nos últimos doze meses destacam-se os menores de cinco anos e os maiores de 64 (BRASIL, 2006b).

Ricetto *et al.*, (2007), Veras *et al.*, (2009) e Nunes (2011) também encontraram predominância de pacientes menores de cinco anos em pesquisas junto a emergências pediátricas.

É senso comum pensar que o adolescente não apresenta necessidade de assistência á saúde por apresentar-se saudável na maioria das vezes. Os estudiosos sobre o assunto, porém, destacam que a adolescência é o período da vida em que os indivíduos tendem a assumir maiores comportamentos de risco exemplificados por: uso de drogas legais e ilegais, violência entre grupos, exposição às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não planejada, riscos psicológicos e riscos sociais (FRANCO, 2009).

A autora acima citada explica que a diversidade e a complexidade desses fatores devem ser levadas em consideração, uma vez que esses sujeitos se encontram em fase de elaboração de sua identidade social e cultural, sendo o sistema de saúde desafiado a proporcionar o desenvolvimento de fatores de proteção, que apoiem o crescimento e a maturidade sadios do ser adolescente.

Para Ferrari; Thomson e Melchior (2006) é difícil afirmar se a notória ausência dos adolescentes nos serviços de saúde se deve à baixa procura ou à pouca oferta de ações voltadas para eles. O estudo apresenta que mesmo dentro da Estratégia Saúde da Família as ações direcionadas aos adolescentes ocorrem de forma isolada e desarticulada, não representando um trabalho intersectorial expressivo e não estabelecido como prioridade em meio a outros programas com maior demanda.

Na avaliação quanto ao gênero, ocorreu um predomínio do sexo masculino com 53,1% (112) em relação aos 46,9% (99) de presença do sexo feminino.

Essa predominância dos pacientes masculinos em serviços de emergência pediátrica foi também evidenciada em outros estudos. Pesquisa retrospectiva que descreveu a casuística em uma sala de emergência pediátrica de um Hospital Universitário na cidade de Campinas, durante o ano de 2004, demonstrou que a média de idade dos pacientes foi de 3,4 anos e 59,1% eram meninos (RICCETTO *et al.*, 2007). Veras *et al.* (2009), analisando as causas de atendimento em crianças e adolescentes menores de 15 anos em um serviço de emergência pediátrica de um hospital secundário, encontraram que 55,8% eram do sexo masculino, sendo 63,5% com idade entre zero e cinco anos. Nunes (2011), estudando a utilização da emergência pediátrica em um hospital de Lisboa, mostrou que a maioria era sexo masculino e se encontrava abaixo de cinco anos de idade.

Acerca da procedência dos pacientes verificou-se que 91% deles vieram diretamente de seus domicílios para o serviço de emergência, enquanto que 7,1% (15) foram encaminhados dos postos de saúde.

Esses dados são superiores aos encontrados em Londrina, em pesquisa realizada junto ao Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, quando se verificou a procura direta em 56,76% dos entrevistados (BATISTELA; GUERREIRO; ROSSETO, 2008). Vale ressaltar que o estudo em referência foi realizado em um hospital terciário, de alta complexidade e mesmo assim é utilizado por considerável parcela da população como porta de entrada para a assistência pediátrica.

Escorel *et al.* (2007), estudando a implantação do Programa de Saúde da Família como porta de entrada no sistema de saúde faz a seguinte afirmação:

Um atributo fundamental da atenção primária é a sua definição como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, com o papel de garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso aos outros níveis. O cumprimento dessa função pelo serviço de atenção primária implica acessibilidade (geográfica, temporal e cultural), utilização do serviço por parte dos usuários a cada novo episódio e exigência e realização de encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada. O primeiro requisito é que a unidade de saúde da família seja acessível à população adscrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais, aspectos em geral contemplados pelo PSF. (ESCOREL *et al.*, 2007, p. 166).

Entende-se, pelo exposto, a necessidade de se equipar as unidades básicas de saúde com pessoal e material suficientes para exercer a função de porta de entrada ao sistema, com a finalidade de diminuir a superlotação das emergências com casos suscetíveis à atenção básica.

Para a discussão dos dados apresentados na tabela 6, relativos às características clínicas dos pacientes, merece destaque o elevado percentual de busca por atendimento nas primeiras 24 horas de adoecimento, responsável por mais de um terço da demanda. Tal comportamento sugere o despreparo das mães e outros cuidadores frente ao processo de adoecimento de seus filhos, uma vez que são poucas as patologias que se instalam de modo abrupto, com quadro clínico que exija interferência médica nas primeiras horas. Nesse estágio há também dificuldade de diagnóstico, pelo fato de que as alterações clínicas e laboratoriais ainda não se definiram completamente. Esse comportamento dos pais pode justificar o elevado percentual de pacientes que deixam o hospital sem uma conclusão diagnóstica, o que compromete a adesão e a eficácia do tratamento, fato que contribui para retornos subsequentes aos serviços de saúde, aumentando a superlotação dos mesmos e a insatisfação dos usuários. Mas em um sistema eficaz de atenção primária os cuidadores podem receber melhor orientação através de ações de promoção de saúde na comunidade que os ajude a identificar sinais de perigo em suas crianças (HARZHEIM; STEIN; DARDET, 2004).

Entre os pacientes diagnosticados, a maior parte estava acometida por doenças do trato respiratório, seguidos das doenças do trato digestivo. É relevante lembrar que os pacientes com suspeita de dengue, inclusive os que foram diagnosticados como virose, não foram enquadrados na pesquisa, por justificar-se estar em um hospital naquele período. Percebe-se que existe sintonia entre os resultados da pesquisa e aqueles do levantamento de dados que consta na tabela 3, em relação aos agravos predominantes.

As patologias encontradas como mais prevalentes entre os pacientes investigados estão em conformidade com os agravos nacionais listados como prioridade para ser trabalhados em prevenção e promoção de saúde na atenção primária, especialmente na saúde da criança, sendo um dos eixos de cuidados estabelecidos para a criança menor de dez anos (BRASIL, 2005).

Na cidade de Natal, Oliveira (2008) avalia dados evolutivos durante quatro anos após implantação do Programa de Saúde da Família em um bairro em que um terço das crianças menores de cinco anos estavam cadastradas no programa. A pesquisadora constata que houve aumento considerável na adesão da população aos programas de pré-natal, crianças em aleitamento materno exclusivo e com vacinas em dia e redução nos índices de desnutrição infantil, infecções respiratórias agudas e casos de diarreia. Os indicadores apresentados reforçam a ideia de que investir em prevenção e promoção de saúde é uma atitude mais vantajosa do que aumentar o número de hospitais de alta complexidade.

Outra informação que confirma a busca indevida das mães pelo hospital diz respeito ao tratamento instituído, pois se verificou que a maioria dos pacientes do estudo, numa cifra de 72% não fez uso de qualquer medicação nem foi submetida a exames no referido serviço. Um contingente de 6,2% foi medicado, porém encaminhado ao ambulatório para dar continuidade ao tratamento em nível primário. Esses dados vão ao encontro do que Stein (1998) defende ao mostrar que parte considerável da demanda da emergência necessita de acompanhamento ambulatorial em alguma especialidade médica.

Stein (1998) insiste que é necessário desenvolver um sistema de referência mais efetivo entre a emergência e os serviços ambulatoriais, para possibilitar o seguimento do atendimento. Esse autor conclui em sua tese de doutorado que o atendimento médico continuado e personalizado deve ser o aspecto fundamental a embasar o modelo assistencial, pois percebe que aqueles pacientes que têm um médico definido tendem a fazer menos consultas desnecessárias em um serviço de emergência. Chama a atenção para o fato de que o uso dos serviços de emergência por problemas não urgentes tem várias consequências, entre as quais a sobrecarga e condições insatisfatórias de trabalho, afetando a qualidade do atendimento e aumentando os custos do sistema de saúde.

Harzheim, em um estudo de revisão bibliográfica em 2004, cita o trabalho de Hochheiser, Woodward e Charney, realizado em 1971 na cidade de Rochester, New York, EUA, onde estes concluem que ocorreu uma redução de 38% no número de consultas de crianças à emergência três anos depois da implantação de um Centro de Saúde Comunitário na região, enquanto em outras áreas o número de consultas à emergência permaneceu igual ou maior (HARZHEIM; STEIN; DARDET, 2004).

Consta da tabela 6 que 11,9% dos pacientes realizaram exames laboratoriais. Faz-se necessário, no entanto, esclarecer que existem muitos casos em que os exames não são solicitados por indicação clínica, mas para atender as insistentes solicitações das mães, que justificam não ter acesso aos postos de saúde, onde os exames quando realizados demorariam até duas semanas para concluir seus resultados.

Em relação ao número de consultas nos últimos doze meses, consta que a maioria, havia comparecido ao CAC anteriormente para buscar atendimento, identificando-se a média de uma consulta a cada dois meses na emergência, frequência essa que está indicada para o acompanhamento de puericultura nos primeiros seis meses de vida, conforme os programas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Conforme Bittencourt (2010), a ida à emergência por repetidas vezes mostra a baixa eficácia do atendimento, que atua sobre o problema atual de modo isolado, mas não tem eficácia sobre suas causas e não trabalha prevenção e promoção de saúde, tarefa que fica a cargo da atenção básica, quando esta funciona efetivamente.

Em cidades em que não há cobertura suficiente por parte da atenção básica, os serviços de emergência são colocados na obrigação de atender boa parte da demanda, mesmo não satisfazendo os critérios do acolhimento, como se verifica na descrição da tabela 7, onde se percebe que entre os pacientes classificados como baixo risco, 57,3% foram encaminhados para o setor de pronto atendimento.

Na opinião de Melo; Assunção e Ferreira (2007) os médicos justificam a necessidade de atender a essas crianças porque seria arriscado devolvê-las ao posto de saúde sem a certeza de assistência. Algumas dessas crianças poderiam ter seu quadro agravado nos dias subsequentes, especialmente aquelas de menor idade.

Revedo os comentários de Stein (1998), nota-se que o mesmo demonstra que a população precisa ser acolhida, embora em uma melhor organização devesse sair com um encaminhamento para o seu local de direito, o atendimento médico continuado.

Não é suficiente orientar a procurar assistência em outros serviços, uma vez que a população está acostumada a ouvir e divulgar entre si que faltam médicos nos postos de saúde e que o atendimento no hospital, embora demorado, é mais acessível. Entre os que aguardaram pelo atendimento no CAC o tempo de espera variou com os seguintes extremos: 14,8% (18) obtiveram a consulta médica dentro da primeira hora e 17,4% (21) permaneceram mais de seis horas à espera da avaliação pediátrica.

É curioso constatar que o número de pacientes que espera mais de seis horas pelo atendimento é superior ao número de pacientes atendidos na primeira hora, contrariando o que seria o fluxo normal de um serviço de emergência.

Melo; Assunção e Ferreira (2007) encontraram um tempo de espera pelo atendimento em emergência pediátrica de Belo Horizonte que se aproxima dos resultados de Fortaleza descritos neste estudo. Segundo esses pesquisadores, nos períodos de maior demanda um paciente pode esperar até sete horas, gerando um quadro de angústia, desconforto e irritabilidade nos usuários.

Esses pacientes que aguardam mais de seis horas pelo atendimento ficam de um turno para o outro. Isso gera, além do agravo da sintomatologia, a necessidade de alimentação extradomiciliar, com custos financeiros para uma população de baixa renda. Ainda se pode considerar a demanda pela substituição de acompanhantes ou a ausência destes em seus locais de trabalho, caracterizando absenteísmo e com ele o medo do desemprego. Tais elementos somados com a doença dos pacientes geram instabilidade emocional aos acompanhantes e contribuem para a sua insatisfação com o serviço. Muitos reagem pressionando os funcionários já sobrecarregados pelo volume de trabalho e não são poucas às vezes em que ocorrem agressões verbais e até físicas entre usuários e servidores.

O acúmulo de pacientes e acompanhantes no setor de acolhimento do hospital por si só já é suficiente para promover um local insalubre, pelo caráter de aglomeração e pela multiplicidade de microrganismos circulantes. Soma-se a isso uma população envolvendo crianças, que há mais de seis horas aguardam por higienização, muitas com quadros de diarreia e vômitos, outras sugando o seio de mães suadas em um calor de 38-40°C, além daquelas que comem e derramam alimentos no solo, fazendo do hospital um lugar de promoção de doença ao invés de saúde. Vale lembrar que muitos desses pacientes estão acometidos de patologias respiratórias, manifestando tosse e espirros, por meio dos quais ocorre a propagação dos germes. Ambientes de trabalho dessa natureza configuram-se pouco atraentes para seus frequentadores, tanto usuários como funcionários, que se apresentam descrentes nas autoridades e convencidos de que saúde pública no Brasil não é prioridade.

Um exemplo dessa constatação se dá ao avaliar-se o número de médicos em atendimento por turno no hospital em estudo, evidenciando-se que, para a maior parte dos pacientes entrevistados, havia apenas dois médicos em atendimento, e em algumas situações, contava-se com apenas um médico por turno.

Tal situação chega a ser mais degradante para os profissionais até mesmo do que para o usuário, uma vez que a responsabilidade profissional do médico e sua preocupação ética e técnica distribuem-se para um grande contingente de pacientes, cuja gravidade clínica varia de modo criticamente amplo.

Oliveira *et al.* (2007), estudando o sofrimento psíquico de profissionais de saúde em emergências hospitalares, chegou a algumas conclusões que merecem ser citadas diante dos resultados obtidos neste estudo:

[...] O labor pode ser estruturante ou desestruturante para o psiquismo humano, podendo o trabalhador vivenciá-lo sob a forma de prazer ou sofrimento, situações que referenciam os seus níveis de investimento e compromisso com o trabalho [...]

[...] Pensar sobre as necessidades do trabalhador da saúde leva também, inevitavelmente, à consciência da precisão de serviços de melhor qualidade, e de mudanças sociais que respeitem os direitos de cidadania dos usuários [...]

[...] Há descontinuidade entre o sofrimento psíquico do profissional da saúde e do paciente: Este pode ser curado e pode retornar à vida normal, enquanto aquele continua prejudicado em termos psicofísicos, devido ao constante contato com dor e perdas.

[...] A saúde pública e dos profissionais tem sido prejudicada [...] O profissional e o usuário dos serviços de saúde devem ser sujeitos de uma história mais digna e plena. (OLIVEIRA *et al.*, 2007, p. 6, 14, 15).

Como citado anteriormente, a Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza ainda se encontra em fase de implantação, tendo alcançado discreto progresso nos últimos anos. São escassos os trabalhos que descrevem dados estatísticos atualizados desse quadro para efeito de comparação. A tabela 8 deste estudo traz a situação dos pacientes avaliados junto à atenção básica e dela pode-se inferir que a grande maioria desses pacientes encontra-se cadastrada em um posto de saúde.

Apesar de uma elevada proporção de pacientes estar cadastrada em um posto de saúde, muitos são cadastrados em postos de outro bairro, o que gera dificuldade de acesso e faz com que o acompanhamento do desenvolvimento normal da criança não seja viável. Conforme as mães, a razão pela qual as crianças são cadastradas em postos de outros bairros se dá, na maioria das vezes, pelo fato de ainda

não haver unidades de saúde da Família em número suficiente, havendo afluxo da demanda de diferentes bairros para uma única unidade de saúde da Família.

Quanto ao acompanhamento do desenvolvimento normal da criança e do adolescente a maioria respondeu que não o faz, justificando a ausência do cuidado, em maior percentual, pela dificuldade de acesso, e, em menor proporção, por desconhecer ou não gostar dos serviços oferecidos pelos postos de saúde. Entre aqueles que fazem seguimento regular nos postos, cerca de um terço afirmou ter conhecimento da importância do acompanhamento, destacando-se, também, como justificativas, ter sido orientada pelo serviço ou a necessidade de acompanhamento por ser a criança portadora de alguma doença.

É possível também que outros aspectos culturais e sociais interfiram nesse comportamento das mães, que muitas vezes não levam seus filhos para o acompanhamento de puericultura a despeito da disponibilidade de Unidades Básicas de Saúde próximas de suas residências, com equipes treinadas e disponíveis para fazer atendimento de prevenção e promoção de saúde.

Batistela; Guerreiro e Rosseto (2008) observaram em seu estudo que mesmo entre os usuários que frequentam as unidades de saúde da rede básica, a procura por programas de prevenção e promoção à saúde geralmente é baixa, constatando que a procura por pediatra foi responsável pela metade das respostas para consultas com horário agendado.

Essas constatações reforçam a ideia de que existe a necessidade de um trabalho de conscientização dos usuários a respeito da importância de conhecer os modelos de organização de seus serviços locais de saúde para obter um melhor aproveitamento dos programas ali oferecidos.

Starfield, em um estudo ecológico em 1994, realizou uma comparação entre 11 países para identificar as relações entre o grau de orientação à APS dos sistemas de saúde e os indicadores de saúde nacionais. A conclusão de seu trabalho foi que...

[...] quanto maior o grau de orientação do sistema de saúde de cada país à APS, maior o grau de satisfação de sua população com o sistema de saúde, melhores os indicadores de saúde (baixo peso ao nascer, mortalidade infantil, expectativa de vida, anos potenciais de vida perdidos), menores os custos totais com o cuidado em saúde e menor o consumo individual de medicamentos. (HARZHEIM; STEIN; DARDET, 2004 *apud* STARFIELD, 1994, p. 31).

Quando a população não está orientada sobre critérios político-organizacionais para buscar os serviços tende a seguir seus próprios critérios, de acordo com suas expectativas e experiências anteriores. A tabela 9 mostra os locais que costumam ser procurados pela população entrevistada quando seus filhos adoecem e quais as razões de suas preferências. De seus dados podemos concluir que a maioria dos entrevistados prefere procurar o CAC, e uma minoria citou preferir o posto de saúde.

As razões da preferência, tanto pelo hospital como pelo posto de saúde giram em torno de satisfação e acessibilidade. Há ainda uma parcela que valoriza os serviços especializados e/ou a realização de exames laboratoriais e uma minoria diz seguir os critérios de gravidade da doença ao escolher o posto de saúde para o atendimento.

É muito baixo o índice de usuários que se utiliza de critérios de gravidade para escolher o local de atendimento em saúde. Esse dado está presente na literatura, onde podemos citar Stein (1998), que diz que os serviços disponíveis na emergência dos hospitais públicos são percebidos pela população como uma resposta que o sistema de saúde oferece para todas as suas necessidades de atendimento e não apenas para os mais graves. Stein afirma que a atitude da população e a falta de serviços de atenção primária resolutivos são ingredientes que levam ao caos do sistema.

Em relação à doença atual, a maioria dos entrevistados afirmou não ter procurado outro serviço antes de vir para o CAC. Entre os que buscaram atendimento em outro local, predominam os que foram ao posto de saúde, encontrando-se também os que buscaram mais de um serviço de saúde. Destaca-se que ainda uma pequena parcela recorreu à farmácia em busca de solução para o problema de saúde da criança.

Esses dados mostram a distância que existe entre o comportamento da população da cidade de Fortaleza em relação à de outras grandes capitais do Brasil onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) está melhor estabelecida. Giovanella *et al.* (2009), estudando a implementação da ESF nas cidades de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória constataram que nessas quatro capitais a população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família (SF) quando necessita de atendimento de saúde. Nesses municípios, a ESF foi adotada com a perspectiva de mudança de modelo assistencial na atenção básica, passando a ser a porta de entrada preferencial, visando à constituição de um sistema integrado de serviços de saúde.

Outro aspecto interessante em relação às capitais comparadas é que os gestores daqueles municípios superaram suas limitações e implantaram estratégias para garantir a atenção secundária, para a qual o Ministério da Saúde ainda não gerencia políticas específicas. Nos quatro municípios, a oferta própria de exames e consultas especializadas está sendo inserida nos sistemas informatizados de regulação e marcação, visto que a compra de serviços especializados da rede privada é uma estratégia nem sempre bem sucedida, seja pela inexistência de alguns desses itens em quantidade suficiente ou pela baixa remuneração oferecida pela tabela SUS.

Para Giovanella *et al.* (2009), a possibilidade de uma atenção primária abrangente passa pela superação dos limites que dificultam a integração entre as redes assistenciais de saúde, bem como pelo desenvolvimento de iniciativas mais gerais do executivo municipal que estimulem a intersectorialidade, com ações que transcendam à saúde e correspondam a uma política de desenvolvimento social municipal integrada. É citada, como exemplo, a experiência no município de Florianópolis que busca articular as ações de saúde, educação e assistência social, sobretudo em relação ao idoso, criança, população de rua e vigilância sanitária e ambiental.

Quando se analisam os dados da tabela 10 verifica-se que a maioria dos acompanhantes das crianças considera ser o seu caso de emergência, porém suas justificativas não se baseiam em critérios concretos, clinicamente detectáveis, mas sim em sentimentos inquietantes para si como o medo de complicações ou de ser

doença grave. Entre os sintomas assustadores para os pais, a febre vem em primeiro lugar, seguida por dor, tosse e vômitos.

Resultados semelhantes são descritos por Batistela; Guerreiro e Rosseto (2008), que afirmam haver total desconhecimento pela população sobre a função dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde e sobre a organização dos mesmos, gerando mais entraves e desafios.

Dentre os motivos citados pelos entrevistados para procurarem o CAC no dia da entrevista destacam-se a proximidade e a acessibilidade como principais razões pela escolha, havendo uma significativa parcela que respondeu gostar do atendimento naquele hospital. Como todos os pacientes cujos acompanhantes foram entrevistados haviam sido classificados como adequados para atendimento na rede de atenção básica, a partir das respostas a esse quesito entende-se que há uma necessidade de aumentar a acessibilidade e a qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde. Esse pensamento recebe reforço ao se constatar que alguns entrevistados afirmaram ter vindo ao hospital porque não há médico no posto de saúde.

Segundo Kovacs *et al.* (2005), em um estudo sobre a acessibilidade de crianças aos serviços de atenção básica em Recife, existe descompasso entre a necessidade de atenção, o crescimento da rede básica, e indefinições acerca do seu papel na percepção dos usuários, que não compreendem a menor oferta de consultas médicas e ainda não se habituaram com as consultas de enfermagem. O usuário também não apresenta boa definição entre consulta eletiva e casos de urgência/emergência, baseando-se em seus próprios critérios na hora de procurar os serviços. Para os autores é essencial compreender as razões que fundamentam essas preferências para que a hierarquização não seja apenas mais um desejo dos técnicos.

Estão listados como parte das funções da atenção básica: ser resolutive, coordenar o cuidado e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população e ordenando essas necessidades em relação aos pontos de atenção. Isso visa contribuir para que a programação dos serviços de saúde parta das reivindicações dos usuários (BRASIL, 2011a).

Neste estudo, com o intuito de ouvir a opinião das mães, acrescentou-se ao questionário um espaço para descrição de suas expectativas e sugestões, as quais estão resumidas na tabela 11 e trazem aspectos dignos de reflexão.

Entre as expectativas para o atendimento, um número significativo de entrevistados declarou esperar maior agilidade, na maioria das vezes atrelando a expectativa à sugestão de aumentar o número de médicos na emergência. Melhorar a qualidade da consulta médica é a esperança de muitos, mas vários manifestaram apenas o desejo de serem atendidos.

Quanto às sugestões, algo que chama a atenção é que a maior parte dos entrevistados, não quis opinar e acrescentou não acreditar em possibilidade de melhorias, demonstrando assim uma notável sensação de descrédito para com as ações da administração pública.

Dentre as sugestões feitas para a melhoria do atendimento citam-se aumentar o número de médicos na rede municipal e melhorar a organização dos serviços de emergência.

Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) com objetivo de avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de saúde (SUS) no Brasil mostra que o mais desejado pelos entrevistados é o aumento no número de médicos e redução do tempo de espera para atendimento. A pesquisa ouviu 2.773 pessoas em todo o Brasil no período de 3 a 19 de novembro de 2010 e incluiu também perguntas sobre planos e seguros privados de saúde. O atendimento prestado em centros e/ou postos de saúde e o atendimento nas emergências foram os serviços com as menores proporções de qualificações positivas. Em todas as regiões brasileiras as opiniões são bastante similares, mas nas regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste os serviços de urgência e emergência receberam a maior proporção de avaliações como 'ruim' ou 'muito ruim' (IPEA, 2011).

As reflexões suscitadas pelos dados da tabela 11 serão enriquecidas quando comparadas às recentes mudanças administrativas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), quando tomou a iniciativa de fechar os serviços de emergência pediátrica dos hospitais conhecidos por Frotinhas,

nos bairros de Messejana e Antonio Bezerra. A SMS alega pretender melhorar o atendimento na rede secundária, pelo remanejamento de pediatras para outros hospitais (MENESES, 2012a).

Nota-se, pelo exposto, haver descompasso entre o pensamento dos usuários e a visão da gestão, uma vez que enquanto aqueles esperavam aumentar a oferta dos serviços esses entendem que redistribuir profissionais médicos entre hospitais ofereça benefícios, a despeito do fato de que o atendimento da criança não se dá apenas pelo pediatra em si, mas exige também um local adequado para acomodar pacientes e acompanhantes, incluindo a sala de espera e os setores de observação e internamento.

Existe, ainda, atrelada à assistência médica, o suporte necessário pelos enfermeiros, microbiologistas, radiologistas e pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, os quais sofrem sobrecarga excessiva de trabalho com o aumento da demanda em seus setores de atuação.

Foi destaque na imprensa local, após o fechamento das referidas emergências pediátricas em Fortaleza, a piora da superlotação nos outros hospitais secundários e terciários da cidade, inclusive no CAC, levando a conflitos de opiniões entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços, muitos ainda desinformados sobre as mudanças efetuadas (MENESES, 2012b).

A observação da tabela 12 atesta que as doenças respiratórias predominam entre os pacientes do estudo em todas as idades. Também chama a atenção o fato de as doenças gastrointestinais surgirem com maior frequência entre os lactentes, visto que é esperado para esse período a ação protetora do aleitamento materno e uma menor exposição a dietas ofensivas.

Em consulta aos dados do Painel de indicadores do SUS 2011, vê-se que a duração média do aleitamento materno exclusivo no Brasil é de 2,2 meses e que a introdução de alimentos não saudáveis na dieta das crianças está cada vez mais precoce. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2008 apontavam que 35% das crianças entre seis meses e dois anos não haviam consumido verduras e legumes no dia anterior ao atendimento e 24 % não tinham sido alimentadas com frutas. Em contrapartida, 42% das mesmas haviam consumido

sucos industrializados com açúcar e 45% tinham ingerido refrigerantes (BRASIL, 2011c).

Alimentação saudável, hábitos adequados de higiene e cobertura vacinal completa são fatores protetores contra muitas patologias sensíveis à atenção primária, especialmente na infância. São condições limitadas muitas vezes pelo baixo nível de compreensão das mães, além da falta de recursos financeiros.

As tabelas de 13 a 16 exploram o grau de entendimento das pessoas entrevistadas em relação à organização dos serviços de saúde e à condição de adoecimento de seus filhos, relacionando-o com os níveis de escolaridade e renda familiar dessas mães. Pela análise cuidadosa dos dados percebe-se que as mães com menos escolaridade e renda familiar mais baixa tendem a buscar mais a ajuda médica, inclusive pensando ser emergência situações de simples agravos. Entre as que têm um poder aquisitivo melhor e maior nível educacional há uma tendência de buscar menos os serviços de saúde, inclusive para o acompanhamento de rotina na atenção básica. Não é possível explicar por este estudo as razões que levam a essa mudança de comportamento de uma categoria para outra, porém há um indício de que investimentos em educação e geração de renda poderiam dar às mães da periferia um certo grau de auto suficiência ao cuidar de seus filhos saudáveis ou com patologias simples.

Estudo que analisa a efetividade da atenção primária sobre as condições de saúde ligadas a patologias e outros agravos preveníveis indica que ter escolaridade menor que cinco anos é, entre outras características, indicativo de possibilidade de complicações de doenças simples, podendo levar a internamentos (NEDEL *et al.*, 2008).

As tabelas 17 e 18 apresentam a proporção de pacientes que buscou outro serviço de saúde antes de vir para o CAC, relacionando essa busca com o tempo de doença e com o seguimento no posto de saúde. Os dados obtidos mostram que as mães que procuraram outro atendimento antes, em sua maioria são aquelas cujas crianças estão doentes há mais de 48 horas, bem como as que fazem seguimento na atenção básica. Pela tabela 9 nota-se que entre os pacientes que fazem seguimento na atenção básica, 76,6% preferiu ir ao posto de saúde antes de

buscar a emergência. Os resultados obtidos estão coerentes com a literatura, que esclarece o valor de uma assistência primária de boa qualidade. Um dos atributos da atenção primária é funcionar como local de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, tendo o papel de solucionar a maioria dos casos e encaminhar os demais aos níveis mais complexos do sistema, permitindo assim acessibilidade a todos, independentemente de sua condição econômica, social ou cultural. Para que a assistência integral seja vivenciada na prática é necessário que haja integração das unidades de atenção primária com os outros níveis da rede assistencial (ESCOREL *et al.*, 2007).

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Após a apresentação e análise dos dados obtidos nesta pesquisa, pode-se chegar às conclusões listadas abaixo.

Entre os pacientes atendidos no hospital no período analisado 47,4% foram considerados portadores de agravos de natureza simples, que poderia receber assistência na atenção básica, agravos esses que se constituíram em sua maioria de doenças respiratórias, seguidos das queixas gastrointestinais e das viroses. Mais de um terço dos entrevistados não recebeu um diagnóstico clínico, seja pela precocidade da procura ou pela generalidade dos sintomas.

As características sociodemográficas dos acompanhantes apresentam um percentual de 81,5% de mães, com idade predominante entre 20 e 29 anos, de baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo. Os pacientes são em sua maior proporção crianças abaixo de cinco anos, do sexo masculino e nas primeiras 72 horas de adoecimento.

As informações sobre vinculação à atenção básica permitem concluir que a maioria da população pediátrica analisada está cadastrada em um posto de saúde, porém não faz o acompanhamento normal da criança saudável, uma parte pela dificuldade de acesso e outra parte pela desinformação quanto à importância e ao modo de organização desses serviços.

Os dados mostram que a população usuária do Sistema Único de Saúde não compreende o significado técnico dos termos urgência/emergência, baseando-se em suas preocupações em relação ao adoecimento e na acessibilidade dos serviços para definir onde procurar ajuda. 86,7% dos entrevistados consideram a doença de seus filhos como sendo emergência, embora todos esses pacientes tenham sido classificados como não urgentes pelo sistema de triagem do hospital.

Entre as sugestões apresentadas destaca-se aumentar o número de médicos no município, inclusive pediatras nos postos da rede básica e ampliação da Estratégia Saúde da Família, permitindo à comunidade o acesso fácil às ações de

prevenção de agravos e promoção de saúde. Também foi sugerido melhorar a organização dos serviços de emergência, de modo a reduzir o tempo de espera pelo atendimento, o qual chegou a mais de 6 horas em 17,4% dos casos.

8.1 Recomendações

Entre os objetivos desta dissertação de mestrado consta o de oferecer, como produto da pesquisa e a partir das conclusões por ela alcançadas, recomendações que possam ser úteis aos gestores no sentido de melhorar a qualidade do atendimento pediátrico pelo SUS em Fortaleza.

Conforme apontado pelas mães, para oferecer maior agilidade e qualidade no atendimento, os serviços de saúde necessitam ser equipados com mais profissionais médicos e receber melhoria em seus modelos organizacionais.

As sugestões apresentadas estão de acordo com a literatura, a partir de experiências positivas, com base em estudos que comprovam resultados favoráveis onde esse tipo de alteração foi implementada (STEIN, 1998; GIOVANELLA, *et. al.*, 2009; BITTENCOURT, 2009).

A apresentação das recomendações segue a orientação hierárquica dos devidos níveis gestores, a saber:

a) À Direção do Hospital (CAC):

- Aumentar o número de médicos em atendimento nos períodos de maior demanda, conforme a experiência vivenciada;
- Aperfeiçoar o serviço de acolhimento com classificação de risco, de modo a priorizar o atendimento dos casos adequados à emergência e encaminhar à atenção básica os usuários com patologias não urgentes;
- Oferecer aos postos de saúde o acesso a exames laboratoriais e radiografias em caráter de urgência no Hospital, conforme indicação clínica, sem a necessidade do atendimento hospitalar.

b) À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/Ceará:

- Ampliar a Estratégia Saúde da Família no município, aumentando o número de unidades de saúde e equipes completas, de modo a aproximar-se da meta do Ministério da Saúde de uma equipe para cada 4.000 habitantes;
- Aumentar o número de pediatras na atenção básica, de preferência alcançando a cifra de pelo menos um pediatra em cada posto de saúde, dando suporte às equipes de saúde da Família, além de oferecer cursos de capacitação aos profissionais da ESF para atender todas as faixas etárias.
- Estruturar um serviço de atendimento ambulatorial no município, para facilitar o acesso ao atendimento especializado, tanto para o acompanhamento clínico como para a reabilitação;
- Estabelecer canais oficiais de comunicação efetiva entre os diferentes níveis da atenção (primário, secundário e terciário), possibilitando às unidades de saúde transferir pacientes conforme a sua classificação clínica sem o entrave das filas de espera.

Dessa forma ganhará a população, que passará a compreender e usufruir de uma atenção em redes, serão contemplados os trabalhadores da saúde, por conviver com um sistema organizado e será reconhecida a gestão, ao produzir seu trabalho com economia e efetividade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. M. M.; CARLEIAL, A. N. Opulência e Miséria nos Bairros de Fortaleza. Scripta Nova. **Revista electrónica de geografía y ciencias sociales**. Barcelona. Universidad de Barcelona, 1 de agosto de 2003, v. VII, n. 146 (030). Disponível em: <[http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(030\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(030).htm) | ISSN:1138-9788.> Acesso em: 26 fev. 2011.

BATISTELA, S.; GUERREIRO, N. P.; ROSSETTO, E. G. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina, v. 29, n. 2, p. 121-130, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/3460/2815>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

BEZERRA, R. OAB faz visita a postos de saúde. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 26 fev. 2012. Caderno Cidade. Disponível em: <www.diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=1108345>. Acesso em: 27 fev. 2012.

BITTENCOURT, R. J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional**. 2010. 152 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2568/1/ENSPTeseBittencourtRobertoJos%C3%A9.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700002&script=sciabstract&lng=pt>>. Acesso em 10 fev. 2012.

BRAGA, P. dos S. **Referência e contra referência no cuidado a criança em emergência pediátrica**. 2010, 43 f. Monografia (Curso de Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35929/000817164.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. Constituição 1988. Capítulo II. Artigo 196. Título VIII, Da Ordem Social. Seção II, Da saúde. Brasília: Senado Federal, p.33, 1988. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/constituicaotextoatualizado_ec69.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. **Lei 8080, de 19/09/1990** – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8069/1990. Ministério da Justiça/Secretaria de Estado dos Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente/Conanda. Brasília, 1990b. 224p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 Decreto n 93.993 de janeiro de 1987**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-2, suplemento, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, DF, 1998. 40p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2000. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1

_____. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM em 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS 01/02. Brasília: Diário Oficial da União, 2002b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port_2002/Gm/GM-373.htm>. Acesso em: 09 mar. 2012.

_____. 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, DF, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005. 80 p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/050080M.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicanacionalatencaobasica2006.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**, Ano I, n. 1, Brasília, DF, Agosto, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel%20indicadoresdosus.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**, 56 p. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servicos_2009.pdf> Acesso em: 09 fev. 2012.

_____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos** - Brasil. Indicadores de mortalidade. 2010. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

_____. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/legislacoes/gm/110154-2488.html?q=>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**, Temático Promoção da Saúde, n. 6, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_6.pdf> Acesso em: 29 mar. 2012.

BRITTO, A. P. M. **Experiência no Grupo Hospitalar Conceição com acolhimento e classificação de risco**. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Sala03-GrupoHospitalarConceicaoRS.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2010.

CARNEIRO, S. M .B. de M. **Atendimento de urgência e emergência na Atenção Básica: desafio para a Estratégia Saúde da Família**. Fortaleza, 2009. 71 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/MONOGRAFIAS/atendimentourgencia1503.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1451/95**. São Paulo-SP, 10 de março de 1995. Publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I. Página 3666. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 21 abr. 2012.

DANTAS, R. A. N. **A violência no contexto de um serviço de urgência**: análise do processo de cuidar na visão das vítimas e profissionais de saúde em Natal/RN. Natal, 2009, 195f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: <<http://bdt.d.bczm.ufrn.br/teledesimplificado/tdearquivos/5/TDE-2010-09-23T105044Z-2911/Publico/RodrigoAND DISSERT.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2012.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. **A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina**: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Revista Brasileira de Epidemiologia, [S.l.] v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/10.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

SCOREL, S. et. al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v.21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2010.

FEIJÓ, V. B. E. R. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: Análise da demanda atendida no Pronto Socorro de um Hospital Escola. 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/113.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2011.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. **Atenção à saúde dos adolescentes**: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/24.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2012.

FORTALEZA, PMF, SMS, **Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria**. Humaniza SUS. Set. 2008.

_____. **Rede Hospitalar e Atenção Básica**. Dados de 2010 [internet]. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/smsv2/redesredeHospitalarCAC.asp>>. Acesso em: 21 jan. 2011.

_____. **Saúde em Fortaleza**. Dados de 2012. [internet]. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=comcontent&view=article&id=165&Itemid=7>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

FRANCO, J. G. L.; **Risco de saúde e vulnerabilidades em adolescentes:** percepções e perspectivas de promoção da Saúde. Fortaleza, 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza/CE.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=pt>. Acesso em: 11 fev. 2012.

GURGEL, M. G. I. et al. **Gravidez na adolescência:** tendência na produção científica de enfermagem. Esc. Anna Nery Revista de. Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 799-805, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/revista/enf/20084/25-gravidez%20na%20adolescencia.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2012.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; DARDET, C. A. **A efetividade dos atributos da Atenção Primária sobre a saúde infantil.** Boletim da Saúde. Porto Alegre, v. 18, n.1, jan/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n105%20efetividadeatrib.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

IBGE. **Censo demográfico 2010.** Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 26 fev. 2011.

IPEA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips).** Governo Federal, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. **Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro.** Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 81, n 3, p.251 – 258, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0021-75572005000400013>>. Acesso em: 3 set. 2010.

LIMA, J. L. C. **A cidade de Fortaleza:** crise urbana e desigualdade social. Emancipação, v. 4, n. 1, p. 73-84, 2004. Disponível em:<www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/49/46>. Acesso em: 25 fev. 2011.

MELO, E. M. da C; ASSUNÇÃO, A.A; FERREIRA, R.A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos de saúde pública**, Rio de janeiro, v. 23, n. 12, p. 3000-3010, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/20.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

MENESES, G. Frotinhas não têm mais emergência pediátrica. **O POVO**, Fortaleza, 15 mar. 2012a. Caderno Fortaleza. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/03/15/noticiasjornalfortaleza,2801979/frotinhas-nao-tem-mais-emergencia-pediatria.shtml>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

MENESES, G. Pacientes fora do perfil de atendimento lotam hospitais. **O POVO**, Fortaleza, 15 mar. 2012b. Caderno Fortaleza. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/fortaleza/2012/03/15/noticiasjornalfortaleza,2801983/pacientes-fora-do-perfil-de-atendimento-lotam-hospitais.shtml>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

NEDEL, F. B. et. al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p.1041-1052, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6420.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

NUNES, R. D. **Caracterização da Utilização da Urgência Pediátrica num Hospital da área metropolitana de Lisboa**.2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <<http://run.unl.pt/bitstream/10362/6843/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Rita%20Nunes.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

OAB (ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL). Relatório da OAB. Superlotação e falta de profissionais. **O POVO**, Fortaleza, 10 dez. 2010, p. 5. Disponível em:<www.opovo.com.br> . Acesso em: 1º mar. 2011.

OLIVEIRA, A.K.P. de; BORGES, D.F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 369-389, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/08.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

OLIVEIRA, H. C. de *et al.* (Coord). **Sofrimento psíquico em profissionais que atuam na emergência hospitalar pública**: configurações e estratégias de enfrentamento. Fortaleza: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação CETRDE/UFC/UECE, 2007. 77 p. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observar/_repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Sofrimento_psiquico.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2011.

OLIVEIRA, M.L.F. de; SCOCHI, M.J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência /emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n. 1, p. 123-128, 1 sem. 2002. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>>. Acesso em: 3 set. 2010.

RATI, R. M. S. “**Criança não pode esperar**” A demanda de mães e suas crianças em condições não urgentes em ambulatório pediátrico de urgência e emergência. 2009. 121 f Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_crianca/teses_dissert/2009_mestrado_RoseMeireRati.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2010.

RICCETTO, A. G. L. et. al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.156-160, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822007000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 mar. 2012.

RODRIGUES, W.C. **metodologia científica**. FAETEC/IST, Paracambi, 2007. p. 9 – 10. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/docentes/educ/alberto/pagedownload/METODOLOGIA/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 22. jan. 2011.

ROMANI, H. M. *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no Sistema de Saúde. **Revista Bioética**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 17, n. 1, p 41-53, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/78/82>. Acesso em: 29 mar. 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p 29-41, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

STEIN, T. A. **Acesso a atendimento médico continuado**: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. 1998. 248 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica médica. Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1919/000223165.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

VERAS, J. E. G. L. de F. et. al. **Análise das causas de atendimento de crianças e adolescentes menores de 15 anos em pronto atendimento de um hospital secundário de Fortaleza**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, FORTALEZA. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00961.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. Geneva, 1978. (Health for All series, n. 1). Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declarationalmaata.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

WIKIPEDIA, **Biblioteca virtual** [internet]. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Fortaleza>>. Acesso em 26 fev. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

MODELO DO FORMULARIO PARA COLETA DE DADOS:

A – DADOS DO CUIDADOR/RESPONSÁVEL:

A-1: idade _____

A-2: Sexo: () M () F

A-3: Endereço: _____

A-4: Escolaridade: _____

A-5: Ocupação: _____

A-6: Relação com o paciente: _____

A-7: Renda familiar: _____

B – DADOS DO PACIENTE:

B-1: Idade _____

B-2: Sexo: () M () F

B-3: Procedência: () domicílio () UBS () Outro _____

C – DADOS DO PRONTUÁRIO:

C - 1: Data do atendimento: __/__/2011

C – 2: Horário de chegada ao Hospital: _____

C – 3: Horário do atendimento: _____

C – 4: Tempo de espera: _____

C – 5: Diagnóstico: _____

C – 6: Tratamento instituído: _____

C – 7: nº atendimentos no último ano: _____

C – 8: Diagnósticos anteriores: _____

C – 9: Nº de médicos em atendimento no CAC no turno da entrevista com o participante do estudo: _____

D - ENTREVISTA:

D – 1: Há quanto tempo a criança está doente (horas, dias, etc.)? _____

D – 2: Foi procurado outro serviço de saúde antes de vir para o CROA? _____

D – 3: Se sim, qual (quais) serviço(s) foram procurados? _____

D -4: A Sra.(Sr.)acha que a doença que seu (sua) filho(a) apresenta é caso de emergência? _____

Por quê? _____

D – 5: Por que a Sra.(Sr.) procurou o CROA? _____

D – 6: Em que Posto de Saúde essa(e) criança/adolescente é cadastrada(o)? _____

D – 7: Este paciente faz acompanhamento no Posto de Saúde? _____

Por quê? _____

D- 8: Quais são os locais de atendimento que a Sra.(o Sr.) prefere procurar quando seu (sua) filho(a) adoece? _____

Por quê? _____

D – 9: O que a Sra.(Sr.) espera do atendimento aqui no CROA? _____

D – 10: O que a Sra.(Sr.) gostaria de falar que não foi perguntado? Alguma sugestão a fazer?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa coordenada pela Dra. Libania Maria Bandeira Lima, pediatra do Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá e aluna do mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará. O título da pesquisa é: 'Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação' e tem por objetivo analisar os fatores que contribuem para a superlotação no Serviço de emergência pediátrica do Centro de Assistência à Criança(CAC).

Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) é livre para recusar-se a participar ou interromper a sua participação quando desejar. Caso aceite, o(a) senhor(a) responderá a uma entrevista onde falará sobre os motivos para buscar atendimento aqui no CAC.

Informamos que não haverá qualquer prejuízo para o(a) senhor(a) pelas informações fornecidas, pois será garantido o sigilo das mesmas e o seu nome não será identificado. As perguntas que vamos fazer não pretendem trazer nenhum desconforto ou risco, já que serão apenas sobre aspectos relacionados à utilização desse serviço de saúde. Ressaltamos ainda que a não participação na pesquisa não prejudicará o atendimento do seu filho aqui no CAC.

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos acerca deste estudo poderá ser obtido com a coordenadora da pesquisa, Dra. Libania Maria Bandeira Lima, pelos telefones (085)9668-5600 / (085) 8806-9298. Em caso de dúvida em relação a este documento, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará pelo telefone (85)3101-9890.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) e a outra em poder do pesquisador.

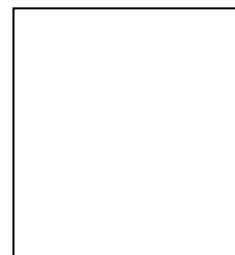
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ser informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e tendo esclarecido minhas dúvidas, concordo em participar desse estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar minha participação se assim o desejar.

Fortaleza, ___/___/___

Nome por extenso
Sujeito da pesquisa

:



Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO CAC

1. CRIANÇA < DE 3 MESES COM FEBRE > 38°C. CONDUTA: BAIXAR FEBRE, FAZER A FICHA E ENCAMINHAR PARA CONSULTA; **EIXO VERMELHO.**
2. CRIANÇA < DE 3 MESES COM FEBRE ENTRE 37,5°C E 38,0°C. CONDUTA: FAZER A FICHA E REAVALIAR EM ATÉ 30 MINUTOS; **EIXO AMARELO.**
3. CRIANÇA ACIMA DE 3 MESES COM FEBRE ENTRE 38°C E 39°C INVESTIGAR TEMPO DE FEBRE. CONDUTA: SE ACIMA DE TRÊS DIAS BAIXAR A FEBRE, FAZER A FICHA E ENCAMINHAR PARA A CONSULTA. **EIXO VERMELHO** SE ABAIXO DE TRÊS DIAS, BAIXAR A FEBRE, TIRAR A FICHA E REAVALIAR EM ATÉ 30 MINUTOS. **EIXO AMARELO.**
4. CRIANÇA COM FEBRE ACIMA DE 38°C, COM SINTOMATOLOGIA DE DIARRÉIA; VÔMITO SEM DESIDRATAÇÃO. CONDUTA: BAIXAR A FEBRE, FAZER A FICHA E REAVALIAR EM ATÉ 30 MINUTOS. **EIXO AMARELO.**
5. TRAUMA (QUEDA, ATROPELAMENTO E ETC): ATÉ 24 HS COM OU SEM SINTOMATOLOGIA. CONDUTA: FAZER A FICHA. **EIXO VERMELHO.**
6. TRAUMA (QUEDA, ATROPELAMENTO E ETC): ATÉ 72HS COM SINTOMATOLOGIA (VÔMITO, CONVULSÃO, HEMATOMA, LETARGIA).
7. CONDUTA: FAZER A FICHA. **EIXO VERMELHO.** SEM SINTOMATOLOGIA: FAZER A FICHA, REAVALIAR EM ATÉ 30MINUTOS. **EIXO AMARELO.**
8. RETORNO APÓS ALTA DE INTERNAÇÃO: EM ATÉ 72 HORAS; CONDUTA: FAZER AFICHA. **EIXO AMARELO.**
9. APÓS 72HORAS NÃOLEVAR EM CONTA O INTERNAMENTO, AVALIAR A SINTOMATOLOGIA ATUAL.
10. CRIANÇA EM CONVULSÃO. CONDUTA: ENCAMINHAR A EMERGÊNCIA, FAZER A FICHA. **EIXO VERMELHO.**
11. CRIANÇA PÓS CONVULSÃO. CONDUTA: FAZER A FICHA E AVALIAR. **EIXO AMARELO.**

LEMBRETES

1. AFERIR BALANÇAS;
2. ORGANIZAR OS CONSULTÓRIOS COM TODOS OS IMPRESSOS NECESSÁRIOS;
3. ORGANIZAÇÃO DOS CONSULTÓRIOS, PADRONIZANDO DOIS PACIENTES FORA DO CONSULTÓRIO E UM DENTRO;
4. ACOLHER OS PACIENTES QUE ESTÃO CHEGANDO;
5. UM PROFISSIONAL TÉCNICO NAS CADEIRAS E OUTRO NA PESAGEM;
6. COMUNICAR AO PROFISSIONAL MÉDICO QUANDO A DEMANDA FOR APENAS EIXO AZUL;
7. CONTABILIZAR DIARIAMENTE O NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR EIXO, REGISTRANDO NA OCORRÊNCIA NO FINAL DE CADA PLANTÃO;
8. A EQUIPE DE ENFERMAGEM (ENFERMEIRAS E AUX/TEC DE ENFERMAGEM) DEVERÁ PARTICIPAR DAS PALESTRAS, JUNTAMENTE COM O SERVIÇO SOCIAL;
9. REGISTRAR NA FICHA DE ATENDIMENTO O HORÁRIO DE CHEGADA DO PACIENTE;
10. REGISTRAR NA FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO AS CONDUTAS DE ENFERMAGEM.

ANEXO B

MAPA DOS BAIRROS DE FORTALEZA



ANEXO C

PERFIL DA SAÚDE NO CEARÁ – 2010 (RELATÓRIO DA OAB)

CEARÁ	
PERFIL DA SAÚDE	
Hospitais secundários	Hospitais terciários
<ul style="list-style-type: none">• Deficiência de profissionais• 30% dos profissionais são contratados de maneira precária• Falta de compromisso• Atendimento por plantão chega a 100 pacientes por médico• Faltam atualização, capacitação e treinamento dos profissionais• Composição da direção incompleta• Estrutura física inadequada• Emergências com espaço físico inapropriado• Centro cirúrgico sucateado• Ausência de sala de recuperação• Obras inacabadas	<ul style="list-style-type: none">• Deficiência de pessoal• Terceirizados somam 40% dos profissionais• Insatisfação salarial• Subutilização das salas de cirurgias• Ausência de médico para dar assistência pós-anestésica integral• Escalas incompletas• Falta de atualização e treinamento• Superlotação das emergências• Falta de privacidade dos pacientes e acompanhantes• Sobrecarga de trabalho para todos os profissionais de saúde• Precárias condições de higiene

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE
Av. Paranjana 1700 – Campus do Itaperi
CEP 60740-000 – Fortaleza – CE
Fone (085) 3101-9890 E-mail: CEP@uece.br



Fortaleza (CE), 21 de março de 2011

IDENTIFICAÇÃO

Título: Busca inadequada pelos serviços de emergência pediátrica, contribuindo para a superlotação: justificativa das mães.

Folhe de rosto: FR-400737

Processo N.º 10726000-0

Orientadora: Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida

Área temática: Saúde

RESUMO

O projeto tem como objetivo geral analisar os fatores que contribuem para a superlotação no serviço de emergência pediátrica do Centro de Assistência (CAC) Dra Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá (CAC) a partir das justificativas das mães ou outros usuários. É um estudo quantitativo, transversal analítico. O estudo será realizado no Setor de Urgência/Emergência e pronto atendimento no CAC, no período de 01 a 31 de maio de 2011. A população em estudo será constituída pelas mães / acompanhantes e suas crianças / adolescentes que buscarem atendimento, na de urgência / emergência no CAC. A amostra será constituída de 216 pacientes. Serão incluídos pacientes classificados como pertencentes ao eixo azul, buscar atendimento secundário e serão excluídos indivíduos sorteados por ocasião de atendimento anterior ao período estudado, ter sido submetido a procedimento de observação ou internamento anterior ao período estudado, ter sido submetido a procedimento de observação ou internamento e pacientes sem responsável legal ou responsável incapacitado de responder a entrevista. A coleta de dados será realizada através de um formulário aplicado às mães/acompanhantes e contarão de perguntas sobre variáveis sociodemográficas, características de atendimento e os motivos da busca pelo hospital. A entrevista será realizada enquanto o paciente aguarda o atendimento após consentimento livre e esclarecido. As entrevistas não serão gravadas. Os dados obtidos serão tabulados e analisados estatisticamente. Serão respeitados os aspectos éticos. O protocolo de pesquisa apresenta folha de rosto preenchida adequadamente. Apresenta TCLE adequado em forma de convite. Orçamento e cronograma compatíveis ao estudo. Estão anexados os roteiros de entrevistas. Informa a existência de CV na plataforma Lattes. Os custos da pesquisa são por conta dos pesquisadores.

PARECER

O tema do projeto é relevante, podendo haver retorno à comunidade. O protocolo de pesquisa atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, portanto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP/UECE.

Obs: Deverá ser enviado ao CEP um relatório final do projeto.

Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
Coordenadora do CEP/UECE

