

**Rose Meire Silva Rati**

**“CRIANÇA NÃO PODE ESPERAR”  
A DEMANDA DE MÃES E SUAS CRIANÇAS EM CONDIÇÕES  
NÃO URGENTES EM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA**

**Belo Horizonte - MG**

**2009**

**Rose Meire Silva Rati**

**“CRIANÇA NÃO PODE ESPERAR”  
A DEMANDA DE MÃES E SUAS CRIANÇAS EM CONDIÇÕES  
NÃO URGENTES EM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração:  
Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador:  
Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota

Co-Orientadora:  
Profa. Dra. Lúcia Maria Horta de Figueiredo  
Goulart

**Belo Horizonte - MG**

**2009**

Rati, Rose Meire Silva.  
R236c Criança não pode esperar [manuscrito]; a demanda de mães e suas crianças em condições não urgentes em ambulatório pediátrico de urgência e emergência. / Rose Meire Silva Rati - - Belo Horizonte: 2009. 119f.  
Orientador: Joaquim Antonio César Mota.  
Co-orientadora: Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart.  
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Humanização da Assistência. 3. Acolhimento. 4. Mães. 5. Criança. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Mota, Joaquim Antônio César. II. Goulart, Lúcia Maria Horta de Figueiredo. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título  
NLM: WS 370

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**  
**Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof. Elisabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Maria Aparecida Martins

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina - Área de Concentração em Pediatria: Prof<sup>a</sup> Ana Cristina Simões e Silva

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof<sup>a</sup> Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof<sup>a</sup> Ivani Novato Silva

Prof<sup>a</sup> Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof<sup>a</sup> Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha

Adriana Santos de Oliveira (Rep. Disc. Titular)

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

Dissertação intitulada **“Criança não pode esperar” A demanda de mães e suas crianças em condições não urgentes em ambulatório pediátrico de urgência e emergência**, de autoria da mestrande Rose Meire Silva Rati, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Dr Joaquim Antônio César Mota

---

Profa. Dra. Lúcia Maria Horta de Figueiredo  
Goulart

---

Profa. Dra. Cristina Gonçalves Alvim

---

Profa. Dra. Cláudia Elizabeth Abbês Baeta  
Neves

---

Belo Horizonte, 30 de março de 2009.

---

Prof. Dr. Joel Alves Lamounier  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da  
Faculdade de Medicina da UFMG

*À minha mãe (in memoriam)*

*Às mães que participaram dessa pesquisa*

*“Viver é muito perigoso; e não é não. Nem sei explicar estas coisas. Um sentir é o do sentente, mas outro é do sentidor”.*

*Grande Sertão: Veredas*

*João Guimarães Rosa*

## AGRADECIMENTOS

À minha co-orientadora Prof. Dra. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart, por aceitar trilhar comigo este caminho e compreender meus diferentes momentos no decorrer desta pesquisa. Obrigada pela paciência, carinho, orientação e incentivo nas horas que mais precisei.

Ao Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota, pela oportunidade de realizar este trabalho e pelas importantes observações e contribuições.

À Prof. Dra. Cristina Gonçalves Alvim, por sua valiosa ajuda em tantos momentos.

À Prof. Dra. Janete Ricas, por ter me recebido em seu Grupo de Estudos em Pesquisa Qualitativa, e pela inestimável colaboração.

À Prof. Dra. Rosa Maria Quadros Nehmy, pela contribuição durante a fase do Projeto e nos primeiros passos do mestrado.

Ao Prof. Dr. Paulo Sérgio Carneiro de Miranda, primeiro professor que me incentivou a fazer mestrado.

Aos meus professores do Curso de Mestrado, pela oportunidade de aprendizado.

Aos colegas de Mestrado, pela oportunidade de conhecê-los, em especial à Juliana Borges e Vânia de Moraes.

À Direção do Hospital Infantil João Paulo II, à Gerência e a todos os profissionais do Ambulatório de Urgência e Emergência da instituição, pelo apoio constante durante a realização deste trabalho.

À Dra. Egléa Maria da Cunha Melo, pediatra do Hospital Infantil João Paulo II, pelos momentos de discussão que iluminaram meu caminho e enriqueceram esta pesquisa.



À Diretoria de Ensino e Desenvolvimento de Pessoas/DIREPE da FHEMIG, que autorizou minha liberação na fase de análise de dados e na redação final deste trabalho.

À chefe do Serviço de Educação Permanente/SEDEP da FHEMIG, Elizete Rodrigues Santos Carvalho, e às colegas de trabalho, pelo apoio em todos os momentos, principalmente quando foi necessário me ausentar da instituição.

Aos colegas do Comitê de Humanização da FHEMIG e membros dos Grupos de Trabalho de Humanização das Unidades, pelo estímulo constante.

À bibliotecária Denise Aparecida Teixeira Ramos, pela ajuda na pesquisa e revisão bibliográfica.

Ao meu marido George e meus filhos Fernando e André, pela paciência, dedicação e apoio em todas as horas.

Ao meu pai, irmãos, sobrinhas, e a toda família Perdoense, pela compreensão diante de meus longos períodos de ausência.

Ao Márcio Ráti, Eliana Rodrigues, Torcata Amorim, Samantha Nery e Rosa Câmara, pela disponibilidade, atenção e valiosas sugestões.

Às mães entrevistadas que, com seus depoimentos, deram vida a este trabalho.

À DEUS, por me permitir alcançar mais esta etapa de minha vida, dando-me força, coragem, paciência e perseverança.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender os motivos para a busca de atendimento de urgência e emergência pelas mães, para crianças em condições não urgentes, em hospital de referência de pronto atendimento pediátrico do Sistema Único de Saúde – SUS, em Belo Horizonte. Investigou-se a percepção das mães sobre o acolhimento com classificação de risco e as expectativas em relação ao atendimento. Procurou-se compreender o significado de urgência e de emergência para as mães, apreender a imagem do hospital para os usuários e a percepção da resolutividade. Foi utilizado, como suporte metodológico, a abordagem qualitativa, tendo a entrevista semi-estruturada e a observação livre por amostragem de tempo, como recursos para a obtenção de informações. A observação foi realizada nos espaços físicos do ambulatório de urgência e emergência nos diversos dias da semana e nos diferentes horários em que funciona a classificação de risco. No período de junho a setembro de 2008, foram entrevistadas 27 mães de crianças classificadas como pouco urgentes ou não urgentes. Os depoimentos foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram que a concepção de urgência e de emergência para as mães é diferente daquela adotada pela instituição. Ficou claro que os casos classificados como pouco urgentes e não urgentes pela instituição, na sua maioria, são considerados urgentes pelas mães, o que mostra um descompasso entre o sentir dessas mães e a racionalidade da organização do serviço. Um filho doente gera diversos sentimentos nas mães, tais como angústia, medo, culpa e nem sempre os profissionais da urgência estão preparados para compreender esse sofrimento. As mães procuram os serviços de urgência e de emergência mesmo quando desconfiam que o caso da criança não é urgência, por diferentes motivos, dentre estes, medo da piora da doença, certeza do atendimento médico e densidade tecnológica. As mães entrevistadas demonstraram não compreender bem a lógica da classificação de risco e da priorização do atendimento, apesar das inúmeras explicações que recebem dos profissionais. No que se refere à implantação do acolhimento com classificação de risco, a organização do trabalho ainda está centrada na consulta médica. Observou-se, neste estudo, que o acolhimento foi realizado com base no modelo clínico-biomédico, no qual o atendimento é centrado

na queixa-conduta e como forma de triagem. Este trabalho pôde identificar alguns aspectos importantes, que poderão servir de subsídios para reflexão sobre a organização dos serviços, a fim de que o acolhimento possa se afirmar como prática que supere o modelo hegemônico em direção a centralidade do usuário, sujeito e fim do processo assistencial.

## ABSTRACT

The objective of this study was to understand the reasons why mothers search for urgency and emergency attention for children in non urgent conditions in a reference emergency pediatrics hospital of Unique Health System in Belo Horizonte. The qualitative approach has been used as a methodology, having the semi-structured interview and the free observation through time sample as resources to get it. This observation was done on various days and hours when ranking risk prevails. From June to September, 2008, 27 mothers of children classified as little and non urgent were interviewed. The statements were analysed by using the technique of contents analyses. The results showed that the conception of urgency and emergency to the mothers is different from the one adopted by the institution. It was clear that most cases classified as little and non urgent by the institution are considered urgent by the mothers, which shows a gap between these mothers feelings and the rationality of the service organization. A sick child can cause various feelings in the mothers, such as anguish, fear, guilt and not always are the professionals prepared to deal with it. The mothers look for urgency and emergency services even when they know the case is not urgent, for different reasons among which, fear that the case will worsen, certainty of medical care and technological resources. The interviewed mothers showed not to understand well the risk ranking and the care priority, despite the explanations given by professionals. We observed in this study that reception with risk ranking was done based on clinic-biomedical model, in which the care is centered in the patient complaint and as a form of triage. This work could identify some important aspects, which can lead to reflection on service organization, so that the reception can turn into usual practice, outdoing the hegemonic model towards the centralization of the user.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CGP – Centro Geral de Pediatria

CS – Centro de Saúde

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HIJPII – Hospital Infantil João Paulo II

HJXXIII – Hospital João XXIII

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH – Política Nacional de Humanização

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

PA – Pronto Atendimento

PSF – Programa de Saúde da Família

SE – Serviço de Emergência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA .....	17
3	JUSTIFICATIVA .....	24
4	O HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II COMO CENÁRIO DO ESTUDO .....	27
4.1	A implantação do acolhimento com classificação de risco no serviço de urgência e emergência do Hospital Infantil João Paulo II .....	29
4.1.1	O processo de acolhimento .....	31
5	OBJETIVOS .....	35
5.1	Objetivo Geral .....	35
5.2	Objetivos específicos .....	35
6	METODOLOGIA .....	36
6.1	O alicerce metodológico do estudo .....	36
6.2	Os recursos metodológicos .....	37
6.2.1	A observação .....	37
6.2.2	A entrevista .....	38
6.2.3	A análise dos dados .....	42
6.2.3.1	A análise de conteúdo .....	43
7	A OBSERVAÇÃO DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO .....	45
7.1	A porta de entrada.....	47
7.2	A recepção .....	47
7.3	A sala de espera da classificação de risco .....	48
7.4	Os consultórios da classificação de risco .....	49
7.5	A área de lazer .....	49

7.6	A sala de espera do guichê .....	50
7.7	O guichê de atendimento .....	50
7.8	A porta de ligação entre a sala de espera do guichê e o corredor do atendimento médico .....	51
7.9	O corredor de espera para o atendimento médico .....	52
7.10	A sala de medicação .....	53
7.11	A sala de inaloterapia .....	53
7.12	O local do banho .....	53
7.13	O setor de raio x .....	54
7.14	O laboratório .....	54
7.15	Discussão .....	54
8	AS ENTREVISTAS COM AS MÃES .....	59
8. 1	As mães e as suas crianças.....	61
8.1.1	Os sinais da doença .....	61
8.1.2	Os primeiros cuidados .....	62
8.1.3	Motivo da procura pelo hospital .....	63
8. 2	O Hospital Infantil João Paulo II como o local escolhido .....	65
8.2.1	Resolutividade .....	66
8.2.2	Qualidade do atendimento .....	67
8.2.3	Especificidade para atendimento de criança .....	68
8.2.4	Facilidade de acesso .....	69
8.2.5	Experiências anteriores com o hospital .....	70
8.2.6	Recomendações por pessoas conhecidas .....	70
8.3	Urgência e emergência na visão da mãe .....	71
8.3.1	O conceito de urgência e de emergência apreendido pela mãe ..	72
8.3.2	A urgência/emergência vivenciada pela mãe .....	72
8.4	Os sentimentos da mãe diante da doença do filho .....	75
8.5	O acolhimento .....	78
8.5.1	A classificação de risco .....	82
8.5.1.1	A classificação de risco na percepção da mãe .....	82
8.5.1.2	A enfermeira e a classificação de risco .....	84
8.6	Tempo de espera .....	86

8.7	Expectativa do atendimento.....	88
8.8	A Unidade Básica de Saúde e outros serviços. Por que não?.....	90
8.9	O que as mães gostariam de dizer .....	94
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	96
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101
11	ANEXOS .....	112
11.1	Anexo 1.....	112
11.2	Anexo 2 .....	115
11.3	Anexo 3 .....	117
11.4	Anexo 4 .....	119



## **1 – INTRODUÇÃO**

A procura pelo atendimento de urgência/emergência por pacientes que, do ponto de vista técnico, não necessitam desse tipo de atendimento tem sido descrito na literatura. A atitude dos usuários ao buscarem hospitais, pronto socorros e pronto atendimentos, como opção inicial para atendimentos não considerados de urgência, vem sobrecarregando esses serviços e preocupando profissionais de saúde e gestores do sistema.

No município de Belo Horizonte, o que se observa é que, apesar da progressiva expansão da rede básica e a crescente implantação do Programa Saúde da Família, a distribuição da demanda por serviços de saúde não vem se modificando. Constatase divergência no modo de pensar e tratar a urgência pelos vários atores e usuários desses serviços. Por um lado, temos portas de entrada hierarquicamente estabelecidas pelos gestores e técnicos de saúde; por outro lado, uma população que pressiona pelo serviço, sem que fique clara a compreensão sobre os motivos dessa procura.

Nesse contexto, a proposta deste trabalho busca compreender os motivos para a busca de atendimento de urgência e emergência pelas mães, para crianças em condições não urgentes, que procuram atendimento no Hospital Infantil João Paulo II - HIJPI. O HIJPI, unidade integrante da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, que oferece atendimento ambulatorial de urgência e emergência em pediatria à população usuária do SUS, foi o cenário do estudo.

O interesse pelo tema abordado no presente trabalho, foi decorrente da atuação da autora como coordenadora do Comitê de Humanização das Unidades Assistenciais da FHEMIG.

A temática dessa investigação no campo da urgência e da emergência em pediatria apresentou-se como proposta inovadora na medida em que se implantou recentemente o acolhimento com classificação de risco nesse serviço. Esta pesquisa

foi realizada na perspectiva do movimento da humanização, considerando a importância acadêmica do tema e a contribuição para a Instituição.

No campo da saúde, como definem Vaitsman et al (2005), o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos – expressos individual e socialmente – e referidos a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos, como sujeitos. A fonte mais recente dos princípios da humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), que se funda na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos. O núcleo do conceito de humanização é a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde. Esta noção começou a ser mais amplamente utilizada na área da saúde a partir dos anos 90, e também expressa, ao menos em algumas tendências, as críticas à medicalização da atenção médica, surgidas nas décadas anteriores. Nos anos 90, a visão de que a prática médica havia se tornado impessoal e desumana veio orientar propostas para assegurar a proteção dos direitos humanos fundamentais e promover a humanização da assistência a todos os pacientes, incluindo os mais vulneráveis, como as crianças, os pacientes psiquiátricos, os idosos ou os gravemente enfermos.

## 2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído nos direitos sociais pela Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde. O artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, diz que:

*“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 133).*

As mudanças na legislação, instituídas pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 (BRASIL,1990), propuseram ao setor saúde uma reorganização político-administrativa com base nas seguintes diretrizes gerais: universalização da atenção, equidade no atendimento, integralidade das ações, descentralização da execução e da tomada de decisão, participação da sociedade em diversos fóruns, integração institucional com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, organização distrital tendo o distrito sanitário como unidade operacional básica. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços dessa área, em todo o território nacional, sejam eles de direito público ou privado.

De maneira geral, pode-se dizer que o SUS propõe um modelo onde todos os cidadãos, independentemente de sua posição sócio-econômica, possuam o direito de acessar os serviços de saúde e receber cuidados que satisfaçam suas necessidades de saúde de forma integral em uma rede hierarquizada de acordo com a complexidade do atendimento. Assim, o SUS tem a hierarquização do atendimento à população como um de seus preceitos fundamentais. A hierarquização prevê níveis de atenção, conforme aumenta a complexidade das ações. Esta afirmação nos remete a Mendes (1993), que acredita ser possível resolver com eficácia satisfatória, os problemas de saúde em distintas complexidades, com diferentes custos sociais e escalonados por níveis de atenção. De acordo com essa lógica, a hierarquização está determinada pela garantia da resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica de cada nível e do sistema como um todo.

O sistema de saúde pensado em forma de pirâmide é composto por níveis de atenção, com complexidade crescente e ascendente, cuja integração contribui para a saúde da população. O primeiro nível, constituído pela ampla base, é o da atenção primária, onde se estabelecem os contatos entre os indivíduos, as famílias, o ambiente e os demais serviços; pode ser chamado de atenção primária ou atenção básica, sendo a porta de entrada do Sistema de Saúde. Os demais níveis prestam serviços mais especializados, cuja complexidade aumenta progressivamente. No secundário, parte intermediária da pirâmide, podem-se encontrar ações de média complexidade, realizadas em ambulatórios de centros de saúde e/ou de hospitais. Nesse nível também podem ser encontrados os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, hospitais gerais distritais e os serviços de pronto atendimento. No topo da pirâmide estão os hospitais de maior complexidade, de nível terciário ou quaternário, onde são realizados os tratamentos de alto custo (PAIM, 1994; CECÍLIO, 1997).

Dentre os vários desafios e entraves à implantação do SUS, aparecem de forma destacada as dificuldades associadas a um sistema eficiente de atenção às urgências e emergências, especialmente no tocante à humanização dos serviços prestados.

Em 2004 foi implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, buscando alcançar, na construção do SUS, as diretrizes da universalidade, integralidade, descentralização, participação social e humanização. Nessa nova proposta, o Ministério da Saúde – MS, pretende que a atenção às urgências flua em todos os níveis do SUS, “organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação” (BRASIL, 2004). Dentre as diretrizes apontadas, o conceito de integralidade remeteu obrigatoriamente ao de integração dos serviços por meio das redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhum deles dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários à solução dos problemas de saúde de

uma população, em seus diversos ciclos de vida. Tornou-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (BRASIL, 2004).

Na perspectiva da humanização do atendimento, o problema dos serviços de urgência/emergência vem adquirindo maior realce nos últimos anos, ocupando lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso.

O Ministério da Saúde assumiu o tema Humanização, em 2000, a partir da regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.

O PNHAH foi lançado nacionalmente em 2001, com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre os profissionais de saúde, destes com os usuários e do hospital com a comunidade nos hospitais integrantes do SUS. A condução do PNHAH foi um trabalho articulado entre o Ministério da Saúde – MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – sob orientação do Instituto A CASA de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial - que tinham autonomia para adequá-lo às particularidades e especificidades de seus âmbitos de atuação. Seu foco principal foram as unidades hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que, por sua vez, também tinham autonomia para a condução do Programa dentro do seu estabelecimento de acordo com suas particularidades (BRASIL, 2002).

O Programa foi estabelecido a partir do convênio n.115/2001, firmado entre o Ministério da Saúde - MS e o Instituto A CASA e desenvolvido por um Comitê de Humanização, constituído por profissionais da área de saúde mental, responsáveis por conduzi-lo no âmbito nacional. Como estratégia inicial, esses profissionais desenvolveram um projeto piloto, implementado em dez hospitais de várias regiões

do País e situados em diferentes realidades socioculturais, de variados portes, perfis de serviços e modelos de gestão (BRASIL, 2002).

As pesquisas realizadas nos diversos hospitais do Brasil em 2001, mostraram que, na opinião do público, a forma de atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores mais valorizados que o espaço físico nos hospitais, a disponibilidade de médicos e medicamentos. Tal diagnóstico da situação, retratada pelos próprios usuários do SUS, indicou a necessidade de implementação de ações que procurassem reverter o quadro negativo da assistência à saúde. Assim, no PNHAH, os relacionamentos interpessoais são valorizados, resgatando-se o valor da comunicação nos processos de trabalho em equipe. Nesse Programa, o eixo da humanização priorizou o atendimento ao usuário, a saúde do trabalhador e o atendimento às necessidades da instituição hospitalar (BRASIL, 2002).

Posteriormente, em outubro de 2003, o MS lançou, por meio da publicação do documento para discussão “Humaniza SUS/Política Nacional de Humanização e representado por sua Secretaria Executiva/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização”, a Política Nacional de Humanização – PNH. A humanização vista como política implica em “traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS, pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos” (BRASIL, 2003).

A adoção do termo “Política” em substituição ao termo “Programa”, refletiu ainda a preocupação de implantá-la como diretriz transversal, que perpassa todas as ações e instâncias de efetuação do SUS, tanto no nível básico da atenção quanto nos níveis de média e alta complexidade (BRASIL, 2003).

A visão sistêmica do SUS, como concebida pela própria Constituição Federal de 1988, é ponto forte da PNH, representando avanço na proposta do PNHAH, que,

embora reconhecesse a importância de visão mais ampla do sistema de saúde, ainda priorizava em sua proposta a atenção hospitalar.

Na proposta da PNH, o conceito de humanização é entendido como “aumento de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos”, valorizando a mudança na cultura de atenção aos usuários e de gestão dos processos de trabalho, o que vem ao encontro da proposta do PNHAH.

Portanto, PNHAH e PNH fundamentam-se na “troca e construção de saberes, diálogo entre os profissionais, trabalho em equipe, consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde”. Seguindo a mesma direção do PNHAH, a PNH tem por princípios norteadores o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; a atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e de espaços da gestão na construção da autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. Os princípios da PNH valorizam a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de responsabilização, bem como o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (BRASIL, 2003).

O fato de o MS ter estabelecido as Diretrizes para a Humanização no País pode ser considerado como grande avanço nas atuais propostas do SUS, visto que as instituições de saúde, de modo geral, vêm incorporando as propostas estabelecidas visando a reorganização dos serviços e a assistência humanizada.

Contudo, embora muito já tenha sido feito em termos de discussão e reestruturação das tecnologias e do planejamento dos serviços sob o emblema da humanização, há comparativamente ainda poucos trabalhos sobre as bases teóricas e filosóficas para as mudanças propostas (AYRES, 2005).

Os estudos existentes na temática “humanização” são ou muito genéricos – de busca inicial de referencial teórico-filosófico para as políticas públicas de saúde – ou muito pontuais, referidos a determinada prática ou setor. Nos serviços de saúde, geralmente, a intenção humanizadora se traduz em diferentes proposições: melhorar a relação médico-paciente, organizar atividades de convívio amenizadas e lúdicas, garantir acompanhante na internação, implementar novos procedimentos na realização do parto (PUCCINI et al, 2004). Nas formulações das políticas para o setor, utiliza-se, por exemplo, “acolhimento” substituindo “triagem”.

Neste estudo, tomando como ponto de partida a humanização como proposição orientadora do trabalho de investigação, a questão das urgências apareceu renovada, quando se procurou compreender as atuais propostas de acolhimento na percepção de seus usuários.

Uma das abordagens do acolhimento, que diz respeito à humanização do atendimento, foi definida por Merhy (1994, p. 138) como “a relação humanizada, acolhedora que os trabalhadores e os serviços, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam”.

Sendo o trabalho em saúde fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos, Merhy (1997) propôs que se tomasse como eixo analítico vital dos modelos tecno-assistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as outras. Ele classificou as tecnologias em leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as leve-duras são os saberes estruturados como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria e as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

Franco et al (1999), consideraram que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam



assistência. Os autores pontuaram algumas mudanças operadas pela implementação do acolhimento, especificamente no trabalho de enfermagem, principalmente pela utilização de protocolos e orientações sobre conduta com os usuários.

De acordo com Teixeira (2003), o acolhimento pode ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção ou a um componente do fluxograma assistencial. O acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas um conteúdo de toda a atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las.

Silva Jr. & Mascarenhas (2004) denominaram acolhimento como postura, que pressupõe uma atitude de comprometimento da equipe em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades.

Na visão de Matumoto (1998, p. 18), “qualquer que seja a definição de acolhimento, é preciso ter bem delimitado quem são as pessoas envolvidas e em que situação se encontram; qual é o problema de saúde, qual o conceito de saúde/doença que está por trás desse problema e de que ponto de vista. Importa conhecer também quais os caminhos possíveis de intervenção, olhando para as práticas, para que servem, como estão organizadas, e ainda, como determinado grupo social faz com que seus projetos e interesses se transformem em problemas de saúde.”

### 3 - JUSTIFICATIVA

É fato constatado na literatura internacional, que a procura de serviços de emergência em geral – os chamados Pronto Socorros no Brasil, e “Emergency Rooms” ou “Emergency Departments” na literatura internacional – para casos simples, que poderiam ser resolvidos em serviços de menor densidade tecnológica, ocorre independente do nível de desenvolvimento econômico e social dos países. Como mostraram Coleman et al (2001), a facilidade de atendimento imediato em serviços que não são de urgência e emergência parece oferecer pequeno impacto na redução da procura destas unidades por problemas de saúde não urgentes do ponto de vista médico. Pesquisa realizada por Truman & Reutter (2002) no Canadá revelou, por exemplo, que a grande maioria dos pais (82%) que procuraram a emergência de um grande hospital urbano estava insegura ou superestimou a seriedade da doença de suas crianças. Antes de procurar esse serviço, 40% deles tomou medidas para confortar seus filhos e 45% administrou medicamentos. Somente 17% utilizou algum material informativo para embasar sua conduta, enquanto 31% agiu seguindo conselhos. Cerca de metade dos pais (55%) buscou o serviço espontaneamente, sem estabelecer contato com o médico de família ou com o serviço de emergência antes de se dirigir para o local. Daqueles que contataram o médico de família, a grande maioria (88%) foi orientada a procurar a unidade de emergência.

A definição de urgência é complexa, pois diferentemente da emergência médica, a caracterização desta condição é feita pelos próprios usuários quando procuram atendimento. Para Magalhães (1998), é fundamental definir o que está implícito ao se falar em atendimento de urgência e emergência. Ele considera ainda que a definição de emergência é mais fácil, pois há consenso na literatura e nas definições dos órgãos normativos. Recuperando as definições encontradas na literatura biomédica, Paim (1994) descreveu que a noção de emergência corresponde a um “processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação”, exigindo tratamento imediato para manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico. Urgência, por sua vez, significa um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida

iminente, representando situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos. Essas definições de urgência e de emergência, elaboradas a partir de critérios técnicos dos agentes do sistema médico, se confronta com a concepção representada e vivida pelos pacientes (JACQUEMOT, 2000). Na percepção dos usuários, os conceitos de urgência e emergência são confusos e polêmicos, sujeitos a diferentes leituras (MAGALHÃES, 1998; JACQUEMOT, 2000).

Vários estudos também mostraram que na cidade de Belo Horizonte a utilização das unidades de urgência pelo usuário é realizada por várias demandas que não se enquadram necessariamente na definição de urgência (MAGALHÃES, 1998; REIS, 2002; MARQUES, 2003; NORONHA, 2003). Situação semelhante está retratada na literatura internacional (WALKER, 1975; FOLDES et al, 1994; POPE, 2000; MORALES, 2002).

De acordo com Kovacs et al (2005) estudos realizados na década de 1990 no Rio de Janeiro e em Recife, evidenciaram que mais de 50% dos casos atendidos em unidades pediátricas de urgência eram de demanda espontânea, percentuais reproduzidos nos últimos anos. Resultados mais recentes encontrados em pronto socorros de hospitais em Recife revelaram que apenas 15,2% dos casos que motivaram a demanda infantil eram compatíveis com o potencial tecnológico da unidade. O principal motivo apresentado para a busca desse serviço foi exatamente a preferência dos responsáveis pelas unidades de maior densidade tecnológica (KOVACS et al, 2005).

A literatura sobre o comportamento das famílias na busca pelo atendimento na urgência/emergência é escassa. A ampla ocorrência deste comportamento indica a necessidade de melhor compreendê-lo, sobretudo porque o esclarecimento deste processo aos trabalhadores de saúde pode melhorar a colaboração destes para com os pais em sua orientação e possibilitar melhor manejo com a criança doente (WOOLFENDEN et al, 2000).

Portanto, a pesquisa proposta se localiza neste espaço social, procurando conhecer, a partir dos relatos das mães os motivos da busca da urgência/emergência e outros aspectos ainda não explorados na literatura sobre as decisões dos usuários quando recorrem ao atendimento nessas unidades.

#### **4 - O HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II COMO CENÁRIO DO ESTUDO**

O local escolhido para a pesquisa, Hospital Infantil João Paulo II - HIJPII (antigo Centro Geral de pediatria – CGP), da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG é a única unidade pública do Estado de Minas Gerais que se dedica, exclusivamente, à atenção infantil, canalizando grande demanda da população. Conta com estrutura hospitalar capaz de atender simultaneamente a 182 pacientes em leitos. Atende às urgências e emergências clínicas de causas naturais, entre elas as doenças infecto-contagiosas e parasitárias, as pediátricas gerais e especialidades para diagnóstico e terapia de pacientes com problemas complexos. Entretanto, dentre os pacientes que procuram os serviços, um grande número não apresenta critérios de inclusão em urgência e emergência, ou em média e alta complexidades (MINAS GERAIS, 2005).

O Hospital Infantil João Paulo II - HIJPII recebeu este nome em 2007, substituindo Centro Geral de Pediatra – CGP, que teve início em 1982. Esta instituição foi credenciada pelo Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde – MS, em 2005, como Hospital de Ensino, por possuir um expressivo conjunto de ações na área de saúde e oferecer campo de estágio para cursos de graduação das diversas Faculdades de Minas Gerais; em Pós-Graduação é base para a Residência Médica de Pediatria da FHEMIG e tem produção de pesquisa expressiva na área da pediatria. O HIJPII participa de vários Programas do MS e sempre desenvolveu projetos de humanização ao longo de sua história. Nas propostas recentes de humanização, a Direção dessa Unidade adotou as orientações do PNHAH, em 2001, e da PNH desde 2003.

O ambulatório do HIJPII presta atendimento à criança com quadro clínico de urgência/emergência em pediatria geral e doenças infecto-parasitárias. Todas as pessoas que procuram o ambulatório de urgência e emergência do HIJPII são atendidas, sendo a população usuária caracterizada essencialmente como demanda espontânea. Segundo informações dos profissionais, a maioria dos usuários que procuram o atendimento o faz por conta própria, sendo raros os casos de crianças que chegam com algum encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde - UBS ou

de outros serviços. Portanto, a demanda expressiva é a espontânea. A instituição não possui dados consolidados da referida demanda pelo serviço.

Em meados de agosto de 2007, o HIJPII iniciou o processo de implantação do acolhimento com classificação de risco no ambulatório de urgência e emergência, conforme recomendação do Ministério da Saúde e de acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), com objetivo de reorganizar o serviço e estabelecer prioridades de atendimento.

Para a implantação da classificação de risco no HIJPII, a referência estabelecida foi a do Sistema de Manchester. Esse Sistema foi aplicado pela primeira vez em 1997, na cidade de Manchester, Inglaterra, sendo amplamente divulgado no Reino Unido e outros países da Europa.

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo recomendado até a consulta médica caso a caso. O objetivo é fazer a triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo recomendado até o atendimento médico (EMERGENCY TRIAGE GROUP, 2006).

De acordo com o perfil institucional e da clientela, a equipe do HIJPII adotou um Sistema semelhante ao sugerido pelo Protocolo de Manchester. No “Protocolo de Manchester – Triagem de Prioridades na Urgência”, é realizada uma triagem que classifica a gravidade da doença em 5 níveis e identificados por cores: Emergência (vermelho), Muito Urgente (laranja), Urgente (amarelo), Pouco Urgente (verde), Não Urgente (azul). Cada criança que é levada ao serviço é acolhida e avaliada, conforme classificação de risco, por profissionais de enfermagem. De acordo com a avaliação, o atendimento médico pode ser imediato ou demorar alguns minutos ou horas. Assim, o responsável pela criança é orientado quanto ao possível tempo de espera para o atendimento deste profissional (CARVALHO, 2007).

Os estudos na literatura sobre a aplicabilidade do protocolo de Manchester ainda são escassos. Em recente pesquisa "Sistema de Triagem de Manchester em serviços de emergência pediátrica: um estudo observacional prospectivo" realizado na Holanda, Veen et al (2008) concluíram que o sistema de triagem de Manchester tem validade moderada em serviços de emergência pediátrica. Ele tende a errar para o lado da segurança, apresentando muito mais resultados com índice de urgência maior do que o caso realmente apresenta do que com menor índice, comparado com um padrão de referência de urgência independente. Segundo os autores, a triagem de pacientes com problemas clínicos e em crianças mais jovens é particularmente difícil.

#### **4.1 – A implantação do acolhimento com classificação de risco no ambulatório de urgência e emergência do Hospital Infantil João Paulo II**

O Acolhimento é uma estratégia fundamental na organização do processo de trabalho. Pretende uma mudança no fluxo de entrada dos usuários, através de escuta qualificada da demanda espontânea efetuada por profissionais da equipe de saúde. Seu objetivo é identificar risco/vulnerabilidade que considere as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e, desta forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (BRASIL, 2006).

A classificação de risco permite a priorização do atendimento aos pacientes com doenças graves ou com instabilidade de órgãos/sistemas, otimizando recursos, melhorando a qualidade da assistência, orientando o usuário para a resposta mais adequada à sua demanda naquele momento, não constituindo um instrumento de diagnóstico clínico (BRASIL, 2004).

No que se refere à equidade no atendimento diferenciado de acordo com as necessidades de cada criança, deve ser priorizado o grupo daquelas que estejam em condições consideradas de maior risco (CARVALHO, 2007).

O objetivo da implantação do acolhimento com classificação de risco no HJJP II foi melhorar o atendimento de média e alta complexidade às crianças de Belo Horizonte e sua Região Metropolitana.

Como objetivos operacionais pretendeu-se:

- construir um instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento;
- identificar prontamente urgências e emergências - condições de risco de perder a vida;
- organizar processo de trabalho e espaço físico do pronto atendimento, diminuir ocorrência de superlotação, informar aos pacientes e familiares sobre a expectativa de atendimento e tempo de espera;
- esclarecer à comunidade a forma de atendimento nas urgências e emergências;
- determinar prioridades para o atendimento médico justamente hierarquizado;
- reavaliar periodicamente a classificação da gravidade, detectando casos de agravamento;
- aumentar a satisfação dos usuários e profissionais com melhoria das relações interpessoais;
- padronizar dados para constituir guia de treinamento das equipes na implantação da classificação de risco nas portas de entrada de urgência e emergência;
- constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência.

Assim, a prioridade da assistência médica é feita categorizando os pacientes em níveis. O tempo máximo ideal para o primeiro contato com o pediatra dependerá do nível de classificação do paciente.

O Quadro 1 sintetiza esta classificação.



Quadro 1 – Classificação de risco

<b>Nível</b>	<b>Categorias de classificação</b>	<b>Cor</b>	<b>Tempo máximo de espera</b>
Nível 1	Emergência	Vermelho	0 minuto
Nível 2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
Nível 3	Urgente	Amarelo	60 minutos
Nível 4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
Nível 5	Não urgente	Azul	240 minutos

#### **4.1.1 – O processo de acolhimento**

##### **Etapa 1 - O processo de acolhimento: recepção do paciente**

Todos os cidadãos que procuram assistência médica no ambulatório de urgência e emergência são atendidos por técnico de enfermagem da equipe de acolhimento e, em seguida, recebem “ficha de atendimento”.

Na recepção, as técnicas de enfermagem iniciam a classificação de risco, observando-se os primeiros sinais à chegada do paciente:

- mobilidade e movimentação da criança;
- lesões óbvias (sangramentos, fraturas, etc);
- idade do paciente.

A seguir, a profissional de enfermagem pergunta ao acompanhante qual o motivo da procura pelo serviço e é emitida uma senha que pode ser prioritária (avaliação imediata) ou padrão, para avaliação da enfermeira e classificação de risco. Aqueles classificados a priori como emergência (vermelho) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, polícia, aqueles inconscientes, em crise convulsiva, com dificuldade respiratória ou desidratados, são encaminhados diretamente para a sala de emergência clínica. Posteriormente são classificados como vermelho (vermelho de classificação apriorística). Caso contrário, vão para a sala de classificação.

## **Etapa 2 - classificação de risco**

1. Pessoas em situação de urgência são conduzidas à sala de classificação de risco. Este processo é feito em até 10 min.
2. A enfermeira recebe o(a) paciente e seu acompanhante de forma solidária e acolhedora, avalia a situação e a classifica em prioridades, utilizando o protocolo padronizado.
3. A enfermeira deve considerar a queixa, o início, a evolução e a duração do quadro clínico, a aparência física, a resposta emocional, a escala de dor, a medicação atual e alergias. Registra também os dados vitais e classifica a prioridade.
4. Por fim, a enfermeira registra a avaliação e encaminha o (a) paciente ao local de atendimento, a saber:
  - Vermelho – leito de emergência;
  - Laranja – leito de urgência/observação;
  - Amarelo – sala de espera;
  - Verde – sala de espera;
  - Azul – sala de espera.

Eventuais atrasos são comunicados e reavaliações freqüentes estão previstas para os pacientes em espera, de acordo com a periodicidade indicada em cada protocolo, já que a classificação é dinâmica.

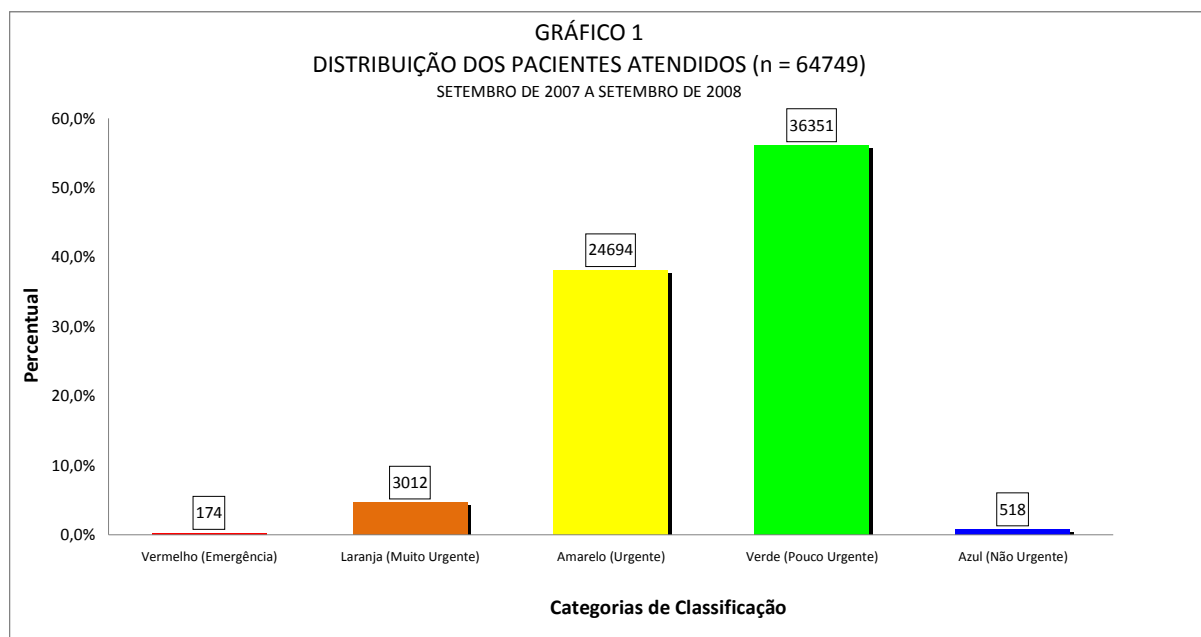
No Anexo 1, encontra-se o detalhamento do material e pessoal necessários para o atendimento e no Anexo 2 estão definidas as funções dos profissionais nesse serviço.

Desde que se iniciou a classificação de risco no ambulatório de urgência e emergência do HJPII, a grande demanda é classificada como pouco urgente, cor verde.

Nos resultados de pesquisa realizada neste ambulatório antes da implantação do acolhimento com classificação de risco, Melo (2006) discutiu o perfil da demanda

apontando algumas questões para reflexão. Apesar da vocação do serviço em atender os casos agudos, quase a metade dos atendimentos em 2004 dizia respeito a procedimentos básicos que seriam destinados à atenção primária, pois são consultas simples, nas quais a criança é atendida e não necessita de nenhum procedimento ou medicação, retornando para casa. Essa autora considerou que existe um paradoxo entre um serviço constantemente lotado, a julgar pela aglomeração de crianças e de seus acompanhantes na sala de espera e o fato de que 50% dos casos sejam considerados como consultas simples, que, em tese, seriam demandas para o cuidado primário.

Os dados consolidados da implantação do acolhimento com classificação de risco durante um ano (setembro de 2007 a setembro de 2008) no ambulatório de urgência/emergência do HIJPII, vão ao encontro dos achados de Melo (2006) e são mostrados no Gráfico 1.



FONTE: Boletim Estatístico do Hospital Infantil João Paulo II

Os casos considerados simples totalizaram 56,9%, sendo a expressão maior para os casos classificados como pouco urgente (cor verde), que representam 56,1%; os casos classificados como não urgentes (cor azul), são pouco expressivos, apenas 0,8% do total. Os atendimentos que justificam a vocação do serviço totalizaram 43,1%, sobressaindo os casos classificados como urgentes (cor amarela) com

38,1%, seguidos pelos casos classificados como muito urgentes (cor laranja) com 4,7% e somente 0,3% dos casos classificados como emergências (cor vermelha).

## **5 – OBJETIVOS**

### **5.1 – OBJETIVO GERAL**

Compreender os motivos para a busca de atendimento de urgência e emergência para crianças em condições não urgentes.

### **5.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Compreender o significado de urgência e de emergência para as mães;
- Apreender a imagem do hospital sob a ótica das mães;
- Observar diretamente o processo de acolhimento;
- Investigar a percepção das mães em relação ao acolhimento com classificação de risco;
- Apreender as expectativas das mães sobre o atendimento no hospital.

## **6 - METODOLOGIA**

### **6.1. - O alicerce metodológico do estudo**

Este estudo tem como referencial metodológico a pesquisa qualitativa, visto que esta é considerada a mais adequada para a compreensão dos aspectos subjetivos dos fenômenos psicossociais do ser humano, dentre os quais as vivências de doenças (TOMAZI & YAMAMOTO, 1999).

A pesquisa qualitativa busca interpretar o que as pessoas dizem sobre um fenômeno e o que fazem ou como lidam com isso. O objetivo é a apreensão de um fenômeno na perspectiva do sujeito, isto é, o que se manifesta ou é percebido pela sua consciência ou pelos sentidos, tudo que é objeto de experiência possível. Assim, os sentidos e as significações constituem o cerne desse tipo de pesquisa (TURATO, 2003).

De acordo com Minayo (2004), esta metodologia é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Segundo a autora, a pesquisa qualitativa preocupa-se, principalmente, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, oferecendo uma perspectiva mais ampla ao tema em estudo.

A metodologia qualitativa pode ser definida também por meio de algumas características, conforme Bogdan e Biklen (citado por Triviños, 1987) e Ludke e André, (1986) descrevem:

- a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;
- os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; tendem a analisar seus dados indutivamente;
- o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

## **6.2 - Os recursos metodológicos**

Na pesquisa qualitativa várias fontes de informações devem ser utilizadas como forma de apreender todos os elementos necessários ao aprofundamento da realidade em estudo. Para a presente investigação, além das informações verbais colhidas e consultas a documentos do serviço, foram utilizadas técnicas de observação e entrevista. Esses recursos se complementam, pois apresentam diferentes características e vantagens para a pesquisa.

### **6.2.1 – Observação**

Segundo Ludke & André (1986) a observação possibilita ao pesquisador contato direto com a realidade que deseja compreender, favorecendo a aproximação da perspectiva dos sujeitos envolvidos no contexto, permitindo, também, a descoberta de fatos novos relativos ao fenômeno estudado.

Para Triviños (1987), a observação não significa somente olhar, mas destacar o que se sobressai no conjunto; significa que o fenômeno social deve ser abstratamente separado do seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado nos seus atos, atividades, significados e relações.

Neste estudo, foi realizada observação livre por amostragem de tempo, conforme técnica proposta por Triviños (1987). A amostragem de tempo é o processo de escolha dos dias e jornadas de trabalho. De acordo com essa técnica, a observação foi realizada nos vários cenários do ambulatório e em diferentes horários, no sentido de possibilitar a captação dos fenômenos nos diversos momentos do processo.

Os ambientes físicos do serviço de urgência e emergência, o fluxo do atendimento, a interação entre os profissionais, entre os profissionais e usuários e dos usuários entre si foram os objetos dessa observação. Antes da realização das entrevistas, a observação também foi feita durante algum tempo, facilitando maior entrosamento com o cenário e com os usuários, permitindo melhor identificação dos participantes.

O registro das observações neste trabalho foi realizado por meio de anotações de campo, tanto de natureza descritiva (descrevendo os comportamentos, as ações, as atitudes, o meio físico, os fluxos e as atividades) quanto de natureza reflexiva (registrando inquietações, idéias, novas hipóteses e indagações do observador). Seguindo as orientações de Triviños (1987), as reflexões foram registradas de forma breve, em frases curtas.

O número e os períodos de observações foram definidos no decorrer do trabalho de campo e ocorreram em todos os ambientes físicos do ambulatório de urgência e emergência do HIJPII.

### **6.2.2 – Entrevista**

A utilização de entrevistas, como técnica, traz importantes contribuições, pois, por meio delas, obtêm-se dados objetivos e subjetivos que podem revelar aspectos investigados em profundidade.

Para Triviños (1987), antes de iniciar a entrevista mesma, o investigador deve estar plenamente convencido da necessidade de desenvolver, no desenrolar dela, todos os elementos humanos que permitam um clima de simpatia, de confiança, de lealdade, de harmonia entre ele e o entrevistado. Isto é essencial para atingir a máxima propriedade no espírito do informante sobre o fenômeno que se estuda. Sem dúvida, são importantes as condições de personalidade do informante e a disposição do cientista para tratá-lo como ser humano, como pessoa.

A opção por realizar entrevistas semi-estruturadas é fundamentada considerando-se a melhor adequação aos objetivos do estudo, quando comparados aos questionários tradicionais. Algumas perguntas essenciais são feitas, visando apreender o conjunto das idéias, sentimentos e atitudes dos atores sociais, previstos no objetivo do estudo. O roteiro das perguntas é um instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista e deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de



aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2004). Além disso, Minayo (2004) destaca que a entrevista semi-estruturada, sendo uma conversa, permite o diálogo entre entrevistador e entrevistado, de forma tal que a percepção emocional, gestual e contextual possibilita as correções contínuas dos “mal-entendidos”, aproximando-se mais as respostas do entrevistado das verdadeiras questões do entrevistador.

O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir da literatura afim e do estudo exploratório, contendo 13 questões. As perguntas relativas aos dados de identificação foram elaboradas com objetivo de caracterização da clientela (Anexo 3).

O foco deste estudo foram as mães que procuram espontaneamente o ambulatório de urgência e emergência do Hospital Infantil João Paulo II, visto que as mesmas são consideradas informantes privilegiadas sobre a saúde da criança e representam a maioria dos acompanhantes que buscam o serviço. Os dados necessários para a consecução do objetivo desta investigação foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com 27 mães participantes, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Mães de crianças que não foram classificadas como casos de urgência e emergência;
- Mães que residem em Belo Horizonte.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a setembro de 2008 e operacionalizadas obedecendo a alguns passos descritos a seguir:

- seleção de possíveis informantes de acordo com os critérios preestabelecidos;
- convite para participação na pesquisa, explicitando os objetivos da mesma como forma de participação;
- solicitação da leitura e assinatura do Termo de Consentimento.

Foi proposital a escolha das mães de crianças de Belo Horizonte que não foram classificados como casos de urgência/emergência. A instituição, por meio dos

protocolos utilizados na classificação de risco, define a gravidade da doença e indica a prioridade do atendimento. Os casos considerados como urgência/emergência se referem a crianças que receberam as cores vermelho, laranja e amarelo. Pode-se considerar que, nesses casos, a instituição e as mães possuem a mesma avaliação sobre a gravidade da doença das crianças. Quanto aos casos das crianças classificadas como pouco urgentes e não urgentes, cores verdes e azuis, respectivamente, a instituição e as mães podem não ter a mesma avaliação da gravidade da doença, tornando essa divergência importante para investigação e compreensão da urgência dos diferentes atores. Por outro lado, essas mães aguardam mais tempo para o atendimento médico, o que também favorece a realização das entrevistas. Quanto ao fato de entrevistar mães de crianças de Belo Horizonte, foi considerada a importância da interface com a atenção primária para este estudo.

A partir da observação realizada no ambulatório de urgência e emergência do HIJPII, nos diversos ambientes, considerou-se que o momento mais adequado para a realização das entrevistas foi aquele que antecede o atendimento médico, enquanto as mães aguardam na sala de espera a chamada para entrar no corredor do atendimento médico propriamente dito. Neste momento, a criança já foi atendida na recepção pelas técnicas de enfermagem e recebeu os primeiros cuidados, foi avaliada na classificação de risco pela enfermeira e também já passou pelo atendimento no guichê para a realização da ficha de registro.

O período de espera pode ser relativamente longo, podendo ultrapassar uma hora até a chamada da senha para confecção da ficha de registro da criança e, posteriormente, ainda se deve aguardar atendimento médico. A autora avaliou, então, que o tempo de espera seria suficiente para observar e interagir com as mães, identificar as crianças classificadas como casos pouco urgentes e não urgentes (cores verde e azul, respectivamente), e convidá-las para participar da pesquisa. Dessa forma, não haveria risco de a mãe ser chamada para o atendimento médico da criança durante a entrevista.

Nas primeiras entrevistas, o convite foi decorrência natural da observação do cenário e da empatia estabelecida entre mãe/pesquisadora. Após algumas experiências realizadas, a escolha da mãe foi feita visando também a variabilidade da faixa etária da criança e da mãe, do sexo das crianças (para maior diversidade da amostra), do número de filhos, bem como do bairro de procedência (devido a relatos constantes das mães mencionando dificuldades vivenciadas principalmente nos outros níveis de atenção à saúde). No decorrer desse processo, foram identificados outros aspectos relevantes na escolha das mães, tais como o fato de já terem buscado este serviço anteriormente ou não e o número de vezes que já buscou este atendimento. Todas as mães convidadas aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas com as mães foram realizadas individualmente, em local apropriado no ambulatório, disponibilizado para essa finalidade. Inicialmente foi feita a apresentação da pesquisadora e logo após um aquecimento, no qual ficou demonstrado interesse pela mãe e pela criança. Em seguida, procedeu-se à breve explicação sobre a pesquisa, informando e esclarecendo dúvidas sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4) que, posteriormente, foi assinado ficando uma cópia com a mãe e outra com a pesquisadora. A entrevista seguiu o roteiro estabelecido e foi gravada com autorização da informante. Somente quando a conversa terminou, foram solicitados à mãe alguns dados mais específicos de identificação.

Logo após cada entrevista, a mesma foi transcrita e digitada, possibilitando desta maneira melhor apreensão do conteúdo gravado. As gravações variaram em sua duração, a depender do transcurso da entrevista, de 20 a 60 minutos cada.

Todas as entrevistas foram realizadas, transcritas e digitadas pela pesquisadora. As primeiras 5 entrevistas foram úteis para a aculturação da pesquisadora, implicando em ajustes no roteiro para consecução dos objetivos. Segundo Turato (2003, p.316) a aculturação é:

*“O conjunto de atividades de estabelecimento de relação direta e coloquial com pessoas representantes da comunidade de sujeitos a serem estudados,*

*segundo os critérios de construção da amostragem de dado projeto de pesquisa, [...] cuja finalidade é permitir ao pesquisador vivenciar seu processo de assimilação do modo de pensar daquela população alvo em cujo ambiente ficará imerso temporariamente”.*

Buscando delimitar o número de informantes necessários para esta fase de investigação, foi utilizado como critério a reincidência de informações, ou seja, a saturação (MINAYO, 2004). Quando as informações obtidas pelos novos participantes da pesquisa começam a se repetir e não mais contribuem significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que já estão sendo coletados, é considerado que ocorreu a saturação. A avaliação da saturação teórica é feita por processo contínuo de análise de dados, começada já no início do processo de coleta. Essa análise contínua busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece nos tópicos abordados e no conjunto das entrevistas (FONTANELLA et al., 2008).

### **6.2.3 – A análise dos dados**

A organização dos dados é processo contínuo, no qual se procura identificar dimensões, categorias, tendências, padrões, relações, desvendando-lhes o significado. É processo complexo, não-linear, que implica em trabalho de síntese, organização e interpretação dos dados, que acompanha toda a investigação. À medida que os dados são coletados, o pesquisador procura identificar temas e relações, constrói interpretações, gera novas questões ou aperfeiçoa as anteriores, o que, por sua vez, leva-o a buscar novos dados, complementares ou mais específicos, que testem suas interpretações, num processo de sintonia fina que vai até a análise final (ALVES-MAZZOTI et al, 2004).

Assim, nesta pesquisa, os dados foram organizados e analisados ao longo de todo o trabalho de campo em categorias e subcategorias, que surgiram a partir das entrevistas realizadas.

Os dados obtidos por meio da observação foram registrados e utilizados como instrumento coadjuvante para possibilitar maior entendimento das falas das mães durante as entrevistas.

### **6.2.3.1 – A análise de conteúdo**

Os dados foram trabalhados utilizando a técnica de análise do conteúdo de acordo com Bardin (2006). Essa autora define análise de conteúdo como:

*“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2006, p. 37).*

Foram consideradas as seguintes etapas de análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo-se a inferência e a interpretação.

A primeira etapa, de pré-análise, consistiu na reunião de todo o material empírico, leitura flutuante do mesmo, explorando exaustivamente o conteúdo de cada observação e entrevista.

Na segunda etapa, exploração do material, a autora procedeu à operação de codificação, isto é, a partir dos dados brutos recortou dos textos as unidades de registro significativas por temáticas, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Portanto, os dados foram agrupados por temas, possibilitando a formulação de categorias. Este conceito se refere a elementos com características comuns ou inter-relacionadas, que possibilitam ao pesquisador fazer classificações (GOMES, 1999). Vários autores, como PATTON (1990), WAITZKIN (1991), WILLMS & JOHNSON (1994), HAGGARTY (1996), TURATO (2003), MINAYO (2004) recomendam que as categorias sejam identificadas por diferentes pesquisadores num processo chamado triangulação. O método da triangulação consiste em uma estratégia de combinação, o cruzamento de múltiplos pontos de vista, através do trabalho conjunto de vários

pesquisadores, informantes e técnicas de coleta de dados (DENZIM, 1970). Esse método tem como objetivo aumentar a realidade da pesquisa. Neste estudo, o procedimento de triangulação foi realizado junto aos orientadores.

No contexto desta pesquisa, destacam-se as categorias empíricas. Por categoria empírica compreende-se:

*“aquela construída com finalidade operacional visando o trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Ela tem a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (MINAYO, 2004, p. 94).”*

Na terceira etapa, a autora procedeu à análise definitiva, ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

## **7 - A OBSERVAÇÃO DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO**

Conforme citado no método da pesquisa, foi realizada a observação livre por amostragem de tempo, no ambulatório de urgência e emergência do HIJPII, no período de junho a setembro de 2008. As observações foram realizadas em 16 períodos, cuja duração total foi de 25 horas. Os períodos observados tiveram duração mínima de 1 hora e máxima de 2 horas, em horários escalonados, de forma intencional, entre 7h30 e 22h, em todos os dias da semana.

Os ambientes físicos observados mais intensamente foram a recepção, a sala de espera para classificação de risco, a sala de espera para preenchimento da ficha da criança no guichê de atendimento, o setor do guichê de atendimento e o corredor de espera para atendimento médico. Também foram observados, em menor intensidade, a área de lazer – chamada pelos funcionários de “parquinho” - onde algumas mães e crianças costumam aguardar para a classificação de risco, a sala de medicação, a sala de inaloterapia, o local que as mães usam para dar banho na criança em caso de febre, o laboratório e a sala de Raio X. Nesses ambientes, a observação teve curta duração, mas foi de fundamental importância para a melhor compreensão das diversas etapas, que podem ser percorridas pelas mães no processo do atendimento, bem como para perceber as interações ocorridas entre usuários e profissionais.

O Quadro 2 mostra os locais observados, os dias da semana, os horários e a duração das observações.

QUADRO 2 – Distribuição da amostragem de tempo, turnos de trabalho e local no período de observação

<b>Código</b>	<b>Local</b>	<b>Dia da semana</b>	<b>Horário</b>	<b>Duração</b>
OBS1	Recepção e sala de espera da classificação de risco	4ª feira	10h às 12h	2 h
OBS2	Sala de classificação de risco e parquinho	6ª feira	9h às 11h	2 h
OBS3	Sala de espera do guichê	Sábado	9h30 às 11h30	2 h
OBS4	Corredor de espera do atendimento médico	6ª feira	14h às 16h	2 h
OBS5	Sala de espera do guichê	Domingo	10h às 12h	2 h
OBS6	Sala de espera do guichê	5ª feira	16h30 às 18h30	2 h
OBS7	Guichê de atendimento	2ª feira	8h30 às 10h30	2 h
OBS8	Guichê de atendimento	5ª feira	14h às 16h	2 h
OBS9	Corredor de espera do atendimento médico	3ª feira	7h30 às 9h30	2 h
OBS10	Sala de espera do guichê	2ª feira	21h às 22h	1 h
OBS11	Sala de medicação	5ª feira	12h às 13h	1 h
OBS12	Sala de inaloterapia	3ª feira	10h às 11h	1 h
OBS13	Raio X	4ª feira	16h às 17h	1 h
OBS14	Laboratório	6ª feira	14h às 15h	1 h
OBS15	Recepção e sala de espera da classificação de risco	Sábado	13h às 14h	1 h
OBS16	Local usado para banho	2ª feira	16h às 17h	1 h

As observações foram codificadas como OBS 1, OBS 2, e assim sucessivamente, por ordem cronológica até a OBS 16. A amostragem de tempo consistiu na escolha dos dias da semana e horários em que funciona o acolhimento com classificação de risco.

A observadora procurou se inteirar do ambiente e diante das situações que não foram compreendidas, buscou esclarecimentos com os funcionários. Os acompanhantes das crianças em nenhum momento se manifestaram negativamente a respeito da presença da observadora, que eventualmente fazia anotações no caderno. As anotações de campo foram realizadas durante as observações, registrando-se de forma breve as conversas, os gestos, os comportamentos e expressões ocorridas no cenário. O conteúdo mais aprofundado das observações foi descrito pela observadora imediatamente após a saída do local.

A seguir, são relatadas diversas situações observadas nos ambientes físicos do ambulatório de urgência e emergência do HIJPII.



### **7.1 – A porta de entrada**

No portão de entrada do ambulatório fica um porteiro para iniciar o acolhimento e orientar os responsáveis pelas crianças quanto ao fluxo, indicando que devem se dirigir à recepção para o início do atendimento. Em alguns horários costuma também ficar no local um dos estagiários do “Projeto Posso Ajudar?”, que auxilia com informações e acompanhamento dos usuários às diversas etapas do acolhimento com classificação de risco.

### **7.2 – A recepção**

A recepção faz parte do ambiente físico da sala da classificação de risco e consta de um pequeno balcão, uma salinha com fraldário e balança. Na parede, atrás desse balcão há uma placa de boas vindas, ladeada por imagens decorativas de crianças. Duas técnicas de enfermagem trabalham na recepção.

Logo que o acompanhante chega são solicitadas informações gerais sobre o motivo da procura pelo serviço, e uma das técnicas de enfermagem afere a temperatura e a outra leva a criança para ser pesada na salinha ao lado da recepção. A profissional anota os dados na ficha de atendimento. Em seguida, é emitida uma senha numérica que vai acompanhar a criança durante o atendimento. Esta senha tem a cor amarela e causa grande confusão na compreensão da classificação de risco para os usuários, pois essa é uma das cores utilizadas na classificação.

Uma das técnicas de enfermagem da recepção do plantão, em um final de semana fez comentário interessante em relação à variabilidade da demanda: *“no final de semana, depois do almoço, quase sempre fica lotado. Os pais e mães que trabalham de manhã chegam em casa e se a criança está doente é certo trazer para cá. Não tem Posto de Saúde aberto. Tem de vir para cá mesmo, aqui atende 24 horas, pode até demorar, mas atende. Para onde iriam?”* E concluiu: *“mesmo em dia de semana, o hospital é bom para atender e resolver os problemas no mesmo dia. Deve ser difícil ficar indo e voltando ao Posto”*. Nos finais de semana, o serviço conta com a presença de uma assistente social, durante todo o plantão diurno e em alguns momentos, ela utiliza os banners para explicar sobre a classificação de risco. A observadora notou que as pessoas não prestam atenção e não fazem perguntas, pois estão mais atentas ao painel para a chamada da senha.

Foi possível também acompanhar uma situação ocorrida na recepção, quando chegou uma mãe muito agitada, dizendo que não tinha documentos, mas precisava de consulta para o filho que estava febril. Uma das técnicas de enfermagem ligou para a chefia indagando se poderiam atender nessa situação. Iniciaram o atendimento da criança e informaram à mãe que ela precisava conversar com a assistente social, pois se fosse caso de internação seria necessário que algum familiar trouxesse os documentos. A criança foi medicada pelas profissionais devido à febre de 39°C, orientada sobre classificação de risco com a enfermeira, (classificada como amarelo) e, em seguida, as estagiárias do “Projeto Posso Ajudar?” subiram com a mãe para levar a criança diretamente para tomar banho. Logo em seguida, outra mãe entrou na sala, nervosa e devolveu a senha para a profissional da recepção, porque estava demorando muito para ser chamada no guichê e disse que não poderia esperar mais, indo embora com a criança. As técnicas de enfermagem comentaram que isto acontece com certa frequência, principalmente com os casos verdes e azuis que esperam mais tempo para o atendimento. Relataram também que algumas mães, inconformadas com a demora no atendimento, costumam solicitar que a criança seja reclassificada.

### **7.3 – A sala de espera da classificação de risco**

As pessoas ficam aguardando a chamada para a classificação de risco, pelo painel, em uma sala com 57 assentos. Essa sala conta com banheiro, bebedouro, TV com DVD, que às vezes é utilizada para exibição de desenhos animados, programas esportivos ou filmes infantis. Na parede lateral, próxima à recepção, ficam 2 banners explicativos da classificação de risco. A sala tem também uma mesinha com quatro cadeiras, papel e lápis disponíveis para as crianças desenharem. Muitos desenhos produzidos pelas crianças, durante a espera para a classificação de risco, são utilizados para decorar as paredes, que são pintadas com cores de tonalidade clara. Vários quadros de crianças atendidas no hospital também são usados na decoração. Foi observado que, quando as crianças desenhavam e brincavam, o ambiente fica menos tenso e os acompanhantes se envolvem com o lúdico, ficando todos mais descontraídos. A observadora notou que os acompanhantes aguardam a chamada para a classificação de risco com muita ansiedade e ficam o tempo todo atentos ao painel. Portanto, o fato de se propiciar alguma atividade no ambiente para as crianças, alivia a tensão provocada pela espera.

A maioria dos acompanhantes das crianças são as mães; os demais geralmente são avós ou outros parentes. O cuidado com a saúde dos filhos parece ser atribuição predominantemente feminina.

#### **7.4 – Os consultórios da classificação de risco**

No fundo da sala ficam os dois consultórios para a classificação de risco, realizado pelas enfermeiras. Nesses consultórios as crianças são examinadas e classificadas de acordo com o protocolo da classificação de risco e com a gravidade. A conduta da enfermeira é examinar a criança, explicar a cor da classificação, o tempo provável de espera e orientar sobre a próxima etapa do atendimento. Conforme a observação, esse atendimento normalmente tem uma duração de cinco a dez minutos.

Em uma das ocasiões, foi observada a seguinte situação: havia duas mães aguardando para a classificação de risco. Logo após a classificação das crianças, as enfermeiras disseram que as duas crianças, que saíram, foram classificadas com a cor verde. Uma delas comentou que a mãe não gostou da classificação, pois o filho estava com febre e que o caso era urgente, não devendo pois esperar pelo atendimento. A outra enfermeira disse: *“todas as mães acham que o caso é urgente! Algumas até perguntam se eu tenho filho, principalmente quando pergunto se já foram ao Centro de Saúde”*. Tal comentário foi enfatizado por uma das técnicas de enfermagem da recepção, que disse: *“as mães, os pais ou outros, que acompanham as crianças, sempre acham que o caso é urgente. Não gostam quando pergunto se buscaram atendimento no Posto ou na UPA. Aqui é urgência, mas não parece. Pela minha avaliação, de modo geral, as crianças não estão passando mal”*.

#### **7.5 – A área de lazer (parquinho)**

Na parte externa da sala, nos fundos, próximo aos consultórios da classificação de risco fica a área de lazer com brinquedos infantis e assentos. Esse espaço é pouco utilizado pelas crianças, pois os acompanhantes demonstram preocupação em sair da sala e sua senha ser chamada no painel. Por outro lado, alguns profissionais reclamam do ruído gerado nessa área de lazer, pela proximidade dos consultórios.

### **7.6 – A sala de espera do guichê**

Na OBS. 3, o foco foi a sala de espera do guichê. Nessa etapa, já foi realizada a classificação pela enfermeira e o acompanhante aguarda a chamada da senha para que a criança seja cadastrada no guichê e, posteriormente, chamada para a consulta médica. Foi possível observar que, nessa sala de espera a interação das pessoas é maior do que na sala de espera da classificação de risco, pois o tempo de espera costuma ser maior e as pessoas conversam umas com as outras, falam dos filhos, da casa e trocam merendas. Estão sempre muito atentos ao painel para a chamada da senha.

### **7.7 – O guichê de atendimento**

Durante a observação, nesse ambiente, foi possível notar que o fato de haver vidro no guichê, dificulta a comunicação e o torna bastante inadequado ao acolhimento. Esse problema, até alguns meses atrás, era resolvido (ou minimizado) por dois telefones, que os acompanhantes usavam para se comunicar com as auxiliares administrativas. Eles foram retirados após danos causados por um acompanhante e não foram recolocados, uma vez que essa estratégia se mostrou ineficaz para os problemas de comunicação. As funcionárias falam que o trabalho no guichê é estressante e admitem que até se sentem amedrontadas diante da violência de alguns acompanhantes. Contudo, relataram que, apesar de toda a pressão que recebem, procuram se manter calmas, falar baixo e não criar problemas.

Um dos pontos de conflito no guichê é a falta de documentos. Muitas vezes, os acompanhantes de bebês apresentam a Caderneta de Saúde da criança e argumentam que a orientação recebida na Unidade Básica de Saúde – UBS (“Posto”) é que esse é o documento da criança. As funcionárias relataram que a maioria dos acompanhantes não leva a certidão de nascimento e o comprovante de endereço, que são os documentos exigidos pelo hospital para fazer o cadastro da criança, e tal situação gera problemas para o preenchimento da ficha. Em conversa informal, as auxiliares administrativas sugeriram que sejam divulgados na mídia quais os documentos que são necessários ao atendimento nesse hospital.

Durante a observação, muitos acompanhantes perguntaram no guichê por que a seqüência numérica não era respeitada – o número maior pode ser chamado antes

do menor - e as auxiliares administrativas, então, explicaram sobre as cores e a prioridade para chamar a senha, pelo painel. Depois de várias repetições da mesma situação, reclamaram que constantemente têm de ficar explicando a classificação. As profissionais consideraram que antes dessa mudança na organização do trabalho, a tarefa delas era mais fácil e concluíram comentando que *“as pessoas não entendem essa classificação, querem é ser chamadas”*. É interessante notar que, em todos os passos do atendimento, os responsáveis pelas crianças foram informados, contudo demonstraram que não entenderam a classificação e a prioridade do atendimento.

### **7.8 – A porta de ligação entre a sala de espera do guichê e o corredor do atendimento médico**

Em outra etapa do estudo, nesse ambiente, foi observado o local onde fica a porta que faz ligação entre a sala de espera do guichê e o corredor de espera do atendimento médico. Nesse local ficam dois porteiros.

Diferentemente das observações de Jacquemot (2005), sobre o papel dos porteiros como agentes da triagem para o atendimento médico nas urgências/emergências de sua pesquisa realizada em Marília – São Paulo, os porteiros do ambulatório do HIJPII controlam a entrada e saída dos acompanhantes e das crianças. A observação realizada nos dois plantões desses profissionais confirmou a mesma situação vivenciada pelas auxiliares administrativas do guichê. Os porteiros são muito pressionados pelos responsáveis pelas crianças para entrar para o atendimento médico e explicaram repetidas vezes sobre a classificação de risco e a prioridade do atendimento. Eles confirmaram a confusão criada pela senha amarela e a cor amarela da classificação de risco.

No que se refere à classificação de risco, foi perguntado pela observadora a 15 mães, nesse local, sobre a cor da classificação da criança. A maioria não sabia informar, algumas não compreenderam a pergunta; foi necessário explicar, e poucas responderam mostrando clareza e compreensão. Mesmo mostrando a ficha de atendimento para essas mães e o quadro assinalado pela enfermeira, elas demonstraram dificuldade para entender a classificação da sua criança. Ocorre que nessa ficha, a classificação do risco é assinalada somente com um X na palavra

correspondente à cor, feito com uso de caneta esferográfica, e isso, em geral, passa despercebido pelas mães. Pode-se concluir que a ficha usada pela instituição não facilita a compreensão das cores da classificação, pois não há nenhum estímulo visual para facilitá-la.

### **7.9 – O corredor de espera para o atendimento médico**

O corredor de atendimento médico, geralmente, é movimentado. A maior parte das crianças tem menos de quatro anos e quase sempre estão no colo dos responsáveis, possibilitando que o número de assentos seja suficiente para acomodar todos. A observadora percebeu que há grande expectativa pelo atendimento médico, por parte das mães/acompanhantes. Foi possível presenciar o caso de uma mãe que saiu do consultório chorando, porque não gostou da maneira como o médico falou com ela. Explicou que o médico questionou o fato de ela ter levado o filho ao hospital, visto que a criança havia sido atendida e medicada em uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA no dia anterior, portanto não havia transcorrido tempo suficiente para a medicação surtir efeito sobre os sintomas. Essa mãe chamou atenção para o fato do profissional não ter ouvido sua informação de que apesar de ter sido medicado, ela percebeu que o filho estava piorando. Na conversa, essa mãe informou que era a quarta vez que trazia sua criança no HIJPII, pois se sente mais segura trazendo a criança para o pediatra examinar e fazer exames. Falou também sobre a insegurança da mãe quando o filho adoece, deixando transparecer angústia e medo.

A observadora presenciou outras manifestações de insatisfação no local, principalmente quando há poucos médicos atendendo e a espera é longa. Alguns acompanhantes reclamaram e foi possível ouvir *“que se espera muito para uma consulta muito rápida”*. Diante de tal queixa, observou-se que o tempo da consulta médica, de maneira geral, é de 10 a 15 minutos.

Foram percebidas situações estressantes, quando a espera das pessoas, que aguardam resultados de exames para retornarem ao médico torna-se muito prolongada e surgem pedidos para o hospital fornecer alimentação. É comum, nesse corredor, a presença dos responsáveis com as crianças sentadas tomando soro ou aguardando efeito da medicação e resultados de exames. Ocorre que, a partir do

momento em que os responsáveis e as crianças entram no corredor do atendimento médico, a saída não é facilitada pelo hospital. Nesses casos, presenciam-se situações muito estressantes para acompanhantes, crianças e profissionais, visto que o hospital só fornece alimentação na internação. Algumas mães que solicitaram alimentação se declararam constrangidas com a necessidade de pedir.

Analisando situações observadas nesse corredor, percebeu-se que este é o lugar de maior incidência de conflitos, principalmente porque os acompanhantes já demonstram cansaço, e em alguns casos se espera ainda mais tempo pelo resultado do exame para uma tomada de decisão pelo médico.

Nesse corredor também foi possível observar, nos momentos em que o ambiente fica mais calmo, que as pessoas conversam, trocam experiências, fazem comentários sobre suas vidas e incentivam as brincadeiras entre as crianças. Percebeu-se também que, quando há interação dos médicos com as crianças e com os acompanhantes, os últimos demonstram receptividade com a atitude deste profissional.

#### **7.10 – A sala de medicação**

Quando há necessidade da criança ser medicada, ela é encaminhada à sala de medicação, onde sempre fica uma técnica em enfermagem. Durante o período de observação, percebeu-se que o ambiente fica muito tenso quando há necessidade de medicação injetável, devido ao nervosismo da criança e acompanhantes.

#### **7.11 – A sala de inaloterapia**

A sala de inaloterapia é outro local disponível para medicamentos de uso inalatório. Duas técnicas de enfermagem são responsáveis pelos procedimentos. Esse ambiente também pode ficar tenso quando as crianças choram e as mães ficam nervosas.

#### **7.12 – O local do banho**

Para as crianças com febre alta é indicado banho, visando baixar a temperatura. Observou-se a tensão e a pressa da mãe para dar o banho, provavelmente para aliviar a febre da criança e também a si mesma. A técnica de enfermagem

responsável pelo banho citou que *“algumas crianças chegam a tomar dois, três banhos”*. Na sua experiência, disse que *“vem aprendendo que o banho ajuda as mães a ficarem mais calmas e é preciso ter muita paciência com elas e escutá-las”*.

### **7.13 – O setor de Raio X**

No Setor de Raio X, as pessoas não demoram muito para ser atendidas e o resultado também fica pronto em poucos minutos. A chefia desse setor comentou que *“é muito importante ouvir a mãe antes da realização dos exames, na medida em que esta sabe informar, à sua maneira, sobre os sintomas da criança e isto ajuda muito”*. Ressaltou também que *“há muita expectativa da mãe em relação ao exame”*.

### **7.14 – O laboratório**

No laboratório, o atendimento é rápido, mas a demora para a entrega do resultado, é de aproximadamente três horas, pois o material é analisado no ambulatório do Hospital João XXIII - HJXXIII, uma das unidades hospitalares da FHEMIG. A observadora acompanhou o sofrimento de uma mãe que saiu chorando e solicitou à avó da criança que assumisse o seu lugar, já que não se sentia capaz de segurar o bebê. Depois que a mãe se acalmou, contou para as pessoas que estavam no local que *“o filho nasceu e ficou internado muitos dias na Santa Casa e tomou muita picada de injeção porque era difícil pegar a veia.”*

### **7.15 – Discussão**

Durante os períodos de observação, percebeu-se o esforço que a equipe empreende para o acolhimento, porém, a rotina de trabalho dificulta o bom desempenho das atividades. Um dos aspectos dificultadores é a existência de senha numérica, cuja cor coincide com uma das cores da classificação de risco. Trata-se da cor amarela, que vem causando dificuldade de compreensão para as mães/acompanhantes. A ficha de atendimento, por sua vez, não destaca a classificação, de forma visível e colorida, e também representa outro fator dificultador para a assimilação do modelo de atendimento.

Embora todos os profissionais expliquem a classificação, o que se constatou é que há repetição constante da explicação das cores e da prioridade do atendimento, fazendo com que a equipe perca tempo precioso que poderia ser dedicado a outras



necessidades da clientela. Em síntese, a comunicação que se estabelece entre profissionais e usuários fica muito limitada à informação, e os recursos utilizados (banners, explicação verbal) se mostram insuficientes para o entendimento da classificação de risco.

A observadora percebeu que a equipe, tal como é constituída atualmente, está mais voltada para os procedimentos do que para o acolhimento, e o processo de trabalho é direcionado para o atendimento médico. Constatou-se a existência da cristalização de rotinas, o que dificulta aos profissionais olharem os problemas dos usuários e suas necessidades, de forma mais flexível. O cenário observado é dinâmico, exige dedicação, atenção e flexibilidade dos profissionais e está sujeito ao surgimento de conflitos.

No corredor de atendimento médico foi onde se presenciou mais situações de conflito, caracterizadas principalmente pelo estresse das mães/acompanhantes devido ao longo tempo de espera e insatisfações no atendimento. Os conflitos no corredor desse serviço foram identificados por Melo (2006), em pesquisa que investigou as tarefas e as dificuldades vivenciadas pelos pediatras nesse ambulatório de urgência/emergência. Tal pesquisa foi realizada anteriormente à implantação do acolhimento com classificação de risco.

A observação permitiu constatar o período de tempo prolongado pela espera, principalmente nos meses de junho e julho, bem como presenciar a angústia vivenciada pelas mães/acompanhantes enquanto aguardam resultados de exames e/ou atendimento médico.

Sobre o aspecto do longo tempo de espera no corredor do atendimento médico, Melo (2006) enfatizou que a demora para obter os resultados de exames é fator gerador de tensão, principalmente para acompanhantes cansados e com longo tempo de permanência no local. Acrescentou ainda que o tempo de espera, para o atendimento, pode variar muito, relacionando-se estreitamente com a demanda quantitativa e qualitativa das consultas efetivadas.

Melo (2006) informou ainda que nos períodos de alta demanda, entre os meses de março a junho, um paciente pode esperar até sete horas, gerando quadro de angústia, desconforto e irritabilidade nos usuários, cuja face mais visível é a frequência de agressões físicas e verbais, e processos contra médicos.

Nesse corredor do atendimento médico foram presenciadas situações de insatisfação, envolvendo principalmente pediatras e mães.

Melo (2006) considerou que o contato com os acompanhantes das crianças exige disponibilidade dos pediatras e os tempos de serviço são insuficientes para escutar as mães. Evidenciou-se conflito entre o tempo para o pediatra agir e o tempo para a mãe compreender o que está sendo solicitado. Os casos especiais implicam na capacidade para escutar, decidir, agir. Muitas vezes, os acompanhantes não entendem as perguntas feitas, e os pediatras precisam explicar novamente. Esse procedimento torna-se complexo, pois as mães precisam de tempo para expressar suas angústias, justificar seus comportamentos e assimilar as orientações. Essa autora se referiu ao acesso livre e aberto ao serviço, que viabiliza a chegada concomitante tanto de crianças, em estado grave, quanto de crianças com quadros clínicos leves, que poderiam receber cuidados na atenção básica. Esclareceu que, em sua pesquisa, detectou que tanto as mães como os médicos sentem-se inseguros de encaminhar as crianças para a atenção básica, na medida em que reproduzem a cultura que procura por atendimento com densidade tecnológica ou suspeitam da demora e da inconsistência do atendimento praticado por profissionais que não são pediatras. Melo (2006) explicou que a definição do que é urgência em pediatria é tema em aberto, porque os motivos que levam os acompanhantes das crianças a procurarem os serviços de urgência são muito variados e dependem da ansiedade dos pais, da experiência anterior com alguma perda, das facilidades de locomoção, da recusa em aceitar o médico da família para o atendimento das crianças.

Os médicos entrevistados na pesquisa de Melo (2006), ressentem-se de assistir crianças que deveriam estar sendo atendidas no cuidado primário, expressando preocupação com as crianças mais graves, que também chegam necessitando de cuidados que não estão disponíveis em outros níveis do sistema de saúde. Por um

lado, os profissionais estudados demonstraram esforço em atender a quem chega, seguindo o princípio do sistema de garantir o acesso. Eles reconhecem as necessidades das crianças, que, em estado grave, demandam maior tempo de atendimento, muitas vezes por equipe.

A observação do cenário nos ambientes físicos do ambulatório de urgência e emergência do HIJPII levou a autora desta pesquisa a tecer algumas considerações.

As situações observadas conduziram a uma reflexão sobre o dilema produzido por visões de um mesmo problema, sob ângulos diferentes. De um lado, estão as mães angustiadas para resolver, da forma mais rápida e efetiva, o problema de suas crianças. Independentemente de seu grau de instrução e da profundidade com que compreendem os problemas do sistema de saúde, suas vivências e experiências de vida as fazem constatar, na prática, às vezes da maneira mais dolorosa possível, as deficiências e baixa efetividade, que podem ser encontradas nos serviços da atenção básica. No outro lado estão os médicos e demais profissionais de saúde da instituição, cujo trabalho é focado no atendimento de urgência e emergência, e desejam que a clientela, que busca a instituição, deva ser aquela para o qual é voltada a vocação do serviço. As mães não conseguem apreender, que o caso de sua criança pode não ser uma urgência/emergência, à luz da classificação de risco, o que elas querem é resolver o problema das crianças.

Esse dilema se apresenta no HIJPII, portanto, cabe ressaltar a importância do preparo dos profissionais para lidar com essa situação. A tendência do serviço é de não dedicar o tempo precioso aos casos de menor gravidade, mas em contato rápido, as mães não conseguem dialogar satisfatoriamente com os profissionais, sequer conseguem compreender a situação. É pouco produtivo discutir com as mães, argumentar que elas não deveriam ter trazido seus filhos ao HIJPII por não se tratar de casos de urgência. É preciso que os profissionais entendam que esse conflito é também reflexo de problemas do sistema de saúde, como um todo, e, até que o modelo hierarquizado funcione a contento, cabe a eles papel fundamental, no sentido de amenizar esse conflito. O ambulatório do HIJPII, com vocação para a urgência e emergência, evidentemente não é local para fazer puericultura, mas pode ser local para o diálogo e a orientação das mães. A criação de diversos espaços de

escuta e ampliação das formas de comunicação entre os responsáveis pelas crianças e a instituição poderia ser adotada na rotina diária do acolhimento. Entretanto, é importante ressaltar a necessidade de treinamento e capacitação para o aprimoramento contínuo dos profissionais, direcionados principalmente para as relações humanas e o trabalho em equipe. Percebeu-se que o atendimento está voltado para o corpo biológico, que lança mão de recursos de apoio diagnóstico para as investigações e medicamentos. Isto é, explora-se o uso das tecnologias duras e leves duras, usufruindo pouco das tecnologias leves.

## 8 – AS ENTREVISTAS COM AS MÃES

Para a realização das entrevistas com 27 mães, de Belo Horizonte, foi utilizado um roteiro que buscou identificar os motivos para a busca do atendimento de urgência/emergência, apreender a imagem do hospital, compreender o significado de urgência e de emergência, investigar a percepção em relação ao acolhimento e apreender as expectativas em relação ao atendimento. Foram solicitados também alguns dados de identificação das mães e das crianças, com objetivo de caracterizá-las. As mães foram identificadas por nomes fictícios para preservar a identidade das mesmas.

Todas as 27 crianças deste estudo receberam classificação pouco urgente (verde) e não urgente (azul), sendo 26 classificadas com a cor verde e 1 classificada com a cor azul. Nenhuma delas foi encaminhada para observação, para internação no HIJPII ou para outro hospital, tendo sido liberadas no mesmo dia da procura pelo atendimento. Alguns casos tiveram indicação de procedimentos tais como medicação, exames e inaloterapia.

O perfil sócio-demográfico das mães é apresentado na Tabela 1. A idade das mães variou de 19 a 52 anos, com média de 29 anos. A maioria das mães tinha apenas um filho, vivia com o pai da criança e relatava oito anos ou mais de estudo.

As mães entrevistadas são de famílias de baixa renda. Aproximadamente 90% delas informou renda familiar abaixo de dois salários mínimos, sendo que em um caso foi menor que um salário mínimo. Pouco mais da metade das entrevistadas trabalham fora de casa e as demais se dedicam exclusivamente aos cuidados da família e da casa.

Quase todas as mães usaram o transporte coletivo para chegar ao hospital com suas crianças e um número expressivo delas (nove) é de procedência de bairros pertencentes ao Distrito Sanitário Nordeste. Dos nove Distritos Sanitários apenas dois (Pampulha e Noroeste) não foram contemplados. Chama a atenção o fato de que 85% das mães informaram não ter cadastro no PSF.

A idade das crianças variou entre cinco meses e 10 anos, sendo que a maioria encontrava-se na faixa etária entre um e quatro anos. Mais da metade era do sexo feminino. Os boletins estatísticos de 2007, do HIJPII, consultados, também apontam estas características da demanda (MINAS GERAIS, 2007).

**TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS DAS MÃES ENTREVISTADAS (n = 27)**

<b>Características</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Idade (anos)	< 20	1	3,7
	≥ 20 e < 30	15	55,6
	≥ 30 e < 40	8	29,6
	≥ 40	3	11,1
Número de filhos	1	18	66,7
	2	8	29,6
	3	1	3,7
Escolaridade	Médio completo	11	40,8
	Fundamental completo	10	37,0
	Fundamental incompleto	6	22,2
Vive com o pai da criança	Sim	19	70,4
	Não	8	29,6
Renda familiar (SM - Salário Mínimo)	< 2	14	51,9
	≥ 2 e < 3	10	37,0
	≥ 3	3	11,1
Trabalha fora do lar	Sim	14	51,9
	Não	13	48,1
Cadastro no PSF	Sim	4	14,8
	Não	23	85,2
Tipo de transporte usado para chegar ao hospital	Coletivo	24	88,9
	Táxi	1	3,7
	Carro particular	1	3,7
	A pé	1	3,7
Distrito de procedência	D. S. Nordeste	9	33,3
	D.S. Venda Nova	5	18,6
	D.S. Centro Sul	4	14,6
	D.S. Oeste	3	11,2
	D.S. Norte	3	11,2
	D.S. Leste	2	7,4
	D.S. Barreiro	1	3,7

## 8.1 – As mães e suas crianças

### 8.1.1 – Os sinais da doença

*“Ficou tristonha, cansada, choramingando”*

Na percepção das mães, a doença da criança se expressa por mudança no seu modo habitual de ser. Quando são percebidos sinais, mostrando que a criança está diferente, as mães já demonstram preocupação e muitas delas tomam a decisão de levá-las ao HJPII.

*“Ficou tristonha, cansada, choramingando. Tristeza, desânimo, cansaço para respirar”. (Júlia)*

*“Quando começa a ficar quietinha, pode saber que está doente”. (Isabel)*

*“Quando ele adoecer, ele fica mudo, fica paradinho”. (Sara)*

*“Ela gosta de chão, fica brincando no chão. Agora só quer colo. É só ela ficar com febre, aí só quer saber de colo”. (Elaine)*

Em sua pesquisa, Rocha D.C. (2005) identifica a existência de um percurso mental das mães que antecipa a procura ao serviço de saúde. Este percurso se inicia na percepção de mudanças no comportamento da criança, na diminuição da quantidade e intensidade das brincadeiras. A percepção da tristeza ou desânimo na criança são algumas das formas que sinalizam para a mãe a existência de algo errado.

Segundo Mello et al (2007), as mães possuem um limite de segurança para cuidar dos filhos. Quando percebem que atingiram este limite, elas buscam o serviço de saúde, pois precisam dos profissionais de saúde para ajudá-las nos cuidados necessários.

Para Schraiber et al (1996), a demanda ao serviço de saúde é motivada pela busca de algo, aquilo que o indivíduo sente, como falta, carecimento, que o impede de continuar vivendo, segundo seu padrão de normalidade; pode ser dor física, sofrimento ou algo vivenciado como falta de informação.

### 8.1.2 – Os primeiros cuidados

*“... fiz xarope caseiro...”*

Algumas mães informaram ter tentado alguns cuidados em casa, antes de trazer as crianças ao hospital.

*“Dei chá de algodão”. (Ângela)*

*“Fiz vaporização com soro fisiológico, coloco água no quarto, tiro bem a poeira na casa e principalmente no quarto”. (Amélia)*

*“Já fiz xarope caseiro, mas não deu certo”. (Iolanda)*

*“Dei dipirona, mas como a febre continuou... eu resolvi trazer ele aqui”. (Marina)*

*“Fiz inalação e lavei o nariz dela e coloquei bacia com água no quartinho”. (Verônica)*

*“Ele tava tomando bicarbonato, dei biscoito, água, mas tava tudo voltando”. (Lucila)*

Na pesquisa realizada por Mello et al (2007) em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), ambas em Ribeirão Preto - SP, as mães relataram situações de observação das crianças e condutas adotadas no domicílio, na alimentação, no manejo de sintomas respiratórios, diarreia, febre, problemas de pele, no uso de medicamentos, chás, entre outros. Para as autoras, nesse processo de observar, de adotar algumas condutas e decidir quando levar ao serviço de saúde, nota-se preocupação e inquietação, significando responsabilidade, por parte da mãe em relação à criança.

Boltanski (2004) aborda o uso de medicamentos pelas mães, enfatizando que elas possuem remédios conhecidos, compondo uma “farmácia familiar”. A “medicina familiar”, segundo esse autor, é considerada imitativa, ou seja, as mães reproduzem gestos e palavras dos médicos, memorizando alguns medicamentos, sintomas e nomes de doenças. Esses aspectos estão relacionados com o processo de medicalização da atenção à saúde; observa-se que a mãe valoriza, sobremaneira, a terapêutica medicamentosa.



### 8.1.3 - Motivo da procura pelo hospital

*“Febre é sinal de infecção, alguma coisa errada...”*

Nas suas falas, as mães entrevistadas revelam os motivos que as levaram a procurar o hospital. A tabela 2 mostra esses motivos por ordem de frequência.

**TABELA 2 - MOTIVO DA PROCURA PELO HIJPII**

Motivo*	n	%
Febre	14	51,8
Tosse e/ ou dificuldade respiratória	9	33,3
Dor	7	25,9
Vômito	6	22,2
Gripe	3	11,1
Outros	6	22,2

\*Os motivos de procura não foram excludentes, as mães podem ter relatado mais de um motivo

Alguns dos motivos apresentados pelas mães para trazerem as crianças ao HIJPII foram problemas respiratórios, tosse, dor, vômito e gripe. A febre foi o motivo mais ressaltado e aparece como sinal de alerta. Elas demonstraram muito medo diante da elevação da temperatura, conforme pode ser verificado pelos depoimentos abaixo:

*“Febre é sinal de alguma coisa, tenho muito medo de piorar”. (Glória)*

*“Tenho medo de febre, mãe é preocupada”. (Joana)*

*“Febre mata se não olhar, dá convulsão também. Filho da gente tem de ficar alerta”. (Alice)*

*“A febre é sinal de infecção, alguma coisa errada, o organismo está dando um alerta, né? A gente tem de vigiar, né?”. (Isabel)*

*“Por isso é que quando ela aparece com febre, eu corro pro hospital”. (Isabel)*

*“Eu morro de medo de nenê com febre!”. (Clara)*

*“Eu tenho pavor de febre! Pode dar convulsão. Se deu febre, nossa!!! Aí eu já preocupo... é uma preocupação a mais. Febre para mim é pavor, trauma. A minha outra filha tinha bronquite, vivia mais no hospital do que em casa.” (Tereza)*

Segundo Leão et al (2005), a febre é um dos sinais mais freqüentes na prática pediátrica, sendo responsável por 30% das consultas de urgência nos ambulatórios. É, freqüentemente, a primeira manifestação de doença na criança, e, por isso, motivo de grande preocupação e ansiedade para os pais.

Santos (1995) em sua pesquisa referente à avaliação dos serviços de saúde sob a ótica do usuário, em quatro Unidades Básicas de Saúde – UBS de Salvador - BA, verificou que a febre na criança, por ser sinal claro de doença, foi um dos principais motivos de busca, pelos pais, de assistência curativa.

Mello et al (1996), estudando cuidados maternos em famílias em situação de pobreza, observam que o principal sinal que motiva a mãe a levar a criança ao médico é a febre.

O estudo etnográfico referente à urgência e emergência em saúde, na perspectiva de profissionais e usuários de Jacquemot (2005), realizado em Marília – SP, exemplifica que é comum que mulheres dos meios populares levem suas crianças pequenas com febre, mesmo que pouco elevada, ao pronto socorro infantil.

Para Boltanski (2004, p.16), *“... as mães guiam-se pelo comportamento da criança manhosa, calma demais ou cansada, pelo apetite, ou em função das dores de que ela se queixa. Mas esses sinais são apenas secundários, e é a febre que constitui para as mães o sinal mais claro da doença”*.

Verificou-se que as mães identificam os sinais e sintomas de doença em seus filhos e tomam algumas iniciativas, para tentar resolver o problema. A febre foi citada, pela maioria, como sinal de maior risco e motivo para levar a criança ao médico. Conforme os depoimentos citados e a abordagem na literatura sobre o tema, a febre parece ser o principal sinal de doença na criança, pois funciona como fator mobilizador para as mães procurarem o serviço de saúde.

A insegurança e a preocupação das mães justificam, sob o ponto de vista delas, a procura por serviços de urgência, diante da possibilidade de qualquer agravo à saúde de suas crianças, especialmente quando há febre.

## 8.2 – O Hospital Infantil João Paulo II como local escolhido

*“... aqui é o lugar certo, aqui a mãe fica tranqüila.”*

Algumas mães relatam que quando percebem que a criança está doente decidem trazê-la direto ao HIJPII, referido por elas como CGP, menção à antiga denominação da instituição – Centro Geral de Pediatria.

*“Sempre aqui no CGP. Prefiro trazer aqui”. (Iolanda)*

*“Eu não decido, eu só trago aqui! Nunca levei ele em nenhum outro lugar, para te falar a verdade nem sei se tem outro lugar para atendimento de criança” (Raquel)*

*“Decido aqui porque é mais rápido e eu acho que é mais desenvolvido”.  
(Luciana)*

*“Só no CGP! Não levo em outro lugar não. Meu outro menino também é só aqui. Aqui é o lugar certo, aqui a mãe fica tranqüila”. (Ângela)*

Estudos mostram que os usuários procuram os serviços de saúde não apenas pela localização geográfica, mas também pela resolutividade, qualidade do serviço, garantia e agilidade no acesso, por experiências positivas no passado, bem como pelo acolhimento prestado (LUDWIG, 2000; RAMOS, 2001; DEGANI, 2002; MARQUES, 2004; OLIVEIRA, 2004; ROCHA, 2005).

De acordo com Oliveira (2004), em estudo sobre os usuários do SUS e os significados de sua demanda a pronto socorros e hospitais em Juiz de Fora - MG, pode-se dizer que a procura pelos serviços de urgência/emergência é motivada principalmente por uma avaliação que o usuário faz acerca do estado de saúde. O autor considera que fatores culturais irão influenciar sua percepção. A eleição do serviço de saúde poderá ocorrer com a noção de situações “simples” e “graves”, mas, de qualquer modo, resultará em procura espontânea.

Barros et al (2008) estudando os limites do acolhimento de uma unidade de saúde da família e os reflexos no Serviço de Emergência - SE, no interior do Estado do Rio de Janeiro, detectou que a população “aprende” na relação com os serviços de

saúde que é mais fácil procurar o atendimento nesses serviços quando se quer solução rápida para o problema.

Observa-se que o usuário quer ser atendido e para tal ele busca os caminhos que são do seu conhecimento e os serviços que dão acesso ao atendimento de sua demanda (CECÍLIO, 1997; CAMPOS, 2003; FRANCO et al, 2004; OLIVEIRA, 2004; SÁ, 2005).

São vários os motivos para a escolha do HIJPII: resolutividade, qualidade, especificidade para atendimento de crianças, facilidade de acesso, experiências e recomendações. A seguir, são apresentados esses motivos na perspectiva das mães entrevistadas.

### 8.2.1 – Resolutividade

*“... eu quero é resolver o problema.”*

Todas as mães foram unânimes ao comentar que decidiram trazer suas crianças ao serviço de urgência e emergência do hospital pela certeza do atendimento e da resolução do seu problema.

*“Aqui tudo é esclarecido na hora”. (Maria)*

*“Aqui eu já saio sabendo se ela tem infecção. Eu quero é resolver o problema”. (Ana)*

*“Porque já consulta, já passa os remédios, tem médico e tudo fica resolvido pra ir embora”. (Elaine)*

*“Aqui eu sei que venho e minha filha vai ser atendida. Porque aqui é uma emergência mesmo, é mais rápido. Se adoecer eu trago é aqui”. (Verônica)*

Oliveira (2004) verificou que o usuário busca o atendimento na urgência/emergência por acreditar que as ações de saúde, que lhe são oferecidas, são imediatas e resolutivas. O serviço é percebido como o local que congrega consultas a especialistas, investigação e tratamento de doenças.

Ludwig (2000), ao investigar a compreensão do usuário sobre o atendimento em serviço de emergência, constata que os usuários procuram os serviços de pronto atendimento/emergências para a solução de seus problemas de saúde, independentemente da sua gravidade.

### 8.2.2 – A qualidade do atendimento

*“... o atendimento é melhor...”*

As mães se referem ao hospital, mostrando sua preferência pelo serviço, ressaltando a segurança e a qualidade no atendimento prestado.

*“A minha preferência é aqui. Igual te falei, tem bom atendimento”. (Lucila)*

*“Sempre sou muito bem atendida aqui. Prefiro trazer aqui, é a segunda vez. Aqui dá mais segurança. Me sinto melhor e mais segura trazendo minha filha aqui”. (Iolanda)*

*“Aqui é melhor. Então eu sempre trago aqui. Já é a quarta vez”. (Elaine)*

*“É como eu te falei, aqui é mais desenvolvido, eu acho que o atendimento é melhor. A gente fica mais confiante, né?”. (Luciana)*

Os resultados do estudo de Ramos (2003) sobre acesso e acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre – RS, mostraram que os fatores identificados como aqueles que denotam a qualidade do atendimento, foram classificados em: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional. Com base na descrição dos entrevistados do estudo mencionado, boa recepção é ser bem tratado pela equipe. Respeito ao usuário se traduz na limpeza e organização da área, na pontualidade do atendimento, nas informações prestadas, nas rotinas que contemplam a necessidade do usuário. A relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada. O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, na resolutividade das condutas adotadas.

No estudo de Santos (1995) sobre avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança, em Salvador – Bahia, a maioria dos usuários afirmou que os profissionais dispensam bom atendimento às crianças. A autora registra que nos casos em que a criança estava dependendo de cuidados médicos, o que mais prevaleceu foi que os responsáveis pelas crianças gostaram do atendimento.

### 8.2.3 – Especificidade para atendimento de criança

#### *“É um hospital específico para criança”*

O HIJPII possui tradição de ser voltado para o atendimento exclusivo de crianças, o que lhe confere especificidade maior que é percebida pelas mães como melhor qualidade do atendimento.

A importância dada ao hospital Infantil e ao especialista (pediatra) foi explicitada na transcrição das falas das informantes.

*“Aqui é hospital só infantil. Aqui tem pediatra”. (Joana)*

*“É um hospital específico para criança”. (Ana)*

*“Me dá mais tranquilidade, porque eu acho que tem menos risco de infecção, é focado só em criança. Não é grande demais... não tem aquele tanto de paciente... tem pediatra... No Posto, muitas vezes, o médico é um clínico geral, ele não entende de criança, não é formado para atender criança”. (Ângela)*

*“Aqui é hospital infantil, é uma diferença deste hospital com os outros”. (Sandra)*

Quando as mães comparam com outros serviços de urgência/emergência, elas relatam que o HIJPII é melhor, principalmente por atender somente crianças.

*“Porque lá no 1º de Maio é adulto e criança, tudo junto. A doença de adulto é mais forte que a de criança. Tenho até medo. No UPA tenho medo, atende tudo junto”. (Maria)*

*“No Pronto Socorro Venda Nova você é atendido, mas tem aquele tanto de gente doente, gritando, com sangue. Isto pode até dar um trauma nela. Criança não pode ver estas coisas. Pronto Socorro tem tanta coisa ruim, coisa feia, gente gritando”. (Ana)*

*“Porque tem hospital que tem muita gente, muito tumultuado, com criança e adulto tudo junto. Aqui é melhor, é só criança. Adulto com criança é muito complicado, o adulto tem problema de saúde diferente da criança. Lá na UPA tem muito adulto, tosse e outras doenças que dá até medo de pegar doença na criança”. (Marina)*

*“Na UPA o atendimento não é bom. Lá é muito cheia, é adulto com criança, muitas doenças, muitos idosos ficam lá passando mal dias e dias. Não tem condições! Como levar uma criança para um lugar assim? Aí não tem como. Estes dias passou na televisão, no MG TV mostrando os idosos na UPA Nordeste, gente até com derrame. Então, tem de trazer para cá”. (Sandra)*

As mães expressaram sua opinião de que o atendimento infantil não deve ser realizado junto com o atendimento de adulto. Elas demonstraram medo de que a criança presencie cenas trágicas ou até mesmo seja contaminada pela doença dos adultos.

O fato de o atendimento médico ser realizado por pediatra também foi valorizado pelas mães, na medida em que este especialista se dedica exclusivamente à criança. Essa valorização também foi um achado importante na pesquisa de Oliveira (2004), quando abordou os significados da demanda dos usuários do SUS a pronto socorros e hospitais em Juiz de Fora – MG. Os participantes da pesquisa do autor citado, expressaram que a imagem que eles possuem sobre a competência técnico-científica do médico especialista é superior à do médico generalista. Os sujeitos do estudo de Oliveira (2004) relataram não se importar em ter que se deslocar ou mesmo em ter que recorrer a mais de um médico, desde que sejam avaliados pelo especialista.

#### **8.2.4 – Facilidade de acesso**

***“Pega um ônibus só, vem rapidinho...”***

O acesso para chegar ao HIJPII é favorecido por sua localização, visto que está situado na região central e hospitalar da cidade, que é atendida por várias linhas de ônibus. Conforme informação dada pelas mães, nas entrevistas, o tempo gasto para se chegar ao hospital variou de 15 a 60 minutos, e a maioria veio de ônibus.

*“Trago aqui. É porque é mais fácil. Apesar que demora muito, mas é central. O acesso é mais fácil”. (Verônica)*

*“É o mais próximo da minha casa”. (Isabel)*

*“Pega um ônibus só, vem rapidinho, gasta meia hora ou pouco mais”. (Elza)*

*“E é perto, eu moro perto, moro na Serra, é um ônibus só, pára aqui pertinho, né?” (Raquel)*

Ludwig (2000), em seu estudo desenvolvido no Serviço de Emergência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – RS, constatou que os usuários acessam os serviços de saúde de acordo com suas prioridades e onde existe maior facilidade, o que, muitas vezes, não coincide com a missão da instituição/serviço e com as prioridades dos trabalhadores que lá estão.

### **8.2.5 – Experiências anteriores com o hospital**

***“... eu fui bem atendida da primeira vez”***

Experiências positivas anteriores, no hospital, fizeram com que as mães procurassem atendimento no mesmo local.

*“Dou preferência aqui, desde que eu fui bem atendida da primeira vez”.  
(Daniela)*

*“Eu sempre consegui atendimento para os meus filhos aqui. Porque aqui é caso de urgência. Eu gosto muito daqui, já vim aqui com meus outros dois filhos umas seis vezes”. (Clara)*

*“Já tinha trazido minha filha aqui duas vezes, quando ela era pequena, eu gostei do atendimento. Trouxe ele também, uma vez com dois anos e outra com três anos. Ele estava com febre, dor de garganta, muito ruim mesmo”.(Joana)*

Degani (2002), em seu estudo sobre a resolutividade dos problemas de saúde, na opinião dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre - RS, observou que a procura por determinado serviço de saúde não ocorre apenas pelo desejo ou pela esperança de atendimento; fundamenta-se em avaliação de experiências vividas e que acabam determinando qual serviço deverá ser acessado.

### **8.2.6 – Recomendações por pessoas conhecidas**

***“Minha vizinha falou que aqui é muito bom”***

Outras ainda não conheciam o hospital, mas foram aconselhadas por pessoas que já tiveram experiência positiva.

*“Minha vizinha falou que aqui é muito bom”. (Glória)*



*“A minha irmã já trouxe os meninos dela aqui e falou que ela foi muito bem atendida. Aqui todo mundo elogia, nunca vi ninguém falar mal desse hospital. Aí eu falei: Vou lá no CGP, vou lá hoje! Aí eu resolvi trazer aqui. Falei: tá precisando, vou lá!” (Camila)*

*“Eu já vim aqui há muito tempo, faz mais de um ano e eu gostei muito do atendimento. A minha irmã tem dois meninos e ela falou para eu trazer ele aqui. Ele estava doente, aí ela veio junto comigo e eu conheci aqui. Ela só traz os meninos dela aqui”. (Sara)*

*“As minhas cunhadas é que me falaram deste hospital, quando trouxe minha filha há muito tempo atrás.” (Joana)*

A opinião de outros usuários, familiares e vizinhos sobre os serviços prestados pela unidade de saúde e sobre o desempenho profissional dos membros da equipe, que nela atuam, influencia decisivamente na procura pelo serviço (SANTOS, 1995).

O HIJPII é referência em pediatria de Belo Horizonte e região metropolitana e é muito conhecido pela população usuária do SUS. Este hospital funciona no mesmo local desde 1982, nunca teve interrupção no atendimento, está localizado na região central da cidade, com acesso bastante facilitado pelas linhas de ônibus. Parentes, amigos, vizinhos indicam o hospital e a clientela demonstrou que tem vínculo com esta instituição conforme os depoimentos citados.

### **8.3 – Urgência e emergência na visão da mãe**

#### **8.3.1 – O conceito de urgência e emergência apreendido pela mãe**

***“Urgência tá grave, né? Emergência muito mais grave...”***

As mães têm dificuldades em conceituar e diferenciar urgência e emergência, o que já seria esperado, pois são conceitos técnicos cuja diferenciação, para leigos, pode não ser clara. Entretanto, algumas mães demonstraram ter um conceito apreendido de urgência e emergência próximo ou semelhante ao conceito adotado na organização do serviço, possivelmente por apropriação do discurso técnico científico.

*“Urgência pode esperar um pouquinho. Emergência eu acho que não pode esperar, é imediato”. (Verônica)*

*“Urgência tá grave, né? Emergência muito mais grave, tem de ser atendido primeiro”. (Isabel)*

*“Olha, urgência é uma coisa urgente. E emergência é quando está precisando daquele atendimento ali na hora, imediato”. (Ângela)*

Outras entrevistadas deram enfoques mais contundentes com base em experiências próprias:

*“Urgência e emergência é uma coisa bem grave, uma criança cair e bater a cabeça, ou então questão de desnutrição”. (Vera)*

*“Urgência para mim é mãe chegando com filho no colo já virando os olhos de tanta febre, dando convulsão. Emergência é coisa rápida, né? Ah! Eu faço muita confusão com isso”. (Ana)*

Mostraram que também há dificuldade em perceber a distinção entre urgência e emergência:

*“Acho urgência e emergência tudo igual, porque tem de atender na hora, não pode esperar”. (Alice)*

*“Emergência é um atendimento rápido, é grave. Urgência não é a mesma coisa?” (Beatriz)*

Jacquemot (2005), pesquisando as perspectivas de usuários e profissionais, encontrou que as pessoas geralmente não estabelecem diferenças, em termos de graus de gravidade, entre urgência e emergência. Falam em urgência e quando querem significar que ela é grave dizem que “é muito urgente”, que “é uma urgência mesmo.” A palavra emergência é pouco presente nas falas dos usuários, sendo as palavras “urgência” e “urgente” bem mais familiares. Quando usam a palavra “emergência”, geralmente é para designar as urgências, que chegam ao pronto socorro na viatura dos bombeiros, segundo uma assimilação forte da emergência com os serviços de resgate.

### **8.3.2 – A urgência/emergência vivenciada pela mãe**

***“... Para a mãe é isso, tudo é emergência.”***

A finalidade para o usuário da procura por serviço de urgência/emergência é diferente daquela identificada pelo profissional da instituição, definida no modelo biológico e na organização do trabalho. O usuário busca o serviço para solução de

suas necessidades que, agudas ou não, naquele momento, lhe trazem angústia e desconforto.

Ao serem abordadas sobre o que é urgência e emergência, a maioria das mães considera que, no caso de sua criança, trata-se de uma urgência/emergência.

*“Meu filho tá passando mal, pra mim já é”. (Rosana)*

*“Na verdade, no caso do meu filho pra mim já é urgência. Tosse, febre, não querendo mamar direito”. (Marina)*

*“Eu acho que é urgente. Fico com medo dela piorar”. (Júlia)*

*“E no caso de seu filho, é emergência. Para a mãe é isso, tudo é emergência”. (Verônica)*

*“Ah, para mim, qualquer coisa eu já preocupo. É urgência mesmo. Eu procuro mesmo médico, hospital. Eu já vou direto no hospital”. (Clara)*

A febre foi associada com a urgência e emergência em alguns relatos.

*“Para mim que sou mãe? Tudo! Para a gente que é mãe, uma febre de 38,5 já é urgente. Se for olhar o lado da mãe, tudo é urgente em criança. Qualquer coisa que ultrapassa a rotina já é urgente, é preocupante”. (Tereza)*

*“Com ela? Começou a ter febre, para mim já é urgência, já começou a urgência! Se ela estiver chiando também é. Mas, para mim, urgência maior é a febre. Por causa dos problemas dela com alergia de remédio”. (Sandra)*

As situações que alteram a rotina familiar também se tornam urgência.

*“O problema dela é de urgência sim. O problema dela é grave porque ela não deixa ninguém sossegado. Ela não deixou ninguém dormir esta noite. Mas eu não falei isso pra enfermeira. Mas eu quero resolver isso hoje mesmo, ela não pode ficar assim”. (Elaine)*

Jacquemot (2005) enfatiza que o conhecimento do contexto é fundamental para entender as urgências dos usuários. Pode ser que não seja tanto o problema que gere uma demanda de intervenção urgente, mas o contexto geral no qual este se manifesta e perturba. Nesse sentido, a urgência torna-se construção coletiva da qual todos participam, isto é, o doente, e também sua família e até os vizinhos. Para esclarecer melhor o aspecto contextual, essa autora explica que os profissionais de saúde possuem concepção especializada, “singularizante” e “autonomizada” da urgência. Os usuários, por sua vez, têm concepção “globalizante”, que contrasta

bastante com a concepção biomédica. As urgências vividas por leigos são configurações ameaçadoras, caracterizadas não somente pelo problema de saúde, mas também associados com outros riscos que colocam a vida em perigo. Nesse sentido, suas urgências indicam não só suas necessidades, mas, sobretudo, os transtornos e sofrimentos vivenciados – é o que “não pode esperar”.

No estudo de Barros et al (2008), detectou-se que embora haja definições técnicas para urgência e emergência, o pressuposto é de que a população usuária possui definição própria que a leva a procurar por esse serviço. Ressaltou que do ponto de vista da gestão, procurar o Serviço de Emergência - SE em situações que não se caracterizam como emergência é um problema. Entretanto, para o sujeito “doente” pode ser “solução”, pela possibilidade de alívio mais rápido para seu sofrimento.

Foldes (1994) encontrou pouca correlação entre o que os médicos e os pacientes consideram emergência em estudos americanos. Exemplos da disparidade entre perspectivas profissionais e dos pacientes são especialmente notáveis em relatos sobre pais que levam suas crianças à emergência. Em um dos estudos relatados, esse autor encontrou que os médicos concordaram com o julgamento dos pais sobre a gravidade das doenças de suas crianças, em apenas 26% dos casos revistos.

O estudo qualitativo de Woolfenden et al (2000), realizado na Austrália, avaliou as atitudes e as percepções dos pais a respeito da emergência pediátrica, quando a criança tinha problema não urgente. Os achados do referido estudo geraram a hipótese de que a experiência, o acesso e a expectativa são fatores que representam papel dominante na escolha pelo serviço. Foi observado também, que as visões dos pais são freqüentemente divergentes das tradicionalmente feitas por profissionais de saúde. Essas diferentes visões podem resultar em insatisfações em ambos os grupos e potencializar problemas na utilização dos serviços de saúde.

O estudo de Truman et al (2002), explorou comportamentos de “cuidados domiciliares oferecidos” e “busca por cuidados” de pais, que levaram suas crianças para cuidados não urgentes no serviço de emergência de um grande hospital no Canadá. Dois terços dos pais tentaram o tratamento em casa, utilizando medidas de

conforto ou medicação. Entretanto, eles necessitavam ter certeza de que poderiam levar seus filhos à emergência. A grande maioria dos pais ficou insegura ou superestimou a gravidade dos sintomas das crianças.

Para Donabedian (1980), a visão dos usuários é marcadamente subjetiva, enquanto a do especialista é técnico-científica. Os depoimentos das mães dessa pesquisa e os estudos comentados mostraram claramente a maneira peculiar e subjetiva vivenciada por aqueles que procuram atendimento na urgência/emergência. O que se constata é que há uma distância entre o que é urgência para a mãe e o conceito de urgência do profissional de saúde. Para as mães, a urgência está baseada em critérios subjetivos, culturais e sociais. Para o profissional de saúde, os critérios são técnico-científicos, apropriados do discurso científico. Portanto, entre as duas concepções existem poucos pontos em comum a não ser o do corpo material como sede da vida biológica e o espaço físico do hospital onde ocorre o atendimento.

#### **8.4 – Os sentimentos da mãe diante da doença do filho**

*“... mãe é mãe e mãe é preocupada.”*

Compreender os sentimentos da mãe diante do filho doente é fundamental para o entendimento da “urgência materna”, mesmo em casos classificados como não urgentes ou pouco urgentes pelos protocolos estabelecidos. A preocupação com o filho faz a mãe interpretar sinais e sintomas na criança, como urgência, quando de fato não se constituem urgências no discurso médico.

As mães demonstram preocupação com os filhos:

*“Me sinto doente, adoço junto com ela. Mãe é mãe, e mãe é preocupada”.  
(Iolanda)*

*“Fico preocupada porque se passar do limite, ele morre”. (Maria)*

*“Desde que ele nasceu se ficar muito preocupada, eu trago ele aqui, para caso de urgência”. (Rosana)*

Nas suas falas, elas expressam sua ligação intensa com o filho:

*“Nossa senhora! Filho é tudo!” (Alice)*

*“Quando a gente é mãe, se acontece alguma coisa com o filho da gente, a gente desespera mesmo. Elas e eles aqui precisam ter paciência com a gente. Todo mundo aqui ganha pra trabalhar, tinham de reconhecer mais o que a gente sente”. (Verônica)*

*“A mãe é que sabe das coisas, sente as coisas”. (Alice)*

Diante da doença, têm medo da perda do filho:

*“Imagina se eu perco ele? Se eu perco ele, eu morro. Deus me livre!” (Raquel)*

Algumas se culpam pelo filho estar doente:

*“Eu achei que eu sabia cuidar de nenê, mas eu não sabia nada. Não sabia se ele estava dormindo ou se estava doente. Ficou lá quietinho. Ele ter de internar, nossa... (respira fundo) Foi um baque. Se não fosse a vizinha ele tinha morrido. Aí eu ia me culpar toda a minha vida”. (Vera)*

Falam sobre a responsabilidade materna:

*“Fico vendo essas crianças que morrem por causa de coisa boba, morrendo por falta de cuidado e por falta de responsabilidade da mãe. Aí então, eu tenho medo, eu cuido mesmo. Criança tem de ter cuidado. Eu fico até com medo de voltar a fazer faxina. Ele é muito novinho, eu não tenho coragem”. (Clara)*

Abordam sobre a insegurança gerada pela in experiência:

*“Como é a primeira filha, é tudo novidade, às vezes até pode não ser nada, mas eu não sei se é ou não é”. (Luciana)*

Relatam sobre as dificuldades em conciliar trabalho, filhos e casa.

*“Fico péssima, porque assim... a gente não tem uma vida maravilhosa, é muita preocupação com os filhos, com a casa, trabalho. Quando adoecem a gente fica muito preocupada. Procuo ajuda o mais rápido possível. Eu vou pro trabalho e só fico pensando. Ontem eu liguei várias vezes do serviço pra saber como meu menino tava. Pelo menos a outra já tem oito anos, já sabe falar, mas mesmo assim se adoecer eu preocupo. O menino não sabe falar. Mãe preocupada não dorme direito, não trabalha direito”. (Marina)*

Quando não se sentem mais capazes de cuidar da criança, procuram a ajuda do médico:

*“Quando eu vejo que não tô dando conta, levo no médico”. (Maria)*

Para Winnicott (1999), pediatra e psicanalista, as mães levam seus filhos ao hospital e procuram o médico, porque estão apreensivas e se não estivessem não se dariam

conta de que a criança está doente. Esse autor observa que as mães também procuram atendimento, quando a criança está bem, mas elas não têm certeza disso e buscam informação. Mesmo nesses casos, ele acha correto que as mães procurem o médico, pois só após a constatação de que o filho está bem e com a convicção de ter cumprido a sua parte, buscando ajuda, ela deixará de sentir-se culpada. Na visão dele, é o sentimento de culpa que torna a mãe sensível e faz com que ela duvide de si mesma. Sob esse aspecto, a psicanalista Parker (1995) considera ainda que as pressões sociais e culturais sob as quais as mulheres freqüentemente exercem a maternidade as tornam especialmente ansiosas e culpadas.

A preocupação materna se traduz em capacidade de inquietação, expressão utilizada para tematizar a responsabilidade, e essa capacidade materna é considerada a alternativa que permite o desenvolvimento da criança e da mãe (WINNICOTT, 2005).

Segundo Winnicott (1975), há um vínculo natural entre mãe e filho e a esse vínculo chamamos amor. Esclarece que o amor da mãe é algo semelhante a uma força primitiva, onde se conjugam o instinto de posse, o apetite e até certo elemento de contrariedade, em momentos de exasperado humor; e há nele generosidade, energia e humildade também. Para esse autor, a vida de uma mulher modifica-se de muitas maneiras, quando ela concebe um filho; se a mãe se sentir livre e confiante em seu próprio julgamento, ela se aprimora em sua tarefa. Mas a dificuldade é que a mãe tende, naturalmente, a ter medo de sua responsabilidade e aí necessita, de fato, principalmente, do médico, da enfermeira e do apoio que esses profissionais podem fornecer para afastar suas preocupações.

Analisando a situação em um aspecto mais amplo, Santos & Santos (2003), no estudo sobre o olhar da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho, no contexto de sua história de vida, ressaltou, que em nossa sociedade, as mulheres não apenas geram os filhos, mas também assumem a responsabilidade pelos cuidados com as crianças, dedicam mais tempo aos filhos do que os homens e são responsáveis pelos primeiros laços emocionais com os bebês. Apontou também que o fato de muitas mulheres atualmente conciliarem a profissão, a casa e os cuidados com os

filhos é desgastante, aflitivo e gera angústia, que se agrava com a pressão do grupo social.

Nesta pesquisa, os depoimentos das mães entrevistadas evidenciam que elas se preocupam com seus filhos. Esta preocupação marcante expressa nas falas delas é compreensível, se considerarmos que a maternidade envolve muitas emoções, tensões, conflitos e angústias. A experiência da maternidade vivenciada por essas mães revela que a situação percebida como risco para a saúde da criança levou-as a procurar o HIJPII, que é a instância superior, como um pedido de ajuda. É preciso compreender que a mãe forma uma completude com o filho e a doença ameaça quebrar essa dualidade perfeita, ou seja, o par complementar mais perfeito, que se expressa na relação mãe-filho. Assim, qualquer coisa que ameace a integralidade dessa relação traz necessidade de buscar ajuda, visto que o amor é insuficiente para resolver.

### **8.5 – O acolhimento**

***“... Aqui não trata com tanta desigualdade...”***

Na visão das mães, o acolhimento se concretizou na relação interpessoal, estabelecida com os diversos profissionais e na percepção do ambiente limpo, organizado e receptivo.

*“As pessoas tratam bem, é aconchegante de trabalhar, não é um lugar desagradável, ninguém fica de cara feia”. (Daniela)*

*“O povo aqui é bem compreensivo. Sabe ouvir a gente. Tem hospital que a gente não pode falar nada”. (Lucila)*

*“Médico atende bem, pessoal da recepção não fica de cara feia, pessoal da portaria atende bem. Aqui não trata com tanta desigualdade”. (Marina)*

O ser humano necessita, em especial, das tecnologias de relações - de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização - denominadas “tecnologias leves” (MERHY, 1997).

As tecnologias leves usam atributos que são próprios da relação humana, e “relação” é a palavra-chave do acolhimento. Na perspectiva do cuidado humano, a relação se



expressa interpessoalmente, ou seja, entre o profissional que presta cuidado e o usuário, que recebe esse cuidado. Nessa concepção de cuidado relacional e recíproco, em que o profissional de saúde e o usuário afetam e são afetados mutuamente, estão presentes os sentimentos, as emoções, crenças, valores e saberes de ambos os sujeitos.

Para o usuário que desconhece os sinais e sintomas das doenças, qualquer manifestação diferente ou anormal gera muito temor e insegurança. Para os profissionais de saúde, existem condições que possibilitam identificar esses sinais e sintomas, que representam real risco de vida.

O usuário demonstra de várias formas suas necessidades. É preciso estar atento a qualquer tipo de expressão dessas necessidades, seja através da comunicação verbal ou não verbal, tornando-as fontes de informação na interação com o usuário. A comunicação é definida por Bordenave (1985), como necessidade básica do ser humano, do ser social. A comunicação “confunde-se com a própria vida”, caracterizando-se pelo processo contínuo e progressivo de compartilhar e compreender mensagens, que, associado à forma como se dá o intercâmbio de informações, influencia o comportamento das pessoas a curto, médio e longo prazos. Permite que experiências, idéias e sentimentos sejam compartilhados, transformando a realidade, tornando nítido o conceito de processo, uma vez que as experiências dos elementos nele envolvidos tornam-se interdependentes, na proporção em que participam da interação.

Aspectos como a observação e a escuta tornam-se imperiosos no estabelecimento da comunicação, na perspectiva do acolhimento. Leitão (1975), ao trabalhar a temática da escuta, diz que a fala do usuário está sendo ouvida e não escutada pelos profissionais de saúde. Essa autora fez uma reflexão sobre a importância da escuta mais acolhedora e minuciosa nos serviços de saúde, destacando a necessidade de atendimento individualizado, com respeito ao outro, em sua vida e em seu contexto. Uma escuta qualificada, além de proporcionar melhor atendimento, ajudará o paciente a percorrer o caminho da solução da sua necessidade. A escuta pressupõe perceber o outro como indivíduo, valorizando suas necessidades, sofrimentos, experiências de vida, interpretando o pensar, o sentir e o agir, no

contexto de vida em que o usuário está inserido. Significa apreender na relação trabalhador/usuário, despojando-se de poder e autoridade (LEITÃO, 1975; MATUMOTO, 1998).

A escuta ultrapassa a captação de mensagens verbais, buscando o significado do falado, retendo os pontos mais importantes. O profissional, através da escuta, deve buscar ver o usuário além de sua queixa. A escuta pode ser acolhedora, com valorização das queixas, dispensando atenção e respeito ao usuário, ajudando-o a percorrer o caminho da resolução de seu problema. A exatidão no emprego das palavras para a comunicação com os usuários torna-se relevante para o acolhimento. A fala expressa o envolvimento e o compromisso com o fazer.

Miranda & Miranda (1996), enfocando o acolhimento como uma das etapas da construção da relação de ajuda, dentre outros aspectos enfatiza a importância do primeiro contato, como o chamar pelo nome, cumprimentar, individualizar o atendimento, concentrar-se sobre aquele usuário em especial, dispensando-lhe atenção completa, não se ocupando de outras coisas ao mesmo tempo. Para o acolhimento, outros cuidados também são valiosos, pois favorecem a abertura a certa disponibilidade para a relação como, por exemplo, sinalizando a percepção de sua presença com o olhar, acomodando o usuário, buscando rapidamente alívio para sua dor ou sofrimento mais imediatos, transmitindo receptividade e interesse, valorizando a presença do usuário dando atenção ao acompanhante, expressando a importância de seu envolvimento na situação.

O relacionamento empático pode ser a base para a compreensão e atendimento adequado do paciente. Quando uma pessoa se coloca no lugar da “outra” consegue ampliar a percepção quanto às reais necessidades da mesma. A atitude empática dos profissionais pode fazer grande diferença, mesmo num breve contato.

Para Silva (2002), uma das responsabilidades dos profissionais de saúde em relação ao atendimento dos clientes é a de “não aumentar a pressão onde a pressão já existe”. Essa autora explica que, para se reduzir a pressão no ambiente e nas relações interpessoais, é fundamental compreender a importância do equilíbrio nas relações com o cliente. A comunicação adequada é aquela que tenta reduzir

conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução dos problemas detectados na interação com os pacientes.

A comunicação com a clientela pode ser aprimorada por meio de aprendizado, e é necessária mudança de comportamento por parte dos profissionais, para tornar esse processo mais efetivo. Todo investimento na ampliação e diversificação dos canais de comunicação resulta na melhoria da qualidade das informações e da assistência. No caso do HIJPII, a humanização do atendimento requer que haja, nos espaços de comunicação, compreensão das diferenças de visões e anseios, que sempre estarão presentes na relação entre profissionais e usuários.

Um ambiente acolhedor se objetiva em um conjunto de ações, dentre elas, o cuidado com os diversos locais onde ocorre o atendimento. O ambiente físico foi percebido pelas mães como aspecto positivo para o acolhimento e elas destacaram a importância da limpeza do ambiente.

*“Hospital muito limpo, sujo eu não gosto. Por isso eu escolho aqui também, a sala é limpa, o corredor é limpo. É o hospital mais limpo!” (Maria)*

*“E agora aqui tá limpinho, os banheiros limpinhos. Hoje aqui tá tudo separadinho. Tem mais sala. Tá tudo mais dividido, lá embaixo tá tudo arrumadinho. Tem a senha, as moças atendendo a gente logo que chega, a enfermeira olhando tudo para ver se tá grave. Sabe, dá até mais tranqüillidade para a mãe e a criança. Não tá dando aquela sensação pesada, daquele tanto de criança tudo misturado. Ficava tudo enrolada antes, muito agitado. Hoje ela desenhou, assistiu desenho animado na televisão. A parede tava tão bonita com tanto desenho das crianças! Tudo pintadinho, com cor alegre, né filha”? (Ana)*

Um ambiente receptivo, limpo, claro e organizado, reflete uma atenção antecipada com o usuário, na relação de atendimento. Nesse sentido, os profissionais do HIJPII preparam o ambiente para proporcionar conforto e bem-estar aos acompanhantes e às crianças, a despeito das características intrínsecas do hospital, como ambiente frio e impessoal. A presença de detalhes lúdicos, na sala de espera da classificação de risco, configura-se como possibilidade concreta de tornar o ambiente hospitalar mais agradável e humanizado, facilitando a comunicação, a socialização e a integração das pessoas que aguardam atendimento.

### 8.5.1 – A Classificação de risco

A priorização de atendimento baseado na classificação de risco é a lógica adotada pelo HIJPII para prestar assistência às crianças que demandam o serviço de urgência/emergência. De acordo com essa classificação, existem critérios estabelecidos para avaliação da gravidade da doença da criança.

A mãe possui critérios próprios e subjetivos, portanto, o seu conceito de risco pode não ser o mesmo do hospital. A mãe não compreende bem a forma de organização do serviço e essa dificuldade de compreensão do processo contribui para desencadear conflitos e insatisfações.

#### 8.5.1.1 – A Classificação de risco na percepção da mãe

***“Então para mim é urgente, não tem importância a cor...”***

As entrevistas foram realizadas somente com mães de crianças cujos casos não foram considerados de urgência/emergência, isto é, as que receberam classificação verde e azul.

Algumas mães demonstraram não levar em conta a classificação e insistiram na “sua urgência”:

*“Bom, se eles aqui acham que não é urgente, com certeza deve ser porque aparecem casos piores que a minha filha. Mas, eu como mãe, acho que o caso dela é urgente. Acho que é urgente sim!” (Camila)*

*“Então para mim é urgente, não tem importância a cor, eu não arrependo de ter vindo”. (Clara)*

Uma das mães até associou a urgência e a emergência com o vermelho da classificação de risco:

*“O vermelho eu acho que é caso que carro atropelou, queimadura, perna quebrada, cachorro mordeu”. (Alice)*

Outras conseguiram compreender a prioridade para o atendimento e até concordaram com a classificação recebida para sua criança:

*“Eu acho que ela precisa de atendimento hoje, porque problema de urina envolve riscos, envolve muitas coisas. Se chegar uma criança mais grave, tem de ter prioridade. Ela é criança, não sabe expressar, eu não sei o que está acontecendo. E ela precisa ser atendida! Não é com aquela emergência imediata! Mas, tem de ser atendida!” (Ângela)*

Mesmo a criança recebendo classificação como pouco urgente, cor verde ou classificação não urgente, cor azul, as mães preferem esperar o atendimento com medo de que a situação se agrave:

*“Eu trouxe para não se tornar uma coisa de urgência. Acho que o caso dela não é de urgência/emergência. Não chega a ser urgência. Mas precisa ser cuidada”. (Amélia)*

*“No caso da minha filha não é grave, mas não pode esperar. Pra mim tudo é grave do jeito que ela tá. E se vira uma pneumonia?” (Alice)*

*“ Eu sei que ele não tá correndo risco. Mas se eu não procurar atendimento, pode virar urgência. Febre pode dar convulsão. Eu acho que o caso dele não é grave, mas tem de cuidar”. (Joana)*

*“Grave, grave, grave, hoje não é não. Ele já teve pior. Eu só trouxe aqui porque fiquei com medo dele piorar mais”. (Maria)*

Algumas mães sabem que a criança não está grave, mas tem sintomas que incomodam e querem que o problema seja resolvido.

*“Não é urgência, mas mesmo assim eu trouxe aqui. Precisa melhorar a tosse com urgência, ela tá muito incomodada”. (Iolanda)*

Outras buscam a orientação, o diagnóstico e o conforto que tranquilizem suas preocupações e temores:

*“Não é urgência a ponto de ser internado. Mas não posso ficar em casa esperando ele melhorar, parada. Eu preciso buscar orientação médica”. (Rosana)*

Uma das mães relata sua experiência dolorosa e negativa com a classificação quando sua criança foi avaliada pelo médico como grave e com indicação de internação imediata para cirurgia:

*“Depois que a enfermeira classificou ele, eu subi com ele, e ele começou a vomitar... eu falei para ela que ele não estava conseguindo andar, chorando, sentindo dor e ela falou: ‘é assim mesmo, mãe’. Ele tinha sido classificado como pouco urgente, da cor verde. Mas, eu esperei e quando chegou a vez dele a médica falou que era muito urgente, que o caso era de cirurgia e que aqui não tinha como fazer a cirurgia. Daqui ele foi direto transferido para a Santa Casa e fez cirurgia no mesmo dia, de apendicite”. (Raquel)*

Alves e Rabelo (1998) consideram que toda a história de doença e tratamento contém um movimento, mais ou menos pronunciado entre o velho e o novo. Tais movimentos envolvem processos de resistência, remanejamento e mudança de hábitos, os quais possuem uma complexidade que dificulta sua compreensão, a partir de enfoques que estão centrados nas “representações” e nas “práticas”. Afirmam, ainda, que a experiência do adoecer aponta simultaneamente para dois pólos, os dos hábitos arraigados, que resistem à incorporação de novas representações no delineamento do comportamento e, por outro lado, envolve a formação de novos hábitos.

A implantação do acolhimento com classificação de risco reorienta a abordagem da população, priorizando casos de acordo com a gravidade. As mães/acompanhantes estavam habituadas a outra abordagem, ou seja, o atendimento por ordem de chegada, a “triagem” feita pelos porteiros quando estes eram pressionados ou se a criança passava mal durante a espera, dentre outras. Portanto, é esperado que os usuários demonstrem resistência ao novo modelo, visto que estavam acostumados a uma determinada forma de atendimento.

#### **8.5.1.2 – A enfermeira e a classificação de risco**

*“... enfermeira é boa, mas não é médica...”*

A forma como está organizada a maioria dos processos de trabalho, em saúde, tem reforçado que o único profissional capacitado a prestar cuidados à pessoa doente é o médico. Assim, os usuários procuram os serviços de saúde em busca do atendimento médico. As mães deixam clara a não aceitação da enfermeira para definir a gravidade da doença de suas crianças, evidenciando seu entendimento da limitação da profissional para essa atividade.

*“Sabe como é, enfermeira é boa, mas não é médica. Acho que certas coisas não cabe a ela”. (Joana)*

*“Mas como ela vai saber que não é grave? Entendeu? Ela não fez exame, não olhou um raio x, não sabe da medicação. Eu acho que é só pra demorar pra gente subir”. (Verônica)*

*“Então, assim, eu penso que este negócio de enfermeira decidir o que é urgente e o que não é, eu acho que é besteira. Tem de ter prioridade com criança que está com febre, com dor. Você vendo, você sabe. A mãe tem de ser mais ouvida. Eu voltei, voltei de novo, falei com ela, insisti, fez uma cara feia. Me ignorou, né?” (Raquel)*

De acordo com Franco et al (1999), os profissionais de enfermagem que atuam no acolhimento, têm a oportunidade de usar o conhecimento para a assistência, baseado na escuta e na busca de solução de problemas trazidos pela população. Além disso, esses autores acreditam que os profissionais de enfermagem passam a ter mais autonomia no trabalho. Eles esclarecem que, quando a assistência fica centrada no médico, o profissional de enfermagem fica impedido de realizar todo o seu potencial técnico, reduzindo sua capacidade de intervenção. Contudo, Franco et al (1999) salientam que esse novo papel da enfermagem, no acolhimento, não ocorre sem tensões, pois subjacente a esse processo está a disputa pela supremacia do saber e do poder no serviço de saúde, até então, monopólio médico.

Os depoimentos das mães demonstraram a dificuldade de aceitação da enfermeira na classificação de risco, pois o modelo biomédico é o vigente e o médico é o profissional de referência para elas. Um dos depoimentos citado considera, inclusive, que a avaliação da enfermeira “atrasa” o atendimento médico da criança.

É necessário repensar o processo de trabalho do ambulatório de urgência e emergência do HIJPII, principalmente no que diz respeito à enfermagem, partindo de uma avaliação mais detida da atividade da enfermeira na classificação de risco. Considerando-se que os casos classificados como pouco urgentes (verdes) e não urgentes (azuis) representam a maior parte do atendimento, a intervenção da enfermeira, durante a classificação, pode ser oportuna, no sentido de se avançar além dos protocolos estabelecidos e aproveitar esse momento para escuta e orientação.

A escuta que se tem feito às mães é clínica, focalizada nas queixas, conseqüentemente a intervenção realizada é pontual. Se a enfermeira disponibilizar um pouco mais de tempo para a escuta, exame físico da criança e orientação da mãe, talvez comece a ficar mais claro, para as mães, a função desta profissional no acolhimento, investida de identidade e conduta profissional distinta do médico. A escuta feita pela enfermeira pode diminuir a angústia das mães e ajudá-las a compreender a real gravidade das crianças, contribuindo para melhor aceitação do atendimento feito por essa profissional, além de priorizar o atendimento da criança que mais necessita. Pode ser a oportunidade de evoluir da “triagem” para o “acolhimento com classificação de risco”.

### 8.6- Tempo de espera

*“... aqui a gente sempre espera...”*

As mães e as crianças que participaram da pesquisa permaneceram no serviço por um período de espera, pelos atendimentos e procedimentos, que variou aproximadamente de 1h até 7h. A referência de tempo de espera definido pela instituição, para o primeiro contato com o pediatra, é de 2h para os casos classificados com a cor verde e de 4h para os casos classificados com a cor azul. Na realidade, esse tempo é apenas referência, visto que, nos casos estudados, o mesmo foi maior ou menor dependendo de vários aspectos, como demanda para atendimento, número de médicos pediatras por plantão ou até mesmo o horário de chegada da criança. Os boletins estatísticos da instituição mostram que o horário compreendido entre 10h e 17h é o mais procurado pelos usuários, podendo provocar, conseqüentemente, maior tempo de espera para o atendimento (MINAS GERAIS, 2007).

Os relatos abaixo indicam que, apesar da demora para o atendimento, as mães preferem esperar:

*“Aqui eu gosto porque resolve tudo no dia, pode até demorar”. (Ana)*

*“Sei que posso ficar aqui o dia inteiro, conforme a enfermeira explicou, mas eu espero”. (Joana)*

*“Tem dia que a gente vem demora um pouco mais. É uma coisa que demora*



*mas compensa". (Lucila)*

*"Também porque eu sei que não vou sair sem atendimento. Por mais que demora, mas eu nunca saí daqui sem ser atendida. Graças a Deus, nossa!" (Raquel)*

*"Porque aqui a gente sempre espera. Hoje aqui até que tá tranquilo. Eu já fiquei aqui no máximo três horas, dá para esperar". (Sandra)*

O estudo de Oliveira (2004) com os usuários do SUS de Juiz de Fora – MG, mostrou que a rotina de buscar um serviço de saúde, bem como a possibilidade de efetivação do atendimento, tornou-se sinônimo de espera. O mesmo fato se reproduz nos serviços de urgência/emergência, que embora ofereçam maior resolutividade que outros serviços, implicam em espera, geralmente aceita pelo usuário como normal. Do ponto de vista do usuário, o tempo de espera não importa tanto quando existe a certeza do atendimento. Assim, a segurança em relação à obtenção do atendimento no pronto-socorro ou hospital se contrapõe à contingência de incerteza referida à Unidade Básica de Saúde do bairro.

Contudo, algumas entrevistadas expressaram insatisfação com a espera:

*"Eu sei que tem falhas aqui. Olha o tempo que estamos esperando". (Beatriz)*

*"Cheguei as sete e trinta e já são mais de nove horas. Devia ser uma coisa mais humana". (Tereza)*

*"A enfermeira falou que pode esperar porque não é o filho dela". (Alice)*

Uma das mães demonstrou o desejo de ter plano de saúde para resolver o problema da demora:

*"Queria ter plano de saúde para ela porque é muita demora no SUS, a criança fica chorando e eu não sei o que ela tem. Eu fico chateada de ficar esperando. Às vezes você podia ligar para o médico pelo convênio e pelo telefone o médico podia dar orientação pra gente. Aqui não. É esperar. É esperar... mas sei que pelo menos vou ser atendida". (Verônica)*

Em pesquisa realizada por Franco et al (1998) em ambulatório de pediatria do SUS, a demora para receber atendimento foi o principal problema apontado pelos usuários.

Para Matumoto (1998), a espera pelo atendimento mostra como se efetua o acolhimento do usuário. O usuário quase sempre tem pressa de ser atendido, principalmente quando procura o serviço em situações não programadas ou no pronto atendimento. Essa pressa do usuário representa o tempo interno de que dispõe, para suportar a espera pelo atendimento. Essas perspectivas sobre o tempo devem ser consideradas, quando se pensa na estruturação de um serviço sob a ótica do acolhimento. A percepção do tempo parece que não pode ser diferente, diante da “rapidez” com que as coisas acontecem no mundo, ficando sempre a sensação de que tem algo que está deixando de ser feito ou que se está perdendo.

Quando a mãe decide procurar o serviço, ela já introjetou a idéia de que a criança necessita de atendimento médico imediato. De qualquer forma, ao chegar no HIJPII, o caso de sua criança passa a ser o mais importante e urgente, sendo penosa qualquer espera.

### **8.7 - Expectativa do atendimento**

***“... ver o caso da menina, ter mais diálogo, ver o problema, resolver o problema...”***

Nos seus depoimentos, as mães revelaram suas expectativas, principalmente em relação à consulta médica e à intervenção necessária para a melhora da criança.

*“Eu espero que aqui eles me tranquilizem para o problema dele. Ele passando pelo médico e dando um diagnóstico, o remédio correto, eu fico mais tranquila”. (Joana)*

*“As pessoas conversarem com a gente, atenderem bem a família, a médica perguntar o que tá acontecendo, ver o caso da menina, ter mais diálogo, ver o problema, resolver o problema. Uns dão receita, não conversa muito”. (Alice)*

*“Eu espero que seja eficaz, que me fale o que ela tem. Passar o medicamento certo. Tenho medo de medicamento quando não é o certo”. (Verônica)*

*“Eu espero sair daqui com ele bom, quero saber o que ele tem, resolver o meu problema”. (Raquel)*

*“Espero que olhe minha filha e fale o que ela tem. Quando eu cheguei aqui me atenderam muito bem lá na chegada. Aqui tem pediatra pra eu ouvir outra opinião”. (Camila)*

De acordo com Ryan et al (2005), em estudo realizado na Austrália, são elevadas as expectativas dos pais, que procuram serviços de emergência pediátrica com filhos que apresentam problemas crônicos e/ou não urgentes. O atendimento a pacientes com problemas não urgentes ou pacientes “categoria cinco” (improvável de ser internado, improvável de requerer tempo de dedicação excessiva do corpo clínico e que pode esperar por duas horas ou mais para ser atendido) tem sido um problema antigo, nos serviços de atendimento de urgência pediátrica. Muitas dessas famílias deixam de procurar os serviços locais e têm a percepção de que o hospital é a solução para seus problemas. Sob o ponto de vista do serviço de emergência pediátrica, existe a percepção de que as expectativas desses pais são irreais e que vão além das possibilidades oferecidas; que eles geralmente esperam solução imediata para problemas que, às vezes, vêm de muito tempo, sobrecarregando um serviço que tem capacidade limitada e que deve, por necessidade, priorizar o atendimento de casos mais agudos. Os pais geralmente sentem que os serviços de atenção primária falharam e buscam o serviço de emergência para a resolução dos problemas de suas crianças.

Santos (1995), avaliando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, na categoria expectativa dos usuários, encontrou quatro componentes: atenção percebida, sucesso do atendimento, utilização de outros serviços e higiene do ambiente. Acrescenta ainda que os usuários que procuram o serviço por motivo de doença, além da relação interpessoal, esperam também a eficácia do atendimento.

Neste estudo, foi possível perceber que quando as mães procuram o HIJPII, levam consigo expectativas em relação ao atendimento. O que elas esperam é “ver o caso da menina”, “ter mais diálogo”, “olhar o problema”, “resolver o problema”. As entrevistadas mostraram, nos depoimentos, que esperam um bom atendimento que inclui não apenas o exame e o medicamento, mas também a competência dos profissionais para resolver o problema e desenvolver uma relação interpessoal de qualidade.

## 8.8 – Unidade Básica de Saúde e outros serviços – Por que não?

*“No Posto é para controle...”*

De acordo com a organização do SUS, o local mais adequado para o atendimento de crianças com problemas de saúde, não classificadas como urgência/emergência, seria a Unidade Básica de Saúde - UBS.

A população de Belo Horizonte conta atualmente com quatorze portas de entrada de urgência no município, sendo sete Unidades de Pronto Atendimento e sete de Pronto Socorro Hospitalar. São 144 UBS distribuídas em nove regionais: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2008). As equipes de saúde da família atuam no espaço das UBS em conjunto com os demais profissionais que compõem a atenção básica. A rede de atenção básica conta com 508 equipes de saúde da família, o que representa cobertura de aproximadamente 75% da população da cidade (BELO HORIZONTE, 2008). A redução do número de atendimentos ambulatoriais nas emergências hospitalares é um dos resultados esperados com a implantação da Estratégia da Saúde da Família, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS, 2006). Apesar da oferta da atenção básica e da cobertura ampla do PSF em Belo Horizonte, verifica-se a busca pelo serviço de urgência e emergência de casos que poderiam ser resolvidos no nível primário.

Embora tenham demonstrado conhecer a UBS responsável pela sua área de moradia, apenas quatro mães informaram ter o cadastro no Programa Saúde da Família. As mães entrevistadas neste estudo consideraram que a UBS é o lugar da promoção da saúde, ou seja, o serviço onde é feito “controle e vacina” dos filhos. No momento da entrevista, a maioria delas trazia consigo a Caderneta de Saúde da Criança ou o Cartão da Criança. Apenas duas mães não portavam a Caderneta ou Cartão e não sabiam informar o nome da UBS responsável pela sua área, embora afirmassem que seus filhos estivessem com as vacinas em dia.

Todas as entrevistadas se referem a UBS como “Posto”.

*“No Posto é para controle. A criança nasce e tem de acompanhar, pesar, tomar vacina. Se for uma gripe, uma febre baixa e tal, também dá. Agora, se eu ver que não é só isso, eu não levo lá não. O que eu faço aqui, eu não faço lá no Posto: um RX na hora, um exame de urina. Exame lá demora uma semana, 10 dias. O atendimento aqui é muito diferente porque tem tudo que eu preciso, tudo que eu precisar fazer. Não é igual no Posto que vai num dia, volta no outro dia. Eu venho aqui porque atende, faz exame e já vou embora com o resultado do exame se for preciso fazer exame. Medicamento também, aqui já sai medicado. Aqui examina melhor também”. (Ângela)*

Para algumas mães, o atendimento é demorado e a doença da criança não pode esperar:

*“Eu vou lá mais para controle, vacina. Doença não agüenta esperar. Ainda mais criança. Eu não espero. Adulto parece que agüenta mais, é mais forte. A criança fica quase sem respirar, não pode dar qualquer remédio. Criança não pode esperar”. (Maria)*

Elas acham que os exames complementares são muito importantes quando a criança está doente. Na UBS, os exames demoram a ficar prontos. No HIJPII, além da facilidade de se fazer exames, os resultados são entregues no mesmo dia.

*“Vai no Posto um exame demora uns 6 dias para dar o resultado. Aí a criança até chegar o resultado já piorou ou não tem mais nada”. (Ana)*

*“Exame é importante, ajuda a esclarecer o que está acontecendo com uma pessoa. Aqui faz exames e é no dia”. (Verônica)*

*“Exame é um jeito de você tirar a dúvida, né? Dúvida do que tem a criança. O exame é importante porque aí dá o medicamento certo”. (Isabel)*

*“O RX vê se o pulmão está com infecção, o exame da urina também vê infecção. Então, o exame ajuda muito, esclarece de onde está vindo a febre. Isto para mim é decisivo para eu vir para cá”. (Sandra)*

Algumas mães reclamam da falta de medicamentos na UBS:

*“Ah... porque lá no Posto demora muito pra atender, não passa medicamento direito, não tem jeito de fazer exame logo se precisar. Eles só dão remédio para desentupir nariz. E nunca tem remédio na farmácia.” (Luciana)*

Uma delas comenta que perdeu a confiança no atendimento da UBS:

*“Aí eu perdi a confiança no Posto, porque lá só olha a garganta e o ouvido e mais nada. Tudo é virose!” (Sandra)*

A estrutura precária da UBS é referida por esta mesma mãe.

*“Uma vez eu fui lá no Posto com ela e não tinha nem termômetro. Imagina! Dentro de um Posto de Saúde! Lá é muito carente, não tem estrutura”. (Sandra)*

Outra mãe gosta do atendimento na UBS, mas relata que tem dificuldade de levar a criança a esse serviço devido à limitação do horário de funcionamento:

*“Eu não tenho a reclamar assim do Posto. Eu trabalho à noite, posso levar de dia, mas de noite lá não abre e nem no final de semana. Passa mal, então tem de trazer para cá. Lá é bom também, mas é muito raro eu usar, é só controle e vacina e está tudo em dia. É pertinho da minha casa, tem pediatra, vacina, vitamina, tem tudo lá. Mas criança que tem bronquite asmática, costuma piorar a noite. O outro de dois anos também tem bronquite, todos dois tem bronquite desde de pequeno. Então se passa mal de noite e final de semana é só aqui mesmo. Quando dá eu levo lá dia de semana”. (Raquel)*

Na UBS, a enfermeira também atende e elas preferem o atendimento do médico:

*“Aqui você consulta com médico. Lá no Posto você espera duas, três horas e ainda é para ser atendido por uma enfermeira. Eu pergunto: porque elas não avisam que não tem médico? Senão eu nem ia esperar”. (Vera)*

O modelo de assistência predominante no ideário da população ainda é o da atenção médico-hospitalar, centrada no atendimento médico (CECÍLIO, 1997). No que diz respeito ao uso dos serviços, a preferência individual das pessoas pelo atendimento hospitalar faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que tem no itinerário da busca da população pela cura a representação de que o hospital é o lugar que reúne as possibilidades de solucionar seu problema de saúde. O hospital, representado pelo pronto atendimento e as emergências, apesar de superlotado, impessoal e atuando sobre a queixa principal, aparece como o local que reúne o somatório de recursos da medicina oficial, quais sejam: consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, se necessário (COHN et al, 1991; CANESQUI, 1992).

Oliveira (2004) em seu estudo em Juiz de Fora – MG verificou que a disponibilidade de recursos na unidade de saúde – incluindo desde medicamentos básicos até recursos tecnologicamente mais sofisticados – também é componente significativo da imagem de qualidade que o usuário tem sobre o cuidado de saúde a ser recebido. Em sua pesquisa, o discurso dos usuários participantes elucidou o quanto

a imagem sobre os serviços de saúde é afetada em função de sua maior ou menor disponibilidade de recursos.

Pinheiro (2001), a esse respeito, comentou a influência do modelo hegemônico na tendência à sobrevalorização da sofisticação tecnológica, como ferramenta de atenção e cuidado com a saúde. Tudo indica que isso se encontra muito relacionado à percepção cotidiana do usuário, no contexto de suas experiências concretas de sofrimento, sobre a importância desses recursos na obtenção do alívio para esse sofrimento. Nesse estudo, ficou também evidente, na fala dos usuários, que a imagem que eles possuem sobre a disponibilidade de recursos nas UBS é muito ruim em relação aos serviços de urgência e hospitais.

Em sua dissertação de mestrado, Rocha (2005) estudando os determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA's de Belo Horizonte, constatou que os principais determinantes da procura pelo serviço foram a garantia de atendimento, a disponibilidade tecnológica em termos de equipamento, o atendimento médico, a rapidez e a agilidade para resolver o problema de saúde. Ressaltou que na fala dos usuários, a falta de resolutividade das UBS é recorrente.

Os resultados de avaliação do Programa Saúde da Família - PSF em dez grandes centros urbanos do País, em estudo realizado por Giovanella et al (2003), evidenciaram que, na maior parte dos municípios estudados, as Unidades de Saúde da Família - USF ainda não se tornaram a porta de entrada de um sistema de atenção à saúde integrado. As autoras do referido estudo acreditam que a baixa proporção da procura da USF, frente a episódio de doença, pode estar relacionada às barreiras de acesso decorrentes de horários de funcionamento, adscrição ao local de moradia (e não de trabalho), às dificuldades em garantir simultaneamente atendimento à demanda espontânea e aos grupos não prioritários, e à implantação recente do serviço. Como conclusão, os resultados indicaram ser necessário repensar horários de funcionamento das Unidades e estabelecer fluxos de informação e referência entre os serviços de urgência e de pronto atendimento e as USF.

Barros (2008), estudando o processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família - USF em um município do RJ, investigou os motivos que estariam levando a população adscrita ao Serviço de Emergência - SE. Os principais fatores encontrados foram a organização do trabalho da USF, a acessibilidade geográfica e operacional do SE, bem como o seu aparato tecnológico.

O estudo de Kovacs (2005) demonstrou que a resolubilidade da rede hierarquizada, em cada nível e no sistema como um todo, está vinculada à qualidade técnica, definida segundo os critérios e normas, às relações interpessoais, à globalidade e continuidade na utilização dos recursos disponíveis, acrescidos dos conhecimentos, experiências e concepções que orientam as decisões acerca da saúde e da doença, num dado contexto sociocultural. Esses aspectos perpassam interações entre oferta e demanda na atenção à criança, com ambulatórios especializados e serviços de urgência, sendo importantes portas de entrada no sistema de saúde. Essa autora considera que apesar dos significativos avanços obtidos no processo de descentralização, sobretudo a partir da estratégia Saúde da Família, a relação oferta e demanda na rede básica continua expressando o confronto de interesses e necessidades. A procura dos serviços de maior densidade tecnológica é canalizada para problemas de saúde que, olhados sob a perspectiva técnica, poderiam ser resolvidos no nível primário. O acolhimento, proposta de reorganização dos serviços para garantir acesso, resolubilidade e atendimento humanizado é uma tentativa de minimizar esses obstáculos. Contudo, afora as dificuldades da rede de serviços, a demanda espontânea traduz outras formas de conceber, valorizar e agir frente ao adoecimento.

### **8.9 – O que as mães gostariam de dizer...**

***“Então eu acho que quem trabalha aqui tem de ter paciência...”***

Ao serem perguntadas sobre o que gostariam de dizer para as pessoas que trabalham no HIJPII, as mães tanto elogiaram os serviços da equipe, quanto solicitaram atendimento mais humano, mais paciência e educação, por parte dos profissionais.



*“Tem de ter paciência, tem muita gente e gente de muitos lugares. É a gente e as pessoas que trabalham aqui. Lá fora, na sala que a gente fica esperando, a gente fica impaciente. Porque demora. As mães reclamam que tá demorando, é muita gente. Tem gente que chega mais cedo e espera mais. Então eu acho que quem trabalha aqui tem de ter paciência e a gente também. Eu entendi o que você explicou sobre a cor, que tem caso que vai esperar mais. Mas a gente quer mesmo é ser atendido, sem demorar demais, né?” (Luciana)*

*“Que as moças lá de baixo pudessem ser mais receptivas, dar um sorriso. A gente já chega aqui chateado porque os filhos não estão bem. Então precisa ser mais aconchegante. A criança precisa disto! E a mãe fica alegre de tratar os filhos bem! Os porteiros são bons, são atenciosos. Eu gosto dos pediatras, mas tem uns que são sérios, não conversam muito com a mãe, não perguntam assim: “Como vai? Mãe, como eu posso te ajudar? O que te preocupa? ” Não assim de se colocar numa posição melhor ou que diminui a gente. Fazer de coração o que faz!” (Ângela)*

*“Que continuem acreditando que pode melhorar mais. Não é todo mundo que tem paciência com criança chorando e com mães agitadas. As mães ficam agitadas mesmo”. (Ana)*

*“Pra atender a gente bem, pra melhorar o atendimento cada vez mais e não deixar a gente esperando muito”. (Odete)*

*“Assim... que é bom. Mas que seja cada vez melhor. É que cada vez seja melhor, é o atendimento todo”. (Sara)*

*“Então, assim, tem de ouvir mais as mães. (pausa) Porque a mãe, por mais analfabeta que ela seja, ela sente o filho, entendeu? Por mais ou menos instruída que ela seja, ela sabe quando o filho está sentindo dor. Esta questão é que me dói”. (Raquel)*

*“Ah... que estão de parabéns! Que continuem a fazer bem o serviço. Para ficar cada vez melhor!” (Sandra)*

Enfim, é preciso “ter paciência”. Então, é essencial que os profissionais compreendam que a maneira como o paciente percebe os fatos à sua volta influencia na conduta mais do que a realidade em si. As pessoas, de modo geral, vêem e ouvem apenas o que esperam e o que querem. Isso acontece porque elas tendem a sentir e a agir de acordo com os seus próprios referenciais de vida. E, sobretudo, é importante não esquecer que o aprendizado das relações humanas é construção diária e que cada pessoa, ao ser acolhida, deve ter respeitada sua singularidade.

## 9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Doença não agüenta esperar. Ainda mais criança. Eu não espero. Adulto parece que agüenta mais, é mais forte. A criança fica quase sem respirar, não pode dar qualquer remédio. Criança não pode esperar.*

*Maria (mãe entrevistada)*

*Somos culpados de muitos erros e muitas falhas, mas nosso pior crime é abandonar as crianças, desprezando a fonte da vida. Muitas das coisas que precisamos podem esperar. A criança não pode. É exatamente agora que seus ossos estão se formando, seu sangue é produzido, e seus sentidos estão se desenvolvendo. Para ela não podemos responder “Amanhã”. Seu nome é “Hoje”.*

*Gabriela Mistral*

A realização deste estudo possibilitou um olhar sobre as necessidades das mães que procuram atendimento para suas crianças no ambulatório de urgência/emergência do HIJPII e apontou subsídios para uma reflexão sobre a forma de organização do serviço e o acolhimento prestado aos usuários.

Evidenciou-se que a concepção de urgência/emergência para as mães é diferente daquela adotada pela instituição. O desacordo entre a concepção de urgência/emergência das mães e aquela estabelecida na classificação de risco, mostra a necessidade de os profissionais assumirem com elas atitude mais comunicativa. As mães demonstraram que não compreendem a classificação de risco e as prioridades do atendimento. Foram identificados alguns fatores que dificultam a comunicação no processo de acolhimento:

- os profissionais estão mais voltados para os procedimentos do que para o acolhimento e o processo de trabalho é direcionado para o atendimento médico;
- a cristalização das rotinas limita a escuta dos profissionais e a flexibilização na tomada de decisões, enrijecendo o processo de trabalho;
- há limitações da instituição na absorção de toda a clientela em alguns períodos do ano;

- muitas vezes há excesso de pessoas no ambiente, em função do limite do espaço físico;
- o vidro no guichê de atendimento dificulta o diálogo entre acompanhantes e profissionais;
- geralmente existe demora para obtenção dos resultados dos exames de sangue;
- há sobrecarga de trabalho nos diversos setores;
- não há como negar a pressão e a angústia dos familiares para obter soluções para os problemas de saúde de suas crianças;
- a ficha de atendimento, a senha e o painel eletrônico não são de fácil compreensão para as mães/acompanhantes, gerando dúvidas quanto à classificação e a ordem de atendimento. Elas recorrem freqüentemente ao porteiro e às auxiliares administrativas do guichê, reclamando da demora para o atendimento médico.

A autora observou que os motivos que levaram as mães a procurar o serviço são determinados pela morbidade percebida na criança, pela necessidade de resolução de seu problema (sua necessidade sentida) e pela garantia do atendimento.

As entrevistadas mostraram que, ao perceber a doença da criança, adotaram cuidados até determinado limite, após o qual buscaram auxílio externo. Os critérios que são usados para a escolha do serviço não são aqueles propostos pela lógica de organização do sistema de saúde e o comportamento das mães sugere que não desejam abrir mão dessa autonomia para escolher quais serviços de saúde pretendem utilizar.

A maioria das mães relatou que não procura as UBS quando a criança adoecer, preferindo ir direto ao HIJPII. Apresentaram como justificativa o hábito de levar suas crianças para consultar nesse ambulatório, a confiança no atendimento, o fato de ser hospital infantil, ter atendimento médico do especialista (pediatra) e usufruir de recursos tecnológicos para a realização de exames. As respostas de preferência pelo atendimento nessa instituição e a procura da mesma para a solução dos problemas

de saúde de suas crianças, sugerem que a complexidade tecnológica é fator importante que gera confiança no usuário.

Assim, foi possível constatar que as mães não percebem o SUS como sistema hierarquizado. O que ocorre é uma inversão no fluxo de atendimento à população. Na proposta do SUS, a porta-de-entrada para os serviços de saúde é o nível primário; porém, parte da população procura diretamente os serviços de urgência/emergência.

No que se refere à implantação do acolhimento com classificação de risco no ambulatório de urgência e emergência, a autora observou que a organização do trabalho ainda está centrada na consulta médica. As tecnologias leves, ou seja, as tecnologias de relações, assumem papel secundário em relação às tecnologias leves-duras, ou seja, os saberes instituídos. O uso de tecnologias leves, por parte dos profissionais, quando ocorre, é de forma limitada, ou seja, não incorpora uma intervenção sobre os determinantes e condicionantes do problema, que fez a população procurar o serviço de saúde.

O acolhimento se apresentou, nesse estudo, como modelo clínico-biomédico, no qual o atendimento é realizado na queixa-conduta e como forma de triagem. Nessa lógica, o acolhimento se transforma simplesmente em mais uma atividade, mais uma tecnologia com instrumentos, lugares e saberes próprios, enfim, mais uma modalidade de atendimento oferecido, e não uma maneira de mudar as relações entre profissionais e usuários e reorganizar o serviço para oferecer mais qualidade na atenção à saúde.

Este trabalho pôde identificar alguns aspectos importantes que devem ser pensados e internalizados pelos profissionais, a fim de que o acolhimento possa se inserir como prática que supere o modelo biológico hegemônico na direção a uma centralidade do usuário, que é sujeito e fim do processo assistencial. Para isso, é necessário ultrapassar a atenção da queixa (biológica) para se construir uma lógica centrada no usuário.

Outro aspecto a ser ressaltado refere-se à resolubilidade. Para que uma ação seja considerada resolutive, essa não deve se limitar à conduta clínica. Assim, ações como consultas médicas ou de enfermagem, orientações, dentre outras, baseadas na clínica, por si só, não são suficientes para dar todas as respostas às várias dimensões que compõem os problemas e as necessidades de saúde das pessoas, sendo essencial trabalhar em rede com ações coletivas, que evocam a intersectorialidade e a funcionalidade em níveis hierárquicos.

É inegável que a proposta do acolhimento com classificação de risco, no contexto atual dos serviços de urgência/emergência, adquire importância estratégica, visto que todas as crianças são atendidas, cada caso é avaliado e determinam-se prioridades de atendimento pelos sinais e sintomas do paciente. Sendo proposta recente, fazem-se necessárias discussões e ajustes, no sentido de conscientizar todos os profissionais envolvidos na valorização e aceitação da atual proposta, como instrumento de segurança e de melhoria da qualidade na assistência prestada à criança. Não se pode esquecer, também, que a consolidação dos avanços alcançados com a implementação do acolhimento com classificação de risco, demanda que todos os profissionais envolvidos sejam atendidos em suas necessidade de educação permanente e apoio institucional, ampliando suas possibilidades de qualificação.

No entanto, é fundamental não se perder de vista que o acolhimento é mais do que triagem qualificada. Pressupõe o conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e obtendo melhor aproveitamento do potencial dos profissionais.

Do ponto de vista da gestão, o acolhimento pode ser considerado instrumento poderoso, demandando postura mais adequada do profissional de saúde frente ao usuário e fornecendo elementos para uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho na instituição.

Como contribuição, tomando como base os resultados desta pesquisa, são sugeridas algumas ações a serem implementadas, no sentido de se buscar convergência entre as diferentes concepções de urgência e emergência. Para tanto, cabem planos de ação distintos:

- Para os profissionais, devem ser desenvolvidas atividades contínuas de sensibilização e capacitação para o acolhimento. Os profissionais demonstraram, de modo geral, que não estão preparados para lidar com a diferença de visões sobre urgência/emergência, tendendo a se basear em sua própria visão no relacionamento com as mães/acompanhantes.
- Para as mães/acompanhantes, deve-se procurar ampliar a comunicação por meio de apresentação de vídeos e cartilhas, com discussão e esclarecimentos sobre o acolhimento com classificação de risco, enquanto aguardam atendimento. Sugere-se também a criação de um canal de comunicação específico para que se possam registrar os motivos da busca pelo serviço, e que essa informação seja encaminhada diretamente aos níveis de atenção envolvidos, com vistas a possíveis alternativas de solução. Reforça-se, assim, a necessidade da existência de uma rede de cuidados bem articulada no SUS em Belo Horizonte.

Este é um estudo preliminar. Novos estudos deverão ser realizados nos diversos serviços de urgência/emergência que utilizam o acolhimento com classificação de risco. Somente pela avaliação e escuta do usuário – sujeito e finalidade do SUS - as modificações na organização dos serviços poderão atingir seu objetivo primeiro, qual seja, melhorar a assistência à saúde da nossa população.

## Referências Bibliográficas

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. **Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Relume Damará, 1998. p. 107-122.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.549-560, 2005.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, D. M. et al. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no Serviço de Emergência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. 2008. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1796](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1796)> . Acesso em 27 fev. 2009

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2008. 432 p.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004. 179 p.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação?** São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

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 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p. (E. Legislação de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde/SUS. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 244p.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com classificação de risco**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde Paidéia, São Paulo: Editora HUCITEC, 2003.

CANESQUI, A. M. População e serviços de saúde: consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPINDOLA, A. W. P. et al. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992. Cap. 6, p. 175-205.



CARVALHO, L. F. A. **Acolhimento com classificação de risco na unidade de urgência e emergência do HIJPII. FHEMIG.** [s.n.t].

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**, v.13, n. 3, 469-478, jul-set, 1997.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991. Cap. 3, p. 67-91.

COLEMAN P., IRONS R. , NICHOLL J. – Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? **Emerg Med J**; v. 18, v. 6, p. 482-7, 2001

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde:** opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. 2002. 197f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002

DENZIM, N. K. **The research act in sociology.** London: Butterworth,1970.

DONABEDIAN. A. The definition of quality and approaches its assessment. In: **Explorations in Quality assessment and monitoring.** Michigan: Health Administration Press, 1980. v.1

**Emergency Triage Group:** Manchester Triage Group. 2 ed. Oxford: BMJ publishing group, 2006.

FOLDES, S. S; FISCHER, L. R; KAMINSKY, K. What is an emergency? The judgments of two physicians. **Annals of Emergency Medicine**, v. 23, n. 4, p. 833-840, Apr. 1994.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J, TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan.2008.

FRANCO, T. B., BUENO W. S., MERHY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 345-353, abr.jun.1999.

FRANCO, T. B., MERHY E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança de um modelo tecnoassistencial. In: Merhy, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ed. São Paulo: HUCITEC; 2004; p. 55-124.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p. 278-289, set/dez. 2003.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. IN: MINAYO M. D. S. Org. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 67-80.

HAGGARTY, L. What is ... **Content analysis?** -. Oxford, v.18, n. 2, p. 99-101, 1996;

JACQUEMOT, A. C. **A percepção cultural da urgência e emergência em saúde**. 2000 249f. Tese (Pós-doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2000.

JACQUEMOT, A. C. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

KOVACS, M. H. et al. 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.

LEÃO, E. et al. **Pediatria Ambulatorial**. Belo Horizonte: COOPMED. 4 ed. 2005. cap.21. p.221-237.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em debate**, n. 47, p. 46-49, jun.1995.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa qualitativa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um serviço de emergência**: com a palavra o usuário. Dissertação. 2000. 115f (Mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MAGALHÃES Jr. H. M. Urgência e emergência – a participação do município. In: Campos C. R. et al.(org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora; 1998. p. 265-86.

MARQUES, G. Q. **Demandas do Pronto Atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta**. 2004. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MARQUES, S. **Estudo de demanda da UPA Barreiro**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 230f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MELO, E. M. C. **O trabalho do pediatra: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência**. 2006.134f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, julho de 2006.

MELLO, D. F et al. Estudo exploratório de opiniões de mães sobre a saúde das crianças menores de 5 anos. **Rev Latino-Am. de Enfermagem**, vol. 4 n.2 Ribeirão Preto, 1996.

MELLO, D. F; LIMA, R. A. G.; SOCHI, C. G. S. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**. V. 15 n.spe Ribeirão Preto set./out. 2007.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1993.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E. E., CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C .O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**, São Paulo. Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E et al. Em busca das ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 2, p. 113-150.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Centro Geral de Pediatria. **Planejamento estratégico e de gestão de desempenho para resultados**. Belo Horizonte, 2005.

MINAS GERAIS. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Hospital Infantil João Paulo II. **Boletim Estatístico**. Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 10 ed. Belo Horizonte, Crescer, 1996.

MORALES, A. J. M. et al. Consenso con método para la elaboración de estándares de recepción, clasificación sanitaria inicial de pacientes en urgencias: objetivos, metodología y revisión bibliográfica (I). **Tempus Vitalis, Revista Internacional para el Cuidado Del Paciente Crítico**. V. 2, p. 51, 2002.

NORONHA, R. M. **Projeto de sistematização**. Atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste. UPA Oeste 2003, 107 p. Relatório. Belo Horizonte, 2003.

OLIVEIRA, L. H. **Cidadãos Peregrinos**: os 'usuários' do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial – Uma análise a partir de usuários do SUS do município de Juiz de Fora. 2004. 219f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro.

PAIM, J. S. A. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p.473-487.

PARKER, R. **A mãe dividida – a experiência da ambivalência da maternidade**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995. 366 p.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2 ed. Londres: Sage Publications, 1990. 531p.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A org. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2001 p. 65-112.

POPE, D. et al. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. **Canadian Medical Association Journal**, v. 162, n.7, p. 1.017-20, 2000.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1342-1353, out.2004.

RAMOS, D. D. **Acesso e Acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 21-34, jan. fev., 2003.

REIS, L. W. R. **Proposta de Organização do Sistema de Atendimento às Urgências e Emergências em Belo Horizonte e na Região Metropolitana**. Secretaria Municipal de Saúde, 2002 . 75 p.

RYAN, M.; SPICER, M.; HYETT; BARNETT, P. Non-urgent presentations to a paediatric emergency department: Parental behaviours, expectations and outcomes. **Emergency Medicine Australasia** n.17, p.457-462. 2005.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. 97p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROCHA, D. C. **Mães de crianças com quadros clínicos leves: significações psicoculturais da procura do serviço de emergência pediátrica**. 2005. 20p. (Monografia). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SÁ, M. de C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência.** 2005. 454 p. Tese (Doutorado em Psicologia). São Paulo: Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. **O olhar da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho no contexto de sua história de vida.** Rio de Janeiro: Divisão Gráfica da UFRJ, 2003, 113 p.

SANTOS M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.48, n.2, p.109-119, abr./jun.1995.

SCHRAIBER L. B, Mendes-Gonçalves R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER L. B,; NEMES M. I. B,; MENDES-GONÇALVES, R. B, org. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio** - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 7ª ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA JR. AG, MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R., MATTOS, R. A, Org. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro. ABRASCO/São Paulo: Hucitec, 2004, p. 241-57.

TEIXEIRA, R. R. **Estudo sobre a técnica e a saúde**, 2003. Tese (Doutorado) São Paulo. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M; **Metodologia de pesquisa em saúde: fundamentos essenciais.** Curitiba: As autoras.1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUMAN C. D., REUTTER L. – Care-giving and care-seeking behaviours of parents who take their children to an emergency department for non-urgent care. **Can J Public Health**; v. 93, n.1, p. 41-6, 2002.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico qualitativa**: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003,685p.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 599-613, jul./et.2005.

VEEN, M Van et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. **BMJ**, v. 337. 4 oct. 2008.

WAITZKIN, H. **The politics of medical encounters**: How patients and doctors deal with social problems. New Haven: Yale University Press, 1991, 320p.

WALKER, L. Why do patients use the emergency room? **Hospital Topics**, p. 46-61, March/April. 1975.

WILLMS, D. G. & JOHNSON, N. A. **Essentials in qualitative research**: a notebook for the field. Hamilton: McMaster University, 1994, 128p.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Tradução Álvaro Cabral. 3 ed. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1975.

WINNICOTT, D. W. **Conversando com os pais**. Tradução Álvaro Cabral. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.



WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WOOLFENDEN, S. et al. Parental use of a paediatric emergency department as an ambulatory care service. **Aust N Z J Public Health.**, v. 24, n.2 , 24 apr 2000, p. 204

## ANEXO 1

Quanto ao material e pessoal necessários

Número de profissionais, espaço físico e material dimensionados de acordo com o tamanho e o número de atendimentos da Unidade de Urgência.

Equipe de saúde

- 1- Porteiro
- 2- Técnico (a) de Enfermagem
- 3- Enfermeiro (a)
- 4- Auxiliar Administrativo
- 5- Assistente Social
- 6- Médico

Estrutura física e material

- 1- Sala de espera
  - sistema informatizado para priorização composto por emissor de senha e painel eletrônico
  - cadeiras
  - televisão
  - DVD
- 2- Sala para classificação de risco
  - mesa
  - cadeiras
  - computador
  - termômetro
  - estetoscópio
  - esfigmomanômetro
  - glicosímetro

- monitor de FC e Saturímetro de pulso
- protocolos de classificação de risco por síndromes e sinais e sintomas

### 3- Sala para assistente social

- mesa
- cadeiras
- telefone
- lista de endereços e telefones de Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais

### 4- Consultório médico

- mesa
- cadeiras
- termômetro
- estetoscópio
- esfigmomanômetro
- computador

### 5- Sala de Observação e leito de emergência

- monitor e eletrocardiógrafo
- oxímetro de pulso
- glicosímetro
- ambu infantil de tamanhos diferentes
- material de intubação infantil
- material de punção venosa
- drogas e soluções de emergência

### 6- Sala de administração de medicamentos e inaloterapia

Os potenciais utilizadores do protocolo:

Enfermeiros e equipe de enfermagem, médicos, dentistas, acadêmicos de medicina e enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, comunidade e Conselhos Municipais de Saúde, Ministério Público, Polícias Civil e Militar, Corpo de Bombeiros (COBOM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), equipes de segurança das instituições de saúde, funcionários administrativos e administradores hospitalares.

## ANEXO 2

Funções dos profissionais na unidade de urgência

PORTEIRO:

- Receber e orientar os pacientes e acompanhantes.

RECEPCIONISTA:

- checar o material de escritório dos consultórios;
- efetuar o registro dos pacientes;
- encaminhar fichas de consulta aos consultórios/médicos.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO ACOLHIMENTO:

- abordar o paciente;
- orientar o paciente e o acompanhante sobre o funcionamento da unidade;
- encaminhar o paciente para classificação de risco;
- acompanhar o paciente após a classificação de risco ao local apropriado para atendimento imediato ou espera, conforme a classificação.

ENFERMEIRA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

- realizar a classificação de risco;
- supervisionar as atividades dos técnicos em enfermagem.

MÉDICO PLANTONISTA:

- prestar assistência na sala de emergência;
- prestar assistência nas salas de observação;
- prestar assistência nos consultórios;
- encaminhar fichas atendidas à recepção;
- orientar os pacientes/acompanhantes.

**TÉCNICO DE ENFERMAGEM:**

- prestar assistência na sala de emergência;
- prestar assistência nas salas de observação;
- prestar assistência nas salas de medicação;
- checar material/medicamentos dos consultórios;
- encaminhar prescrições à farmácia;
- acompanhar os pacientes para exames;
- orientar o fluxo interno dos clientes;
- preparar material para esterilização.

**ENFERMEIRA:**

- prestar assistência na sala de emergência;
- prestar assistência nas salas de observação;
- checar funcionamento dos equipamentos;
- checar os carrinhos de emergência;
- orientar os pacientes/acompanhantes;
- elaborar a escala diária de plantão;
- supervisionar as atividades dos técnicos em enfermagem.

### ANEXO 3

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 – O que te trouxe aqui hoje?
- 2 – Qual é o problema de sua criança?
- 3 – Qual é a sua maior preocupação em relação ao problema de sua criança?
- 4 – Você já fez alguma coisa para tentar resolver este problema antes de trazê-la para este hospital?
- 5 – Como você decide onde levar sua criança quando ela adoecer?
- 6 – Por quê você procurou este hospital?
- 7 – O que você espera do atendimento à sua criança?
- 8 – O que é caso de urgência e emergência para você?
- 9 – Você considera que sua criança precisa de atendimento de urgência/emergência? Por quê?
- 10 – O que você acha sobre a cor da ficha que você recebeu?
- 11 – Qual a diferença entre o atendimento nesse hospital e no Centro de Saúde?
- 12 – O que você gostaria de dizer para as pessoas que trabalham neste hospital?
- 13 – Gostaria de falar alguma coisa que não foi perguntada?

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Data:
Hora de chegada:
Cor da ficha:
Nº do registro:
Nome da mãe:
Endereço:
Cidade:
Idade da mãe:
Escolaridade:
Profissão:
Trabalha fora?
Está trabalhando atualmente?
Nome da criança:
Idade da criança:
Você tem outros filhos?
Quantos?
Qual a idade deles?
Você vive com o pai dessa criança?
Você mora em casa própria/alugada/cedida?
Quantas pessoas vivem na casa onde você mora?
Quantos trabalham?
Você saberia me dizer aproximadamente quantos salários essas pessoas (juntas) recebem?
Que tipo de transporte você usou para chegar aqui?
Quanto tempo você demorou para chegar até aqui?
A criança tem algum convênio/plano de saúde?
Há um Centro de Saúde perto de sua casa?
Qual?
Qual foi a última vez que a levou ao Centro de Saúde e por quê?
O que você acha do atendimento nesse Centro de Saúde?
Você está cadastrada no Programa de Saúde da Família?



## ANEXO 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara Senhora,

Eu, Rose Meire Silva Rati, portadora da Carteira de Identidade M- 561.960 e telefone de contato (31)32219502, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é “A percepção das mães sobre o atendimento de urgência e emergência de uma unidade pediátrica de Belo Horizonte”.

O objetivo do estudo é compreender o significado de urgência e emergência para vocês, mães que buscam este serviço para atendimento de seus filhos. Ao participar da pesquisa você praticamente não estará exposta a riscos, pois trata-se apenas de uma conversa. Esta pesquisa será realizada no serviço de urgência e emergência deste hospital onde você trouxe sua criança.

Caso a senhora aceite participar do estudo, será realizada uma entrevista comigo. Durante a entrevista será usado o gravador, mas se você se sentir incomodada ele poderá ser desligado. O seu depoimento será importante para melhor compreensão de sua busca por este serviço, mas você não é obrigada a participar.

A entrevista é voluntária e você não receberá qualquer compensação financeira, nem outros benefícios, mas também não terá nenhum custo para participar. Você não será penalizada caso se recuse a participar, e de nenhuma maneira o atendimento de sua criança será prejudicado.

Informo que a senhora tem o direito de esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa do estudo.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalidades.

A senhora tem o direito de se manter atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação. A divulgação dos resultados terá como único objetivo a contribuição para planejamentos e execução de ações de saúde.

Abaixo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Li e entendi as informações. Tive oportunidade de fazer perguntas e tirar minhas dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim. Concordo em participar do estudo até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Assinatura da Mãe. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistador \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Seus telefones para contato: \_\_\_\_\_

Obs: As cópias assinadas do consentimento são:

arquivadas pelo pesquisador.

fornecidas aos entrevistados

**EM CASO DE QUALQUER DÚVIDA, ENTRE EM CONTATO:**  
**Rose Meire Silva Rati: (31)3221-9502; 3239-9527 ou**

***Comitê de Ética da FHEMIG: (31) 3239-9552***