

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE – PPGENF**

FRANCIELI CECCONELLO

**FLUXOGRAMAS PARA ENFERMEIROS DA REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS DA MACRORREGIÃO
OESTE DE SANTA CATARINA**

CHAPECÓ – SC

2021

FRANCIELI CECCONELLO

**FLUXOGRAMAS PARA ENFERMEIROS DA REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS DA MACRORREGIÃO
OESTE DE SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-graduação em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Dr.^a Denise Antunes de Azambuja Zocche.

Coorientadora: Enf.^a Dr.^a Rosana Amora Ascari.

Chapecó/SC

2021

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Setorial do CEO/UDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Cecconello, Francieli

Fluxogramas para enfermeiros da Rede de Urgência e
Emergência no atendimento de crianças da Macrorregião Oeste de
Santa Catarina / Francieli Cecconello. -- 2021.

154 p.

Orientador: Denise Antunes de Azambuja Zocche

Coorientador: Rosana Amora Ascari

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à
Saúde, Chapecó, 2021.

1. Enfermeiro. 2. Fluxogramas. 3. Criança. 4. Tecnologias em
Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Zocche, Denise Antunes de
Azambuja. II. Ascari, Rosana Amora. III. Universidade do Estado de
Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à
Saúde. IV. Título.

FRANCIELI CECCONELLO

FLUXOGRAMAS PARA ENFERMEIROS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS DA MACRORREGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Denise Antunes de Azambuja Zocche – Orientadora
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Prof.^a Dr.^a Rosana Amora Ascari – Coorientadora
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Membros:

Prof.^a Dr.^a Rosane Mortari Ciconet
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Prof.^a Dr.^a Letícia de Lima Trindade
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Chapecó-SC, 12 de julho de 2021.

Dedico este trabalho à minha família: Pai Antônio, mãe Iliane, irmãos Fernanda e Vitor, meu porto seguro, com amor!

À minha orientadora Denise Antunes de Azambuja Zocche, e à coorientadora Rosana Amora Ascari, fontes de inspiração!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, saúde, por esta conquista, por sempre me guiar e dar forças para seguir em frente e acreditar que sou capaz de enfrentar grandes desafios.

Aos meus pais Antônio e Iliane Cecconello, pelo amor incondicional, pelos ensinamentos dos valores da vida, apoio e incentivo com os estudos e em todos os meus projetos e decisões.

À minha irmã Fernanda Cecconello, exemplo de determinação, pela amizade, companheirismo, apoio e encorajamento em todos os momentos.

Ao meu irmão Vitor Antônio Cecconello, que sempre está me apoiando e incentivando nas minhas decisões e escolhas.

À minha dedicada orientadora Prof.^a Dr.^a Denise Antunes de Azambuja Zocche, meu respeito e gratidão pela confiança, pelos conhecimentos transmitidos, paciência, empatia, segurança e clareza na condução deste trabalho e por me mostrar a imensidão de possibilidades proporcionadas por meio do conhecimento.

À minha coorientadora Prof.^a Dr.^a Rosana Amora Ascari, pelos ensinamentos e contribuições na execução deste trabalho, pela paciência, dedicação e confiança em mim.

Aos professores do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, pelos conhecimentos transmitidos ao longo desses dois anos e contribuições para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos colegas do Mestrado, pela amizade, pelos momentos de troca, anseios, parceria, respeito diante das adversidades e fragilidades individuais, principalmente, pelas contribuições para o desenvolvimento pessoal e profissional. Votos de sucesso e prosperidade!

Aos enfermeiros e demais colegas de trabalho, eterna gratidão pelo apoio, disponibilidade, pelas ricas contribuições para a concretização deste trabalho, mesmo em tempos tão difíceis, diante do cenário de Pandemia da Covid-19.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram comigo nesta jornada.

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA

Minha vida profissional como enfermeira teve início há 17 anos, na Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF). Atuei, primeiramente, no Pronto Socorro e, posteriormente, na Clínica Médica, Cirúrgica, Neurologia, Oncologia, Materno Infantil, Unidade de Terapia Intensiva (Geral e Neonatal) e supervisão noturna, agregando experiência frente aos aspectos gerenciais e assistenciais da enfermagem. Em 2015, atuando como professora na Formação de Técnicos em Enfermagem, emergiu o interesse pela docência. No ano de 2007, concluí a especialização *Lato Sensu* em Ciências da Saúde – Enfermagem, área de concentração em Terapia Intensiva e ingressei como professora universitária.

Em fevereiro de 2013, fui transferida para o Hospital da Criança Augusta Müller Bohner (HCAMB), unidade hospitalar filial da ALVF, atuando, desde então, como Coordenadora e Responsável Técnica do Serviço de Enfermagem. Fomentada pela busca constante da melhoria das ações que permeiam a enfermagem, frente às demandas do cotidiano hospitalar, passei a integrar comissões internas tais como: Educação Permanente; Controle de Infecção Hospitalar; Resíduos Hospitalares; Humanização; Comissão de Elaboração, Implantação, Revisão e Auditoria de Planos Operacional Padrão e Protocolos; Núcleo de Segurança do Paciente; e Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos, Implementação e Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A vivência pessoal e profissional permitiu o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico, administrativo, facilitando a percepção, quanto à complexa dinâmica intra-hospitalar e, propiciou uma atuação satisfatória com equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Também oportunizou uma reflexão quanto às diferenças culturais, desigualdades sociais, a individualidade do ser humano, além da importância da busca constante do conhecimento, aperfeiçoamento da formação dos profissionais que trabalham na área da saúde.

Em 2019 ingressei no mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc), com a premissa de me qualificar profissionalmente, buscar melhorias na assistência às crianças, qualificar os profissionais e adequar os fluxos de encaminhamentos, visto que no hospital pediátrico em que atuo como coordenadora de enfermagem, o cenário cotidiano do setor Pronto Socorro, apresenta-se sobrecarregado com demandas de atendimentos de crianças em situações que poderiam ser resolvidas no escopo da Atenção Primária à Saúde (APS) em proporção acima da capacidade da estrutura física e recursos humanos e equipamentos

disponíveis, ocasionando sobrecarga para a equipe e para o serviço, comprometendo a assistência de população.

Diante do exposto, por entender que o enfermeiro desempenha papel protagonista no cuidado e outras frentes de trabalho, observou-se a necessidade de qualificar os enfermeiros para acolher a criança nos diferentes pontos da Rede de Assistência à Saúde (RAS). Assim, esse trabalho tem por objetivo desenvolver um plano de qualificação para os enfermeiros que atuam na Rede de Urgência e Emergência, frente ao atendimento à criança, fornecendo tecnologias que auxiliam na avaliação, tomada de decisão e reorganização dos fluxos de encaminhamentos de crianças entre os diferentes pontos da RAS.

RESUMO

Introdução: a criança necessita de atenção especial diante de suas especificidades de saúde e precisa de recursos especializados para seu atendimento emergencial. Portanto, o enfermeiro representa uma referência na atenção e cuidado em serviços de saúde, conferindo-lhe um papel de destaque na equipe multidisciplinar. Dessa forma, a implementação de fluxogramas é uma estratégia para melhorar a capacidade resolutiva da rede de atenção à saúde no atendimento do enfermeiro a crianças. **Objetivo:** desenvolver fluxogramas de atendimento pelo enfermeiro à criança na Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Oeste de Santa Catarina. **Método:** trata-se deu um estudo qualitativo exploratório do tipo pesquisa-ação. Na fase exploratória, foram realizados dois encontros com a Coordenação da Divisão Regional de Saúde da Macrorregião Oeste, Coordenação da APS e Coordenação de Educação Permanente em Saúde do município de Chapecó e um sobre as classificações de risco de um hospital pediátrico resultando na construção de três fluxogramas: Febre, Problemas Respiratórios e Gastrointestinais utilizando o software o *Diagrams.net*. Os participantes foram selecionados intencionalmente pela técnica “bola de neve”, atendendo ao critério de estar atuado a mais de seis meses na RUE, e foram divididos em três grupos: o Grupo 1 por 14 enfermeiros da Rede de Urgência e Emergência representando os municípios da Macrorregião Oeste de SC. O Grupo 2 com dois enfermeiros das UPA e três integrantes representando os hospitais de referência, por fim, o Grupo 3, com dez enfermeiros representando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Chapecó. A coleta de dados ocorreu por formulário *on-line*, via plataforma *Google Forms*, no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021. A análise dos dados obtidos para o conteúdo do fluxograma foi realizada conforme Bardin e para validação dos fluxogramas, utilizou-se o índice de validação de conteúdo, via digital (*google forms*) tendo alcançado um índice de aprovação final de 0,90. **Resultados:** foram construídos três fluxogramas de atendimento à criança com febre, problemas respiratórios e gastrointestinais, um infográfico e um vídeo abordando o fluxo de atendimento a crianças com problemas respiratórios. **Conclusão:** os fluxogramas criados têm potencial de qualificar a atenção à saúde à criança bem como contribuir na formação no preparo das equipes para atender às situações de urgência e emergência em qualquer ponto da rede de atenção à saúde.

Palavras-Chave: Criança. Enfermeiro. Atenção Primária à Saúde. Atendimento de Emergência. Tecnologia em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: children need special attention given their health specificities and also need specialized resources for their emergency care. Therefore, the nurse represents a reference in attention and care in health services, giving them a prominent role in the multidisciplinary team. In this way, the implementation of flowcharts is a strategy to improve the problem-solving capacity of the health care network in the care provided by nurses to children. **Objective:** to develop flowcharts of care provided by nurses to children in the Urgency and Emergency Network of the Western Macroregion of Santa Catarina. **Method:** this is an exploratory qualitative study of the action research type. In the exploratory phase, two meetings were held with the Coordination of the Regional Health Division of the West Macro Region, the APS Coordination and the Coordination of Continuing Health Education in the city of Chapecó and one on the risk classifications of a pediatric hospital resulting in the construction of three flowcharts: Fever, Respiratory and Gastrointestinal Problems using the Diagrams.net software. The Participants were intentionally selected by the "snowball" technique, meeting the criterion of having worked for more than six months at the RUE, and were divided into three groups: Group 1 by 14 nurses from the Urgency and Emergency Network representing the cities of Western Macroregion of SC, Group 2 with two nurses from the UPA and three members representing the reference hospitals, and finally, Group 3, with ten nurses representing the Basic Health Units (UBS) of the city of Chapecó. The Data collection took place by an online form, via the Google Forms platform, from November 2020 to February 2021.

The analysis of the data obtained for the flowchart content was performed according to Bardin and for validation of the flowcharts, it was used the content validation index, via digital (google forms) having achieved a final approval rate of 0.90. **Results:** It was created three flowcharts of care for children with fever, respiratory and gastrointestinal problems, and an infographic and video addressing the flow of care for children with respiratory problems. **Conclusion:** the flowcharts created have the potential to qualify attention to child health care as well as contribute to the preparation of teams to respond to urgent and emergency situations at any point in the health care network.

Keywords: Child. Nurse. Primary healthcare. Emergency healthcare. Health Technology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Apresentação da Simbologia básica utilizada para construção do fluxograma padrão ANSI	34
Figura 2 – Mapa das Macrorregiões e Regionais de Saúde.....	37
Figura 3 – Fluxograma de atendimento à criança com febre pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Versão 1	91
Figura 4 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas respiratórios pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Versão 1.....	92
Figura 5 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas gastrointestinais pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste. Versão 1	93
Figura 6 – Fluxograma de atendimento à criança com febre pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Chapecó – SC, Brasil, 2021	99
Figura 7 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas respiratórios nos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Chapecó – SC, Brasil, 2021	103
Figura 8 – Sinais e sintomas físicos da desidratação segundo OMS.....	106
Figura 9 –Cartaz Manejo do paciente com diarreia, Ministério da Saúde (2015).....	108
Figura 10 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas gastrointestinais nos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Chapecó – SC, Brasil, 2021	110
Figura 11 – Apresentação do vídeo sobre Problemas Respiratórios	111
Figura 12 – Infográfico doenças respiratórias na Infância e os serviços de saúde.....	113

LISTA DE FIGURAS – REVISÃO NARRATIVA 1

Figura 1 – Fluxograma Prisma.....	51
-----------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS – REVISÃO NARRATIVA 2

Figura 1 – Fluxograma de busca de estudos Prisma.....	68
Figura 2 – Linha do tempo da Rede de Atenção às Urgências.....	80
Figura 3 – Linha do tempo da rede de atenção às urgências no Estado de Santa Catarina.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Frequência de participantes do estudo segundo a faixa etária. Chapecó – SC, Brasil, 2021	44
Quadro 2 – Caracterização dos participantes segundo o tempo de formação e titulação. Chapecó – SC, Brasil, 2021	44
Quadro 3 –Apresentação do índice de validação de conteúdo por juízes especialistas segunda a temática febre. Chapecó – SC, Brasil, 2021	94
Quadro 4 – Apresentação do índice de validação de conteúdo por juízes especialistas para temática problemas respiratórios. Chapecó – SC, Brasil, 2021.....	101
Quadro 5 – Apresentação do índice de validação de conteúdo por juízes especialistas para a temática problemas gastrointestinais. Chapecó – SC, Brasil, 2021.....	105

LISTA DE QUADROS – REVISÃO NARRATIVA 1

Quadro 1 – Contexto da atenção da rede de Urgência e Emergência.....	52
--	----

LISTA DE FIGURAS – REVISÃO NARRATIVA 2

Quadro 1 – Panorama Jurídico e Marcos Legais da Rede de Urgência e Emergência.....	69
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
Aidpi	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ALVF	Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ANSI	<i>American National Standards Institute</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde (Brasil)
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIR	Comissão Intergestores
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Espin	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FN-SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
GHOSP	Sistema de Gestão Hospitalar
GM	Gabinete do Ministro
HCAMB	Hospital da Criança Augusta Müller Bohner
IRpA	Infecções Respiratórias Agudas
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JP	Juiz Profissional
km ²	Quilômetro quadrado
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Noas	Norma Operacional de Organização da Assistência em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAR	Plano de Ação Regional
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Pnaisc	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
Pnass	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
Pnau	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
QualiSUS	Qualificação do Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SC	Santa Catarina
SNC	Sistema Nervoso Central
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
Udesc	Universidade do Estado de Santa Catarina
U/E	Urgência e Emergência
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	22
3.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	25
3.3	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28
3.4	CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	31
3.5	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A CRIANÇA	33
4	MÉTODO	36
4.1	TIPO DO ESTUDO	36
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	36
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
4.4	COLETA DOS DADOS/INFORMAÇÕES.....	39
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	41
4.6	QUESTÕES ÉTICAS	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	43
5.2	PRODUÇÕES.....	45
5.2.1	Revisão narrativa 1.....	45
5.2.2	Revisão narrativa 2.....	67
5.3	FLUXOGRAMAS	90
5.3.1	Fluxogramas de atendimento.....	90
5.3.2	Fluxograma – febre.....	95
5.3.3	Fluxograma – problemas respiratórios.....	99
5.3.4	Fluxograma – problemas gastrointestinais.....	104
5.4	VÍDEO INSTRUCIONAL	110
5.5	INFOGRÁFICO	111
6	Considerações finais	116
	REFERÊNCIAS.....	117

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO DO PLANO DE QUALIFICAÇÃO PARA RUE.....	125
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENFERMEIROS RUE	128
APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO FLUXOGRAMA FEBRE NO ATENDIMENTO À CRIANÇA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	130
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEUDO DO FLUXOGRAMA PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS NO ATENDIMENTO À CRIANÇA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGIANCIA	136
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEUDO DO FLUXOGRAMA PROBLEMAS RESPIRATORIOS NO ATENDIMENTO À CRIANÇA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	143
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	147

1 INTRODUÇÃO

A criança é um ser humano em pleno desenvolvimento. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade, os quais usufruem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhes, por lei, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1999).

Para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), a criança é a pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos. Essa política tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança, aleitamento materno até a idade recomendada, cuidados integrais à criança desde a gestação até os 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, o desenvolvimento infantil é entendido como a fase da vida da criança em que ocorrem diversas mudanças psicológicas e biológicas; um processo dinâmico que abrange dimensões interrelacionadas. O entendimento de que o desenvolvimento infantil acontece de maneira dinâmica, entre fatores biológicos e ambientais, sugere que essa fase constitua um período flexível, que pode ser aprimorado por meio de intervenções. Dessa forma, a primeira infância compreende um momento de grande risco, uma vez que o desenvolvimento do sistema nervoso, neste período, é extremamente plástico. Assim, crianças em idade pré-escolar são simultaneamente vulneráveis às influências do meio e capazes de se beneficiar com intervenções precoces, apontando para a importância da avaliação nesta etapa da vida (OLIVEIRA; PESSÔA; ALVES, 2018).

Neste cenário, a mortalidade infantil é tomada como um dos indicadores aceitos para avaliar e orientar as ações de saúde da população. Em relação a população pediátrica, nos últimos anos tem se observado um declínio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) global no país, principalmente no período pós-neonatal, mérito atribuído ao progresso das ações em saúde e melhora das condições sociais e ambientais (FRANÇA *et al.*, 2017; GARCIA *et al.*, 2019; PICOLI *et al.*, 2019).

No Estado de Santa Catarina, a mortalidade infantil tem apresentado taxas decrescentes nos últimos anos, sua porcentagem é de 8,8 óbitos para cada 1000 nascidos vivos (SCHMIDT *et al.*, 2020). Os motivos estão relacionados à queda da fecundidade, à expansão do saneamento básico, à reorganização do modelo de atenção à saúde por meio da Estratégia

Saúde da Família (ESF), as melhorias na atenção à saúde da criança, ao aumento na cobertura das campanhas de vacinação e na prevalência do aleitamento materno, que influenciaram a redução de doenças infecciosas nos primeiros anos de vida, além do crescimento econômico, melhora de escolaridade e distribuição de renda (BRASIL, 2019).

Contudo, estudos demonstram que a mortalidade de crianças no Brasil ocorre por acidentes de transporte, afogamentos, outros riscos accidentais à respiração e agressões (violências). Evidenciam que uma em cada dez crianças necessita de, pelo menos, um atendimento no sistema de saúde em virtude de traumas físicos. Esses agravos correspondem a 20% das causas de internação hospitalar e deixam mais de 200 mil crianças e jovens com incapacidade física para o resto da vida (FRANÇA *et al.*, 2017; ROMERO; REZENDE; MARTINS, 2016).

Nesse enfoque, ao longo dos anos, investimentos do Ministério da Saúde (MS) vêm fomentando transformações e adequações voltadas para a assistência à saúde da criança. Porém, apesar das inúmeras políticas públicas de saúde implantadas, poucas ações concretas se efetivaram, principalmente para o período neonatal, responsável por 70% das mortes precoces, destas, mais de 60% poderiam ter sido evitadas por ações sensíveis à APS, por meio do amplo acesso aos serviços de saúde de qualidade e resolutivo, fica evidente que as ações em saúde não têm sido realizadas em sua plenitude (SCHMIDT *et al.*, 2020; SILVA; VIERA, 2014).

Atualmente, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgados em relatório ONU News (2020) informam que a TMI global em 30 anos caiu de 12,5 milhões para 5,2 milhões. Contudo, a preocupação emerge devido a interrupção dos serviços, realização de exames, em virtude da Pandemia pela Covid-19, o que corrobora com a informação do parágrafo anterior, visto que os índices de Mortalidade Infantil (MI) são mais elevados em prematuros e menores de um ano de vida.

No estado de Santa Catarina, o cenário atual da organização da assistência à saúde da criança em rede é considerado um desafio na macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, segundo membros do Grupo Condutor do Plano da Rede de Urgência e Emergência que conta com um contingente populacional de quase 800 mil habitantes, segundo estimativas do serviço Tecnologia da Informação a Serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), destes, quase 20% menores de 12 anos (SANTA CATARINA, 2018).

Na Macrorregião do Grande Oeste há equipamentos de saúde qualificados como referência e habilitados na RUE. São três Hospitais Regionais, porta de entrada, que desempenham um papel fundamental no atendimento da maior demanda regional de urgências e emergências, para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e

referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (SANTA CATARINA, 2018).

Na realidade da região Oeste de SC, no município de Chapecó, o hospital pediátrico é integrado a uma unidade hospitalar estratégica para a RUE de referência regional, no entanto, a população busca o serviço de Urgência e Emergência sem propriamente ter agravos urgentes, contribuindo para a sobrecarga do serviço (BRASIL, 2013; SOUSA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, os serviços de urgência e emergência são essenciais na assistência em saúde e são considerados serviços abertos no SUS. O Pronto Socorro é o serviço especialmente preparado com recursos humanos, tecnologias e equipamentos, para prestar cuidados de emergência a pacientes que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso (SOUSA, 2019).

Sob demanda de atendimento maior que sua capacidade de absorção, torna-se visível o desequilíbrio entre a oferta e a procura por atendimento neste serviço, tornando-se fundamental a reorganização do processo de trabalho (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

Neste ensejo, para o fortalecimento da APS, a integração dos serviços em Redes de Atenção (RAS) tem sido a proposta, em que a APS atuará como um nível próprio de atendimento, pressupondo alta resolubilidade frente às demandas básicas e como porta de entrada para a atenção secundária, sendo os ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, algumas unidades de pronto-socorro e, terciária, com os serviços hospitalares de maior complexidade (DAMACENO *et al.*, 2020).

Frente ao cenário apresentado, destacam-se a importância do acolhimento qualificado e a relevância dos protocolos de classificação de risco, dentre eles, o Sistema Manchester de Classificação de Risco, criado na Inglaterra, que determina o nível de urgência de cada paciente. O enfermeiro, responsável pela classificação, seleciona o fluxograma mais adequado para a queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados pelo paciente, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: Emergente (vermelho), avaliação imediata pelo médico; Muito Urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos; Urgente (amarelo) com atendimento em até 60 minutos; Pouco Urgente (verde) em até duas horas; e Não Urgente (azul) em até quatro horas (MACKWAY-JONES *et al.*, 2017).

No entanto, na realidade de um hospital pediátrico do Oeste de SC, pertencente à Região de Saúde Oeste, referência da Rede de Urgência e Emergência para 21 municípios, o Pronto-Socorro tem se tornado a porta de entrada para o atendimento a crianças, frente a qualquer necessidade de assistência em saúde. Dados do Sistema de Gestão Hospitalar (ALVF, 2019), no decorrer de um ano, dos 67.009 atendimentos realizados, 20,05% das crianças

classificadas justificavam a procura de atendimento como urgência e emergência e 63,46% caracterizam-se como pouco urgentes, não urgentes e eletivos, demandas de baixa complexidade que poderiam ser referenciados a outros pontos da RAS em estruturas com menor densidade tecnológica. Diante da elevada demanda, há uma crescente diversidade nos processos de trabalho dos enfermeiros neste setor, devido a busca desnecessária das famílias por serviços que, em realidade, seriam do escopo da Atenção Primária à Saúde (APS).

A criança necessita de atenção especial diante de suas especificidades de saúde e precisa de recursos especializados para seu atendimento emergencial. No entanto, a classificação de risco no serviço de emergência pediátrica deve ser um processo organizado e sistematizado de assistência à saúde da criança, acrescido de um instrumento de classificação estruturado, que permite ao enfermeiro avaliar de forma criteriosa as principais queixas do paciente no momento da classificação, a fim de prestar atendimento e encaminhamento corretos para o sofrimento, risco e/ou agravo à saúde da criança.

Nesse contexto e tendo participado ativamente da implantação e implementação do Sistema de Classificação de Risco Protocolo de Manchester no hospital pediátrico percebeu-se um aumento significativo da demanda de atendimentos de crianças classificadas como pouco urgentes, não urgentes e eletivos, as quais poderiam ser assistidos na rede de atenção em estruturas com menor densidade tecnológica.

Percebe-se, também, que há fragilidades referentes ao manejo e avaliação da criança na rede de atenção à criança quando os pais procuram por atendimento, pois os profissionais enfermeiros sentem-se despreparados para acolher e tomar a melhor conduta frente cada situação, referenciando ao hospital casos com resolutividade na APS.

Diante ao exposto, este estudo visa desenvolver fluxogramas para os enfermeiros que atuam na Rede de Urgência e Emergência (RUE), com foco no atendimento das crianças na Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Oeste de Santa Catarina, de forma integrada, para qualificar e organizar a assistência, articulando os diversos pontos de atenção, redefinindo os fluxos e as referências adequados, transformando o atual modelo de atenção hegemonic, fragmentado e desarticulado, qualificando a assistência à saúde da criança na Macrorregião Oeste de Santa Catarina. .

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver fluxogramas para enfermeiros que atuam, na Rede de Urgência e Emergência, no atendimento à criança para auxiliar na (re)organização dos fluxos de atendimento entre os diferentes pontos da RAS na Macrorregião Oeste de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar, na literatura científica, quais os instrumentos utilizados para avaliação, tomada de decisão e encaminhamentos para o setor de urgência e emergência à criança.

Identificar as causas mais comuns de procura pelo serviço de pronto-socorro de um hospital pediátrico para o atendimento de crianças.

Desenvolver estratégias de divulgação dos fluxogramas entre os enfermeiros das RUE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A criança é um ser humano em pleno desenvolvimento. Considera-se criança a pessoa até os 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade, os quais gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, atentando para vulnerabilidades, propiciando um cenário favorável para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2019).

O desenvolvimento e crescimento se referem a soma de diferentes mudanças que ocorrem na vida de um indivíduo permeado por um processo dinâmico, contínuo, inter-relacionado com influências endócrinas, genéticas, nutricionais, ambientais e constitucionais (BRASIL, 2019).

Segundo a obra especializada em enfermagem pediátrica, a infância é descrita em estágios aproximados por faixa etária ou em termos que descrevem as características de uma faixa etária: Período pré-natal: da concepção ao nascimento, a lactâncio, do nascimento aos 12 meses, sendo neonatal até 28 dias e lactente de um mês a 12 meses. É o período de desenvolvimento motor, cognitivo e social rápido. Importante momento de estabelecimento de reciprocidade, confiança básica no mundo e os fundamentos para relações interpessoais futuras, ajustes físicos à vida extrauterina e adaptação psicológica dos pais. Já a primeira Infância: de 1 a 6 anos de idade. Período em que a criança começa a caminhar ereta até sua entrada na escola, momento de atividades e de descobertas intensas. Desenvolvimento físico e da personalidade, linguagem, relações sociais, aprendem os papéis padrão, adquirem autocontrole e precisão dos movimentos, desenvolvem a percepção de dependência, independência e começam a desenvolver o autoconceito (WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Os autores ainda classificam a Infância Média, que compreende o período de 6 a 12 anos. Caracteriza-se pela idade escolar, momento em que a criança rompe o limite do círculo familiar e estabelece relações com seus colegas. Gradativamente ocorre o avanço do desenvolvimento físico, mental e social com ênfase no desenvolvimento de habilidades. Em seguida, também caracteriza a infância tardia que compreende o período dos 11 aos 19 anos. Nesse período, ocorre o amadurecimento biológico e da personalidade, concomitante a agitação física, emocional e a definição do autoconceito. Essa fase é conhecida como adolescência. No final dessa fase, a pessoa jovem começa a internalizar os valores aprendidos e a se concentrar na identidade individual e não grupal.

Contudo, para que ocorra o desenvolvimento saudável da criança, é imprescindível os cuidados e proteção dos familiares que facilitarão o processo de entrelaçamento das habilidades cognitivas, motoras, socioemocionais nos primeiros anos de vida, sendo também, extremamente, importante para o desenvolvimento das potencialidades do sujeito, levando-o a ampliar as possibilidades de se tornar uma pessoa mais resolvida e apta a atravessar as adversidades que a vida pode lhe apresentar (WONG; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

No Brasil, a Política Nacional Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) se concretiza com ações que visam assistir a integralidade da criança, com medidas voltadas à promoção e reabilitação da saúde, prevenção e cura de doenças (HANZEN; ZANOTELLI; ZANATTA, 2019). Os programas de saúde da criança estabeleceram a importância do uso de instrumentos para vigilância do crescimento e desenvolvimento, favorecendo o acompanhamento de sua saúde (ALMEIDA *et al.*, 2016).

No entanto, existem poucos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil acessíveis, viáveis, adaptados culturalmente e validados para esse fim. Em sua maioria, os instrumentos utilizados necessitam de treinamento, bastante investimento e um tempo prolongado para aplicação, o que acaba inviabilizando a sua utilização (MOREIRA *et al.*, 2019).

No contexto da Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia da Saúde da Família, está consolidado o programa de puericultura que abrange a população infantil, acompanhando o crescimento e desenvolvimento, a cobertura vacinal, a prática do aleitamento materno, bem como a complementação alimentar e prevenção das doenças (HANZEN; ZANOTELLI; ZANATTA, 2019).

Nessa estratégia, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (DAMACENO *et al.*, 2016).

Nesse cenário elucida-se a necessidade de manutenção e ampliação da assistência à saúde da criança na atenção básica, com intervenções estratégicas voltadas para promoção, proteção, acompanhamento do desenvolvimento e crescimento saudável, imunização, amamentação, atenção aos distúrbios nutricionais, às doenças respiratórias e infecciosas, garantindo o cuidado integral (BRASIL, 2018).

Dentre as estratégias desenvolvidas no país, por meio da Pnaisc (BRASIL, 2018), destacam-se a atenção humanizada e qualificada para a gestante, o parto, nascimento e o recém-nascido, cujo enfoque se remete a assistir a saúde do binômio mãe e filho com atenção nas alterações fisiológicas, como também, nas condições de vulnerabilidade sociais, articulando a assistência entre os níveis de atenção e contribuindo para a redução dos índices de mortalidade infantil.

Fundamental para a saúde e a qualidade de vida da criança é a amamentação, que é outra estratégia para saúde da criança. Está recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a criança seja amamentada, exclusivamente, até os 6 meses de vida e ser complementada até 2 anos de idade, pois fornece proteção imunológica a doenças respiratórias e gastrointestinais, bem como fortalece o vínculo afetivo (CARREIRO *et al.*, 2018).

Para incentivar a prática da amamentação, a iniciativa do Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru, o direito à licença maternidade, Unidade Básica Amiga da Amamentação, salas de apoio à amamentação, Lei de comercialização dos alimentos, bem como os Bancos de Leite Humano, fornecem o apoio e respaldo necessários (CARREIRO *et al.*, 2018).

Recebe enfoque no acompanhamento do desenvolvimento da criança, visto que os primeiros seis anos de vida da criança são decisivos para o desenvolvimento do ser humano, permeado de inseguranças. Uma ferramenta utilizada é a caderneta de saúde, que por meio dela, pode-se identificar desvios de peso, estatura, anormalidades físicas, permitindo a identificação de agravos precocemente (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, a assistência integral à criança carece de um olhar holístico e numerosos são os relatos produzidos na literatura especializada, tratando os modelos de atenção à saúde de uma maneira geral. No entanto, raros são os estudos dirigidos a compreender e a discutir a organização do sistema de saúde na perspectiva da atenção integral à saúde da criança. A implementação da Pnaisc considera o contexto da evolução epidemiológica das condições de saúde das crianças que têm um crescente incremento de condições crônicas, coexistindo com causas externas e doenças infecciosas (BRASIL, 2018).

Com os avanços das intervenções da saúde da criança, ocorreu a redução da taxa global de mortalidade infantil. Esta constitui um dos principais indicadores utilizados para saber como se apresenta a situação de saúde de uma região ou país e, ainda, é considerada um problema de saúde pública (SANDERS *et al.*, 2017).

Nesse enfoque, os números de mortalidade têm se concentrado no primeiro ano de vida, principalmente, no primeiro mês. As evidências apontam causas associadas aos fatores maternos da gestação, parto e pós-parto, como também as causas perinatais, como a

prematuridade, ambos evitáveis com assistência qualificada (FRANÇA *et al.*, 2017). Dessa maneira, a APS possui papel fundamental na assistência à população infantil, possibilitando o acesso aos serviços disponíveis no SUS, com articulação entre os níveis de atenção.

3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A proposta de Redes de Atenção à Saúde é considerada recente, oriunda da experiência americana bem-sucedida de sistemas integrados de saúde na primeira metade dos anos 90, avançando à Europa Ocidental, até atingir os países em desenvolvimento, com o desígnio de superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configuraram um contínuo coordenado de serviços para uma população definida (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Segundo Mendes (2011), os fatores determinantes para integração dos sistemas foram a eficácia dos sistemas de informação; do fortalecimento da APS; a integração clínica; o aumento da produtividade dos serviços hospitalares e realinhamento dos incentivos financeiros; e a reestruturação do conceito de valor na atenção à saúde, tirando o foco das condições agudas e dirigindo-o para as condições crônicas, dando ênfase às ações promocionais e preventivas. Ainda, fazer uso da tecnologia da informação; eliminar os registros clínicos feitos à mão; promover a educação permanente dos profissionais de saúde; coordenar a atenção ao longo da rede de atenção; incentivar o trabalho multidisciplinar; e monitorar os processos e os resultados do sistema.

No Brasil, a organização em redes detém o objetivo de integrar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização. A escolha se consistiu na elaboração gradual de sistemas integrados de saúde, articulados entre os níveis de atenção com assistência clínica qualificada (MENDES, 2011).

A integralidade da atenção é um eixo prioritário do SUS, que procura qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e da longitudinalidade do cuidado. Esse modelo de atenção é centralizado na APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, a fim de permitir a continuidade das ações e serviços de uma população alocada em determinado território (PEITER *et al.*, 2019).

Dessa maneira, conceitua-se Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As RAS são sistematizadas para responder a

condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2011).

Assim, a Atenção Primária à Saúde, componente estratégico do SUS, por ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade e estar próxima à vida das pessoas, tem o papel de coordenadora do cuidado à saúde da população adstrita e ordenadora da RAS, sendo o centro de comunicação com toda a Rede. Cabe à Atenção Primária o exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos. O primeiro é a população colocada sob sua responsabilidade. É a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. Essa deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos, em relação às condições de saúde estabelecidas.

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, formada pelo centro de comunicação, a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Para Mendes (2010), o centro de comunicação das redes de atenção à saúde interliga e coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde entre APS e os níveis secundário e terciário, para oferecer assistência especializada com diferentes densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente. Os sistemas de apoio compreendem os serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

Por conseguinte, os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, ancoradas nas tecnologias de informação, que organizam dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo a referência e contrarreferência das pessoas e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde, por meio de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de

acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde. Por fim, os sistemas de governança, que gera todos os componentes das redes de atenção à saúde mediante os arranjos interfederativos, as comissões intergestores tripartite, bipartite e regionais (MENDES, 2010).

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde, sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em virtude da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde para as condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

As condições e eventos agudos, decorrentes de condições crônicas agudizadas, exigem e necessitam de manejo adequado e expressam-se em um tipo de classificação de riscos. Isso se deve a que, nas condições agudas, a variável-chave para a organização das redes de atenção às urgências e às emergências é o tempo-resposta em relação ao risco. Dentre os modelos de triagem nas urgências e emergências e que tem sido usado em vários países, será dada ênfase ao sistema de triagem de Manchester, que opera com algoritmos e determinantes, associado a tempos de espera, simbolizados por cinco cores (CORDEIRO JÚNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

No entanto, para os modelos de atenção à saúde, destinados à orientação dos sistemas de atenção à saúde voltados para as condições crônicas, aplicado em diferentes partes do mundo e no Brasil, Mendes (2010) propõe o mesmo modelo de atenção às condições crônicas para utilização no SUS. Formado por dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde; e a comunidade.

No âmbito da saúde da criança, o Ministério da Saúde instituiu o Pnaisc, pela Portaria nº 1.130, apresentando as linhas de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. Aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015; DAMACENO *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, a Pnaisc se organiza a partir das redes de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos: aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência

ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015; DAMACENO *et al.*, 2016).

Para que essa política seja efetiva e de qualidade, deve estar embasada nos atributos ordenadores, operacionalizados por meio do acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação e atributos derivados às orientações familiar e comunitária e a competência cultural. Dessa maneira, seria possível reduzir as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, contribuindo para a redução do índice de internações na área da saúde infantil, fato que ainda não é observado no contexto brasileiro, cujas principais causas de internações pediátricas são devidas a condições sensíveis à APS, a exemplo dos problemas respiratórios e gastroenterites (BRASIL; COSTA, 2016).

3.3 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Entre os desafios a serem enfrentados pelo SUS, a atenção à Urgência e Emergência (UE) merece evidência, uma vez que sua ausência ou inadequação pode gerar incapacidade ou óbito do indivíduo, considerando que as mudanças demográficas e o aumento de acidentes contribuem para a intensificação da utilização de serviços de saúde, em especial os de urgência, revelando a necessidade de sua estruturação pelos gestores de saúde (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.863/2003, tendo como objetivo o suprimento das necessidades de implantação e implementação do processo de regulação de atenção às urgências, de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, de cuidados integrais às urgências, e de garantia da adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção (BRASIL, 2003).

O MS por meio da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

Para assistir à população infantil, MS instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança, centrada no desenvolvimento de cinco ações básicas de saúde integradas, capazes de responder aos problemas comuns da infância. Dentre elas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno;

Programa de Controle das Diarreias e Terapia de Reidratação Oral; e Programa de Assistência às Infecções Respiratórias Agudas (BRASIL, 2018).

O objetivo do MS quando apresentou esta proposta, era deslocar o enfoque de uma assistência médico curativista, centrada na atenção à demanda espontânea às crianças doentes, para garantir a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde. No entanto, embora as ações assistenciais à criança tenham uma filosofia de atenção integral, ainda está longe de ser alcançada, devido à fragilidade e fragmentação das ações oferecidas pelos profissionais da rede de serviços (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, a RUE, atende a diferentes condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental e é composta por diferentes pontos de atenção, para dar conta das ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

Nesse contexto e referente ao Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, os componentes da RUE detêm importante papel no rápido acesso e tempo de resposta, a constar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, após ter ocorrido agravio à saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica. Esse serviço tem a incumbência de garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Pautado pela equidade na atenção e compromisso de garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas em regiões de difícil acesso, a Força Nacional de Saúde do SUS constitui outro componente da RUE, como também as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), representam a porta de entrada do sistema de emergência (BRASIL, 2013).

O componente Hospitalar refere-se às Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritários: cardiologia; neurologia; neurocirurgia; e traumatologia (BRASIL, 2013).

Assim, hospitais nas RAS desenvolvem papel fundamental de ser referência no atendimento de urgências e emergências, dando o suporte de maior complexidade aos casos que excedem a resolutividade da atenção básica. Condição que demanda conhecimento e empenho de vários componentes da rede, desempenhando suas responsabilidades de atendimento aos

usuários, garantindo a continuidade, a integralidade do cuidado e a partilha de conhecimentos entre os pontos de atenção (SANTA CATARINA, 2018).

Hospitais Porta de entrada na RUE foram habilitados como aporte de sustentação frente as demandas elevadas em consequência da transição demográfica acelerada, aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população; a redução dos níveis de fecundidade; condições de saúde, pois a persistência de situações relacionadas às infecções, problemas nutricionais e saúde reprodutiva soma-se a crescente predominância de doenças crônicas; e ao forte crescimento da violência e de outras causas externas (GARCIA, 2018; SANTA CATARINA, 2018).

Por fim, o componente Atenção Domiciliar, que reorganiza o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda do atendimento hospitalar ou redução do tempo de permanência de internação, humanização da atenção, desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, possui o modelo de atenção às condições agudas e as decorrentes de agudizações das condições crônicas. As diferenças entre as redes de Atenção às Condições Crônicas e às Condições Agudas estão no papel da APS e na forma de regulação. Dessa maneira, na rede de atenção às urgências e às emergências, a APS desloca-se do centro de comunicação das RAS para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes (GARCIA, 2018; MENDES, 2011).

Nesse contexto, a APS possui importante papel na ordenação das redes. A atenção básica se diferencia dos outros níveis assistenciais, por quatro atributos essenciais: preferência para ser o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; e a coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde. E ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção, tem um papel de organização, integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde (SOARES; LIMA; CASTRO, 2014).

Os serviços de urgência e emergência compõem um importante elemento de atenção à saúde no âmbito do SUS, que contém características de um ambiente de alto risco, necessitando de infraestrutura, recursos específicos e de profissionais capacitados, que atendem aos usuários de forma eficaz (DAMACENO *et al.*, 2016).

A busca por atendimento nos serviços de urgência e emergência, para casos que poderiam ser resolvidos em serviços de menor densidade tecnológica, é comum e ocorre

independentemente do nível de desenvolvimento econômico e social dos países. O que ocorre é que os usuários procuram esses serviços como primeira opção de atendimento, mesmo nos casos não considerados urgentes, sobrecarregando esses serviços e profissionais de saúde, causando preocupação aos gestores. Nos hospitais pediátricos, a demanda por atendimento merece cuidados especiais, pois a triagem em crianças é, particularmente, difícil (RIZZIERI, 2017).

Neste sentido corroborando para o cenário dos serviços de urgência, a Política Nacional de Humanização (PNH) implementou o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR), com vistas a auxiliar na organização do trabalho, oferecer assistência segura humanizada com efetividade clínica. A classificação de risco proporciona humanização no atendimento e no trabalho da equipe multidisciplinar, possibilitando mais agilidade no atendimento, mediante aplicação de instrumentos de avaliação prévia, que permite ao profissional selecionar com mais segurança, as prioridades centradas nas necessidades dos usuários, de acordo com o nível de complexidade clínica (SOUZA *et al.*, 2019).

A adoção de protocolos para nortear os profissionais na realização da classificação de risco e na priorização de atendimento dos usuários, é necessária, pois organiza e prioriza os casos clínicos de maior gravidade para o atendimento nesses serviços. 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. (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o protocolo de triagem de Manchester tem sido uma alternativa para organizar as portas dos serviços de saúde. Esse protocolo foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994, por um grupo de profissionais especializados em triagem, e estabelece a classificação para o atendimento prioritário daqueles que estão apresentando adoecimento mais grave do que os demais (SACOMAN *et al.*, 2019).

No contexto da APS, para que esse sistema garanta, de maneira eficaz, o acesso do usuário e que este seja seguro, há a necessidade de articulação de recursos, habilidades e atitudes para assegurar o cuidado qualificado e a referência e contrarreferência entre os pontos de atenção à saúde (MOREIRA *et al.*, 2019).

3.4 CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A mortalidade de crianças por causas externas (acidentes e violências) vem se destacando desde 2008 e configura-se como a primeira causa de morte de crianças entre 1 e 9 anos de idade, sendo os acidentes de transporte terrestre, o afogamento e a submersão accidental, as principais causas de morte (BRASIL, 2018).

As causas externas são os principais determinantes de morte em todo o mundo, ocasionando, aproximadamente, um milhão de óbitos em crianças e adolescentes de até 18 anos. A população infanto-juvenil é vulnerável a este tipo de agravo, devido a imaturidade, curiosidade, seu espírito de aventura e seu excesso de coragem; entre os adolescentes o uso de álcool, drogas, o processo desestruturado de urbanização e o aumento da desigualdade social, que contribuem para a violência urbana e para a exclusão da população de baixa renda, colabora com essa estatística (FARAH; BACK; PEREIMA, 2015).

Em seus estudos, Damaceno *et al.* (2016) enfatiza a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde. Dessa maneira, com a APS sensível e resolutiva para condições menos graves, a exemplo dos problemas respiratórios e gastroenterites, o índice de internações hospitalares infantis diminui, acontecimento que no momento não é observado no contexto brasileiro.

Em outro estudo, o autor relata que existem poucos estudos epidemiológicos sobre o perfil de internações em uma unidade pediátrica no país. Constatou que a média de idade de internação foi de 17,5 meses, sendo 55,7% do sexo masculino e as causas de internação prevalentes foram as respiratórias, envenenamentos e sintomas gastrintestinais. As complicações de maior letalidade identificadas foram o choque, a sepse e a insuficiência respiratória. Ressalta, ainda, que nenhum estudo epidemiológico avaliou o perfil de internação da população pediátrica em uma unidade não crítica (MAISEL *et al.*, 2015).

Estudos apontam que, na população infantil, há o predomínio das infecções respiratórias agudas (PEDRAZA; ARAÚJO, 2017). Essa população apresenta-se susceptível a desenvolver morbidades respiratórias, em decorrência de peculiaridades anatômicas a características fisiológicas e imunológicas que desencadeiam o agravamento do estado de saúde (CARVALHO *et al.*, 2017).

Diante das limitações estruturais, organizacionais e profissionais, os pais das crianças procuram outros meios para ter as necessidades dos seus filhos resolvidas e dão preferência ao atendimento hospitalar nos serviços de urgência. Evidencia-se que a ESF não tem conseguido resolver todos os problemas de saúde da criança, e a articulação das ações entre a atenção básica, a média e a alta complexidade, praticamente não acontece ou acontece de modo informal, gerando descrédito no sistema de cuidados em saúde e contrapondo-se aos atributos

da APS. Essa direcionalidade na organização do serviço e do processo de trabalho implica no fortalecimento de tecnologias relacionais, pautadas pelo conjunto de saberes e instrumentos que expressam as relações interpessoais e as intersubjetividades na produção de cuidado em saúde, incluindo humanização, acolhimento, vínculo, responsabilização e trabalho em equipe (DAMACENO *et al.*, 2016).

Farah, Back e Pereima (2015) ressaltam que a prevenção de acidentes deve ser colocada no mesmo patamar que as recomendações e as ações que fazem parte da atenção integral à saúde da criança, das ações de prevenção e de tratamento, como incentivo ao aleitamento materno, reidratação oral, vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Nessa perspectiva, a assistência à saúde da criança permanece em processo de construção, juntamente com assistência à saúde em geral, em um movimento de mudança paradigmática do modelo centrado na patologia e na criança, para um modelo de construção de redes, com inclusão da família e da integralidade do cuidado. Assim, ainda existem lacunas e limites no cuidado à criança, desde as relações organizacionais e administrativas, que acaba por interferir no fortalecimento das políticas públicas estaduais e municipais, no modelo de processo de trabalho e no processo continuado de educação em saúde (ARAUJO *et al.*, 2014).

3.5 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA

Considerados como uma ferramenta estratégica para facilitar e auxiliar no processo de gestão, os fluxogramas têm sido muito utilizados na área da enfermagem. Segundo Silva e Silvino (*apud* SILVINO, 2018), os fluxogramas são as representações gráficas dos processos, que possuem a finalidade de descrever rotinas de forma analítica, clara e objetiva, caracterizando operações, os responsáveis e/ou unidades envolvidos. Destacam que os fluxogramas mostram o que é realizado em cada etapa, os materiais e serviços que fazem parte do processo, as decisões que devem ser tomadas e as pessoas envolvidas.

Ressalta-se que, na enfermagem, essa tecnologia tem ganhado especial atenção, pois é uma maneira prática para descrever processos gerenciais e padronizar rotinas pela sua fácil interpretação e orientação de condutas. Isso converge com os autores anteriormente citados, quando descrevem que os fluxogramas possuem entre vários objetivos, o de oportunizar a fácil interpretação, a padronização de métodos e procedimentos administrativos, visualização completa de um processo e possibilidades de melhoria.

Para elaborar um fluxograma, faz-se necessário realizar um diagnóstico da situação envolvida, elencar o início e o final, quem irá realizar e documentar os passos que permeiam o processo e os formulários envolvidos. Segundo Silvino (2018), algumas ferramentas podem auxiliar no planejamento da elaboração dos fluxogramas, tais como os 5W2H, com os questionamentos para quê, quem, quando, como e quando, facilitando o delineamento do mesmo.

Nesse mesmo enfoque, o autor descreve os símbolos que representam cada etapa do processo, início e fim, as pessoas, os setores, o fluxo e os documentos envolvidos. Recomenda a utilização da simbologia reconhecida internacionalmente da *American National Standards Institute* (ANSI), porém, ressalta que outros símbolos podem ser utilizados, desde que não ofereçam dificuldade de compreensão.

Figura 1 – Apresentação da Simbologia básica utilizada para construção do fluxograma padrão ANSI

	Indica o inicio ou fim do processo
	Indica cada atividade que precisa ser executada
	Indica um ponto de tomada de decisão
	Indica a direção do fluxo
	Indica os documentos utilizados no processo
	Indica uma espera
	Indica que o fluxograma continua a partir desse ponto em outro círculo, com a mesma letra ou número, que aparece em seu interior

Fonte: Silvino (2018).

A partir desses elementos, registra-se que a apresentação dos fluxogramas ocorre de forma distinta, a depender da complexidade envolvida. O caracterizado como mais simples e utilizado, descreve linearmente o fluxo de informações em forma de blocos. Outro modelo é o vertical, em que as informações são descritas em linhas e colunas sequenciais. Já o modelo

horizontal, refere-se aos órgãos e pessoas envolvidas em determinada rotina ou processo. São os utilizados para representar cargos, funções, atividades (SILVINO, 2018).

No entanto, os fluxogramas também são utilizados para apresentar resultados de pesquisas aplicadas em mestrados profissionais, em que os produtos são gerados para aplicabilidade prática e melhoria dos processos (SILVINO, 2018). O autor ainda destaca que os fluxogramas têm se tornado uma ferramenta aliada no cotidiano do enfermeiro, em diversas dimensões de atuação, principalmente, para guiar as ações assistenciais e gerenciais fundamentadas cientificamente, padronizando, organizando o trabalho e auxiliando na tomada de decisões (SILVINO, 2018).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

O estudo realizado foi de natureza qualitativa exploratória do tipo pesquisa-ação, pois preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, mas compreendido em sua dimensão subjetiva. Esse tipo de investigação atua com um universo de significados, motivos, atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2017).

Justifica-se a escolha pela pesquisa-ação quanto ao método, por ser um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e, no qual, os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. Trata-se de possibilitar a busca de soluções de problemas reais, dessa maneira, os procedimentos a serem adotados devem obedecer às prioridades estabelecidas, a partir de um diagnóstico da situação dos sujeitos do estudo. Este tipo de pesquisa é fundamentado por teoria e realizada com a participação dos envolvidos, seja como pesquisadores, técnicos, trabalhadores, educadores, cidadãos, ou seja, como beneficiários de um serviço, de um programa ou de uma comunidade (THIOLLENT, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A macrorregião do Grande Oeste é composta por 78 municípios. Possui uma extensa área territorial, com aproximadamente 14.658,70km², com diversas problemáticas geográficas, entre elas, a malha rodoviária sinuosa e a distância entre as cidades e as referências regionais (SANTA CATARINA, 2018). Observa-se no mapa apresentado na Figura 1, as microrregiões catarinenses identificadas por cores e as regionais de saúde sinalizadas por municípios sede.

Figura 2 – Mapa das Macrorregiões e Regionais de Saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde (2020-2023).

A população total da macrorregião é de 792.895 habitantes (BRASIL, 2018), que corresponde a 11 % da população geral do Estado de Santa Catarina. Metade desta população é do sexo masculino e outra metade é do sexo feminino, ficando equilibrada a porcentagem populacional por divisão de sexo na macrorregião.

As três regiões apresentam indicadores demográficos bem semelhantes entre si por faixa etária populacional e densidade demográfica. Aproximadamente 20% da população está na faixa etária de 0 aos 14 anos, faixa etária enfatizada neste estudo. Quando se analisa separadamente as regiões, percebe-se que a Região Oeste, apresenta um percentual maior em relação às outras duas regiões de pessoas nesta faixa etária, e é um polo de referência para todo Grande Oeste de Santa Catarina no atendimento de saúde, havendo a necessidade de maior qualificação dos serviços de saúde para este público.

A macrorregião possui uma área territorial de 14.658,70km². O maior contingente de habitantes reside na área urbana, o que equivale, aproximadamente, a 70%, comparado com a rural. Os municípios de maior população e polos para assistência à saúde são: Chapecó com população estimada de 216.654 habitantes; Xanxerê com 50.309; e São Miguel do Oeste com 40.090 habitantes; 92% dos municípios desta microrregião tem população com menos de 20.000 habitantes, demonstrando a necessidade de articular pontos de atenção que sirvam de apoio a estes municípios, que em sua maioria, possuem na atenção básica sua única porta de

entrada de atenção à saúde, em que mais de 85% da população se utiliza única e exclusivamente do SUS (SANTA CATARINA, 2018).

A Região de Saúde do Oeste Catarinense é composta por 27 municípios (Águas Frias, Águas de Chapecó, Caibi, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunhataí, Cunha Porã, Formosa do Sul, Guatambu, Iriti, Jardinópolis, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Planalto Alegre, Quilombo, Santiago do Sul, Serra Alta, Sul Brasil, União do Oeste, Palmitos, Pinhalzinho, São Carlos, Riqueza, Paial e Arvoredo). Situado entre os territórios do Meio Oeste Contestado e do Extremo Oeste, abrange uma área aproximada de 4.126km², o que representa 4,31% da superfície de Santa Catarina. O município de Chapecó atua como município-polo de saúde, oferecendo uma proposta de estruturação das redes de referência em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade do serviço.

A RAS de Chapecó está estruturada por componentes estrategicamente localizados de acordo com cada especificidade. A Atenção Básica estrutura-se com 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 44 ESF, 280 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Destaca-se que na atenção secundária à saúde da criança no município de Chapecó é disponibilizado assistência em um hospital pediátrico, uma instituição filantrópica administrada pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AHLVF) e gerida pelo município prestando assistência à saúde da criança de média e baixa densidade tecnológica. Inaugurado em 11 de maio de 2011, possui 50 leitos de internação referência para toda a Macrorregião Oeste.

O Pronto Socorro oferece atendimento 24 horas com dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e dois médicos pediatras e clínicos por turno. Frente às elevadas demandas e atendendo aos critérios da Política Nacional de Humanização, optou-se por uniformizar e qualificar a porta de entrada com acolhimento, por meio da implantação e implementação da classificação de risco com o Protocolo de Manchester em 2014.

Cabe ressaltar que a Política Hospitalar Catarinense está fundamentada em critérios estabelecidos por normativas vigentes no Sistema Único de Saúde e organizada a partir da definição dos serviços de interesse de saúde de forma regionalizada e é referência para o atendimento das necessidades de saúde da população, com ênfase para as linhas de cuidado de urgência e emergência, materno infantil e atenção psicossocial (SANTA CATARINA, 2019).

Salienta-se que os hospitais inseridos na classificação da Política Hospitalar Estadual, são estabelecimentos destinados à assistência de usuários com ou sem risco de vida, com agravos que necessitam de atendimento imediato, prestando atendimento resolutivo e qualificado nos quadros agudos ou agudizados de natureza clínica. Ainda, presta o primeiro

atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a se definir a conduta necessária para cada caso. Poderá manter observação por até 24 horas para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica e, encaminhar aqueles que necessitarem referenciamento para internação em serviços hospitalares de maior complexidade ou de retaguarda (SANTA CATARINA, 2019).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por três grupos distintos: G1, G2 e G3, que foram convidados a partir da sua atuação com o atendimento na APS, atenção hospitalar, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) às crianças em situações de EU, com no mínimo seis meses de atuação na RUE, selecionados intencionalmente através do método de amostragem em cadeia “bola de neve”.

O **Grupo 1** foi composto por 14 enfermeiros da Rede de Urgência e Emergência representando os municípios da Macrorregião Oeste de SC. O **Grupo 2** contou com dois enfermeiros das UPA e três integrantes representando os hospitais de referência, por fim, o **Grupo 3**, contou com dez enfermeiros representando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Chapecó.

4.4 COLETA DOS DADOS/INFORMAÇÕES

Na fase exploratória, inicialmente, foram realizados dois encontros com a Coordenação da Divisão Regional de Saúde da Macrorregião Oeste, Coordenação da APS e Coordenação de Educação Permanente em Saúde do município, apresentando os achados da revisão narrativa explorando evidências teóricas acerca dos instrumentos utilizados para avaliação e tomada de decisão no atendimento a criança, redes de atenção, rede de urgência e emergência.

Também, foi realizado um estudo quantitativo, retrospectivo, de abordagem estatística descritiva do número de crianças classificadas pelo Protocolo de Manchester, atendidas no pronto socorro pediátrico, por meio de banco de dados do sistema de gestão interno, no período de 1º de julho de 2018 a 31 de julho de 2019, em caráter de censo, autorizado pela Gerente de Serviços da instituição. A classificação de risco pelo Sistema Manchester mostrou que foram 67.009 atendimentos no período, com crianças oriundas de 96 municípios, dos quais 57,4% deles caracterizavam-se como urgência, sendo 13.437 (20,05%) crianças classificadas como

urgência, 150 (0,22%) emergências e, muito urgente, 10.472 crianças (15,62%). As demais 41.862 (62,47%) crianças classificadas caracterizam-se como pouco urgentes, 223 (0,33%) não urgentes e eletivos 446 (0,66%), ou seja, 63,46% da demanda atendida neste pronto socorro são demandas de baixa complexidade, os quais poderiam ser referenciados à rede de atenção em estruturas com menor densidade tecnológica (CECCONELLO; ZOCCHÉ, 2021).

Diante desse levantamento, buscou-se por meio de uma revisão de literatura, elucidar quais eram as principais causas de procura por atendimento em Pronto Socorro. Contudo, em 22 de novembro de 2020 foi realizada uma reunião com o Grupo Condutor da RUE da Macrorregião Oeste, Comissão Intergestores Regional (CIR), com a apresentação dos resultados da etapa exploratória da revisão narrativa, do estudo quantitativo retrospectivo do número de crianças classificadas pelo Protocolo de Manchester, atendidas no pronto socorro pediátrico, encerrando com as tratativas para a realização do Seminário I com os enfermeiros através de uma reunião online (APÊNDICE A).

Nesse momento, percebeu-se uma certa resistência por parte dos representantes em participar do projeto, ou ainda, indicar os representantes, devido ao trabalho da rede estar fragilizado diante da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, vírus responsável pela doença do Coronavírus, genericamente chamada de Covid-19 e, ainda, pela incerteza frente a possível troca de profissionais representantes dos órgãos públicos, decorrente do pleito eleitoral que ocorrerá neste ano.

Considerando essa reunião e o Decreto Estadual nº 509, de 17 de março do 2020 (SANTA CATARINA, 2020), que recomendava a não aglomeração devido a Pandemia da Covid-19, optou-se por alterar a forma de coleta que seria realizada em seminário, por questionário *online* pela plataforma *Google Forms*. Ainda, foi levado em consideração o fato de ter ocorrido eleições municipais, o que acarretou a mudança de gestores públicos e, consequentemente, nas representações de comissões, como foi o caso do grupo da RUE.

Frente ao exposto, deu-se início a coleta pelo convite disparado por *e-mail*, a partir da lista de contato dos representantes dos municípios em estudo, fornecida pela Administração Regional de Saúde. Os critérios de inclusão dos participantes dos grupos 1 e 2 foram: ser enfermeiros atuantes na RUE da Macrorregião Oeste de Santa Catarina, selecionados intencionalmente pela pesquisadora, por meio do método de amostragem em cadeia “bola de neve”, visto que a pesquisadora atua em um hospital pediátrico, referência para RUE. Nessa técnica, os participantes são identificados e adicionados à amostra, e eles indicam outras pessoas que possam proporcionar dados mais amplos e, assim, incluídos na amostra (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A coleta das informações compreendeu o período de 24 de novembro de 2020 a 25 de fevereiro de 2021. Foi enviado convite por *e-mail*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), bem como os formulários de validação (APÊNDICE C, D e E).

Os fluxogramas foram elaborados a partir dos resultados obtidos da revisão de literatura e do diagnóstico de situação dos motivos de maior procura pelo Pronto Socorro, sendo eles: febre; problemas respiratórios; e problemas gastrointestinais. resultado do estudo quantitativo exploratório de Classificação de Risco e em coautoria dos participantes no processo de validação.

Para fins de análise e validação dos fluxogramas foi utilizado um Instrumento de Validação de Conteúdo (IVC), elaborado a partir da primeira etapa desta pesquisa. O IVC é um método utilizado para mensurar a porcentagem de concordância dos juízes acerca de determinado conteúdo. Para isso, utiliza-se a seguinte fórmula: dividir o “número total de itens considerados como relevantes pelos avaliadores pelo número total de itens”. Para avaliação, tanto dos itens individualmente como do instrumento como um todo, foi considerada uma concordância mínima de 0,80 (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; TEIXEIRA, 2011).

O instrumento de validação de conteúdo dos fluxogramas continha critérios quanto ao esclarecimento da objetividade de seu conteúdo, sua estrutura e apresentação, bem como sua relevância para auxiliar os enfermeiros na avaliação à criança na RUE.

Os juízes tiveram um prazo de sete dias para a devolutiva do formulário online para que o conteúdo recebesse o tratamento e adequações necessárias, de acordo com literatura científica e legislação vigente.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os dados oriundos das revisões e dos formulários de validação foram analisados utilizando a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) e o referencial científico técnico vigente acerca dos atendimentos de crianças com febre, problemas respiratórios e gastrointestinais indicados nas publicações do MS e do Protocolo Manchester.

As revisões narrativas analisadas apresentam-se no item 5, na exposição dos produtos e seus resultados foram os elementos que compuseram a construção dos fluxogramas.

Salienta-se que a criação dos três fluxogramas de atendimento intitulados à criança pelo enfermeiro frente a queixa de febre, problemas respiratórios e problemas gastrointestinais, foram elaborados a partir do panorama epidemiológico de atendimentos de crianças no hospital

da criança, de 2018 a 2019 (fase exploratória) e das revisões que analisaram os motivos de procurar o serviço de pronto atendimento, a fim de identificar aqueles que não estavam relacionados à atenção terciária em saúde (CECCONELLO; ZOCCHE, 2021).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc), via Plataforma Brasil, com parecer favorável nº 4.369.109 em 29 de outubro de 2020 (ANEXO A). Os participantes do estudo e os juízes foram selecionados pelo método de amostragem em cadeia “bola de neve” e pelo método de amostragem intencional.

Os participantes tiveram seus direitos preservados ao longo da pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato. Os enfermeiros que aderiram ao estudo assinaram o TCLE (APÊNDICE A, B e C), conforme a Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Não houve desistências dos participantes. Para posterior divulgação dos resultados em publicações de artigos, resumos, capítulos de livros, seminários e congressos, os participantes terão seus nomes preservados e serão identificados utilizando-se a sigla: JP (Juízes Profissionais), seguida de uma ordem numérica arábica crescente (JP1, JP2, JP3, ...).

Os riscos do estudo foram mínimos, pois não envolveu riscos de natureza física. Os benefícios diretos e vantagens em participar deste estudo foi a possibilidade de contribuir para a produção de informação e elementos que possibilitaram o aprimoramento da atenção à saúde da criança no seu local de trabalho. Os benefícios indiretos foram a produção de conhecimento para a área da saúde, enfermagem e gestão dos serviços de saúde catarinense.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atuação do enfermeiro representa uma referência na atenção e cuidado em serviços de saúde, e isso lhe confere um papel de destaque na equipe multidisciplinar. Ele conhece os detalhes dos processos operacionais, gerenciais, assistenciais e de apoio no cotidiano das unidades de saúde.

Dessa forma, este capítulo visa apresentar os resultados dos produtos desenvolvidos neste estudo, em que se destaca, brevemente, a caracterização dos enfermeiros participantes. Sequencialmente, apresentam-se duas revisões narrativas da literatura acerca da organização, políticas e marcos legais norteadores da RUE.

Em seguida, apresentam-se o fluxograma de atendimento à criança com febre, o de problemas respiratórios e o de problemas gastrointestinais. Outros produtos foram um infográfico, abordando os principais problemas respiratórios que acometem as crianças, orientando quando e onde procurar por atendimento, por fim, um vídeo educativo sobre os problemas respiratórios na infância com dicas de saúde. O infográfico caracteriza-se como uma tecnologia utilizada para representação visual de informações e imagens elaborados de maneira dinâmica, objetiva para informar, divulgar ou orientar sobre determinado assunto (BEZERRA; SERAFIN, 2016).

Os resultados são oriundos da validação do conteúdo dos fluxogramas pelos enfermeiros atuantes na RUE e as sugestões deixadas por eles para adequação dos mesmos.

Destaca-se que esses produtos tinham por objetivo serem utilizados na qualificação dos profissionais de RUE. No entanto, em virtude da Pandemia Covid-19, não foi possível utilizá-los, pois a RUE está com o seu cronograma de atividades de educação permanente em saúde presenciais e remotas, suspensas por tempo indeterminado, já que os profissionais foram direcionados para outras frentes de trabalho.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os enfermeiros da RUE possuem uma representatividade de destaque no contexto da RUE, devido ao quantitativo de municípios, extensão territorial e população adstrita à Macrorregião Grande Oeste. Contudo, diante do cenário de pandemia de Covid 19 e sendo estes profissionais essenciais na linha de frente, foi considerada satisfatória a amostra.

A análise quantitativa obteve 29 (100%) enfermeiros participantes e constatou-se que eles compunham um grupo de profissionais com idades variadas. Majoritariamente,

enfermeiros com idade entre 30 e 39 anos, seguido pelos com idade entre 40 e 50 anos, apenas dois enfermeiros com idade entre 24 e 29 anos, e outros 11 enfermeiros que não responderam. Isso leva a dizer que esse grupo é representado por profissionais relativamente jovens, preparados tecnicamente e em pleno desenvolvimento de suas capacidades. O Quadro 1 apresenta a frequência de participantes, segundo a faixa etária.

Quadro 1 – Frequência de participantes do estudo segundo a faixa etária. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Variável	N (%)
Idade	
24 a 29 anos	02 (6,8 %)
30 a 39 anos	09 (31 %)
40 a 50 anos	05 (17,2 %)
Não responderam	11 (37,9 %)
TOTAL	29 (100%)

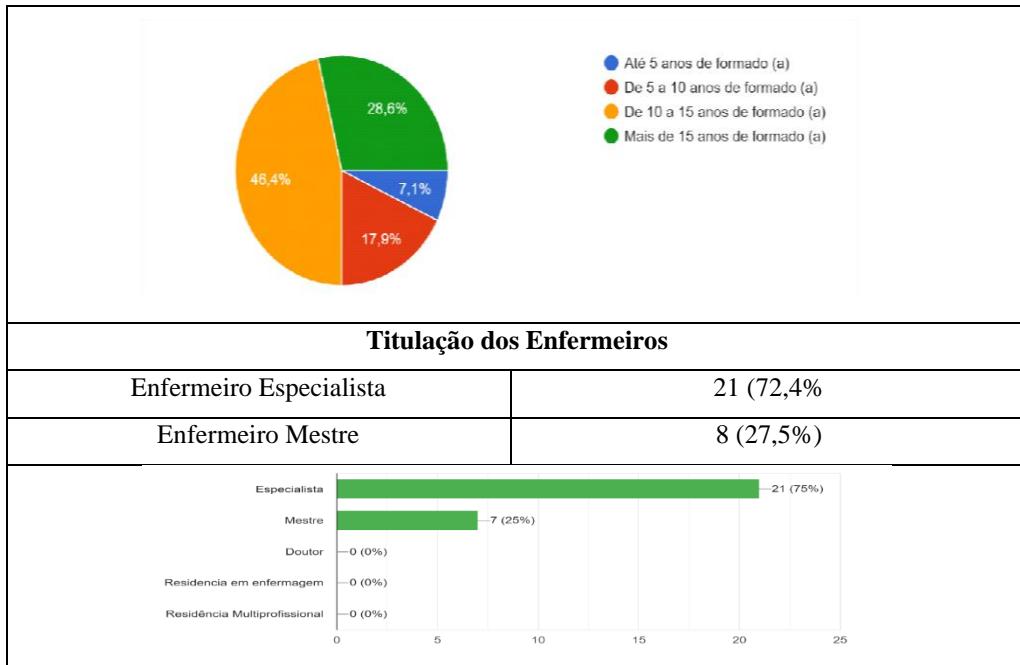
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

No que diz respeito ao tempo de formação, observa-se que 46,4% dos enfermeiros estão formados entre 10 e 15 anos, 28,6% há mais de 15 anos, seguido pelos 17,9% formados entre 5 e 10 anos e 7,1% são menos de 5 anos. Isso remete a pensar que o grupo de enfermeiros é um grupo experiente.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes segundo o tempo de formação e titulação.

Chapecó – SC, Brasil, 2021

Variável	N (%)
Tempo de formação	
Até 5 anos de formado (a)	7,1%
De 5 a 10 anos de formado (a)	17,9%
De 10 a 15 anos de formado (a)	46,4%
Mais de 15 anos de formado (a)	28,6%



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quanto ao nível de qualificação, foi evidenciado que 75% dos enfermeiros participantes possuem título de especialista na área em que atuam, sendo que 1/4 possui *stricto sensu*. Esse dado remete a destacar que os enfermeiros da RUE são experientes e qualificados, expressivo tempo de atuação e, ainda, evidencia-se uma tendência pela busca por níveis maiores de qualificação, oportunidades e reconhecimento profissional.

Considerando as características da população do estudo quanto à idade, titulação e tempo de formação, aos achados vêm ao encontro do estudo de Garbin *et al.* (2019), a bagagem adquirida ao longo da carreira profissional são fatores decisivos para o engajamento no ambiente de trabalho, confiança dos colegas, organização e gestão dos serviços onde trabalham.

5.2 PRODUÇÕES

5.2.1 Revisão narrativa 1

PANORAMA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ATENDIMENTO À CRIANÇA

Francieli Ceconello
Denise Antunes de Azambuja Zocche
Rosana Amora Ascari

Resumo: a assistência à saúde integral tem representado um desafio no contexto brasileiro. No cenário pediátrico se observa importantes avanços em ações de saúde, mas na prática, ainda há fragilidades que impedem que elas se concretizem de fato. Contudo, a organização do sistema de saúde consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde, onde a Rede de Urgência e Emergência possui a atribuição de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, nos diferentes pontos ou serviços de saúde. Na realidade do serviço de urgência de um hospital pediátrico do Oeste de SC, tem se observado elevada demanda de procura por agravos não urgentes, que poderiam ser resolvidos em outros pontos da rede, evitando a sobrecarga desse serviço. **Objetivo:** identificar na literatura quais são os principais motivos de procura por atendimento no serviço de urgência de atendimento à criança. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa na Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus sobre as evidências publicadas acerca dos motivos de procura por atendimento no Pronto Socorro, no período de 2010 a 2020, utilizando-se os descritores “crianças”, “atendimento de urgência”, “gestão” e “política de saúde”, operador booleano *AND*, nos idiomas português, inglês e espanhol. **Resultados:** observou-se o predomínio de estudos que abordaram as questões de atendimento de Urgência e Emergência e suas interfaces com a falta de protagonismo na APS, com pouca ênfase na população pediátrica. **Conclusão:** A assistência à criança com ênfase na RUE tem demonstrado fragilidades na articulação, na oferta de serviços e comunicação na Rede de Atenção à Saúde, que envolvem as dimensões técnicas, de gestão e população. O hospital tem sido visto como local, em que todos os problemas de saúde são resolvidos.

Descritores: Criança. Atendimentos de urgência. Gestão. Políticas de Saúde.

Introdução

Os serviços de urgência e emergência são essenciais na assistência em saúde e considerados serviços abertos no Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUSA, 2019). Em grande parte do Brasil, há um desequilíbrio entre a oferta e a procura por atendimento nesses serviços, tornando fundamental a reorganização do processo de trabalho.

Nesse contexto, se faz necessária uma reorganização no sistema para dar conta das demandas crescentes em todos os componentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesta rede, as unidades de saúde responsáveis pela atenção primária deveriam atuar como um nível próprio de atendimento, pressupondo alta resolubilidade frente às demandas básicas e como porta de

entrada para a atenção secundária (ambulatórios especializados) (BRASIL, 2011b; LIMA; JESUS; SILVA, 2018).

Contudo, o atendimento de demandas básicas da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda é presente em grande parte dos hospitais que compõem a RAS (BUBOLTZ; SILVEIRA; NEVES, 2015).

Essa realidade também ocorre no hospital pediátrico do Oeste catarinense, que é a porta de entrada para o atendimento a crianças frente a qualquer necessidade de assistência de saúde. De acordo com os dados da classificação de risco pelo Sistema Manchester, foram realizados mais de 67.000 atendimentos durante um ano (2018/2019), evidenciou-se que 13.437 (20,05%) crianças classificadas justificavam a procura de atendimento como urgência, sendo 150 (0,22%) emergências, muito urgente 10.472 crianças (15,62%) (ALVF, 2019).

As demais 41.862 crianças classificadas (62,47%) caracterizam-se como pouco urgentes, 223 não urgentes (0,33%) e eletivos 446 (0,66%), ou seja, 63,46% da demanda atendida neste pronto-socorro são demandas de baixa complexidade, as quais poderiam ser referenciados à atenção primária à saúde, em estruturas com menor densidade tecnológica (ALVF, 2019).

Ressalta-se que este hospital é referência para 27 municípios e compreende uma população total de 345.838 habitantes, sendo 69.240 crianças com idade de 0 a 14 anos (SANTA CATARINA, 2018). Os dados revelaram que apesar de as unidades básicas de saúde estarem estruturadas para oferecer ações preventivas e programadas, a população ainda procura o pronto-socorro para resolver problemas de saúde que, muitas vezes, demandam cuidados de baixa complexidade.

Segundo Mendes (2011), a APS deveria solucionar 85% dos problemas comuns à saúde, proporcionar acesso, ser coordenadora de fluxos e contrafluxos, instrumentos e informações nas redes e ser responsável pela saúde dos usuários inseridos na rede e equipes de APS.

No cenário pediátrico se observam importantes avanços em ações de saúde, mas na prática, ainda há fragilidades que impedem que elas se concretizem de fato. No Brasil, embora a taxa global de Mortalidade Infantil (MI) tenha diminuído, a mortalidade neonatal ainda continua sendo uma preocupação, visto que o sistema de saúde é universal e equitativo (MIGOTO *et al.*, 2018).

Contudo, para reforçar a assistência direcionada à criança desde o seu nascimento, ações foram sendo incrementadas e desenvolvidas. Em 2011 foi lançada a Rede Cegonha, oriunda da Portaria nº 4.279/2010, que busca preencher lacunas acerca do cuidado à mulher em

todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir a criança o acesso, segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, a APS seguindo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir da Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017), permeia a responsabilidade dos atendimentos básicos, seja de promoção, prevenção, caracterizando-se como porta de entrada prioritária para a rede, a qual está relacionada à sua capacidade de constituir-se como lugar onde os problemas de saúde são apresentados, diagnosticados e tratados, sejam eles agudos ou crônicos (BRASIL, 2017).

Assim, no contexto da UE, a APS é caracterizada como o componente pré-hospitalar fixo, composta pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, que realizam o primeiro atendimento à situação de UE, cujo respaldo técnico lhes é assegurado pela Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002).

Entre a APS e a atenção terciária do escopo da rede de atenção à saúde estão incorporados os serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com especialidades médicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, densidade tecnológica intermediária, caracterizado como o nível secundário. Os pontos de atenção secundários e terciários são organizados segundo os critérios de regionalização, escala e densidade tecnológica, em virtude da complexidade clínica dos usuários, visando a integralidade do cuidado, cuja interatividade se dá por meio de sistematização de apoio técnico, logístico e de gestão (ERDMANN *et al.*, 2013; MENDES, 2011).

Permeando esses níveis de atenção, às Unidade de Pronto Atendimentos (UPA) 24 horas e o Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (Samu) cumprem o papel do cuidado intermediário, veiculando a articulação da entre os níveis da RAS, pautados pela equidade e regionalização da assistência (BRASIL, 2003).

Assim, a RUE possui a atribuição de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, nos diferentes pontos ou serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Contudo, cabe aos hospitais referenciados na RAS, o papel fundamental de ser referência no atendimento de urgências e emergências, dando o suporte de maior complexidade aos casos que excedem a resolutividade da atenção básica. Condição que demanda conhecimento e empenho de vários componentes da rede, desempenhando suas

responsabilidades de atendimento aos usuários, garantindo a continuidade, a integralidade do cuidado e a partilha de conhecimentos entre os pontos de atenção (SANTA CATARINA, 2018).

Frente ao exposto e diante da elevada demanda, , questiona-se quais os motivos da procura por atendimento no Pronto-Socorro de um hospital pediátrico por crianças com demandas da APS. Conforme apresentado anteriormente, vivencia-se, no presente serviço, alterações na rotina, dos processos administrativos, gerenciais, assistenciais de trabalho para dar conta da frequente e crescente busca desnecessária das famílias pelo serviço de Pronto-Socorro por demandas que, na realidade, seriam do escopo da APS.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa sobre as evidências publicadas acerca dos motivos da procura por atendimento no Pronto-Socorro de um hospital pediátrico, por crianças com demandas da APS da temática urgência e emergência.

A revisão narrativa permite a descrição, discussão teórico-reflexiva e cronológica de estudos já produzidos, a respeito de um assunto relevante e atual, de modo que ainda não há possibilidade de realização de uma análise sistematizada. Também, proporciona o acesso, bem como o processamento do conhecimento e de ideias novas acerca da temática estudada, possibilitando uma construção de forma sumarizada e em espaço temporal curto (SAMPIERE; CALLADO; LUCIO, 2013).

A pesquisa abrangeu artigos publicados acerca do tema: atendimento a crianças em situação de urgência e emergência; e gestão e políticas de saúde, no período de 2010 a 2020. Foram adotadas a combinação de três conjuntos de descritores com operadores booleanos *AND*: o primeiro, com os descritores “Criança”, “atendimentos de urgência” e “gestão”; o segundo, com os descritores “Criança”, “atendimentos de urgência” e “gestão em saúde”; e o terceiro, com os descritores “política de saúde”, “atendimento de urgência” e “criança”, ambos nos idiomas inglês, português e espanhol.

As bases pesquisadas foram a Biblioteca Virtual em Saúde e Scopus, no mês de agosto de 2020. Foram incluídos artigos originais, gratuitos, disponíveis na língua espanhola, inglesa e portuguesa, no período de 2010 a 2020 e os estudos que não contemplassem o escopo desta pesquisa.

A análise dos trabalhos iniciou-se pela leitura dos títulos e resumos, organizados em planilha a fim de identificar a adesão dos estudos com a proposta da revisão. Após essa primeira

etapa, prosseguiu-se a leitura dos textos completos, a fim de confirmar a aplicabilidade dos critérios de inclusão. Destaca-se que estas duas etapas foram realizadas por dois revisores.

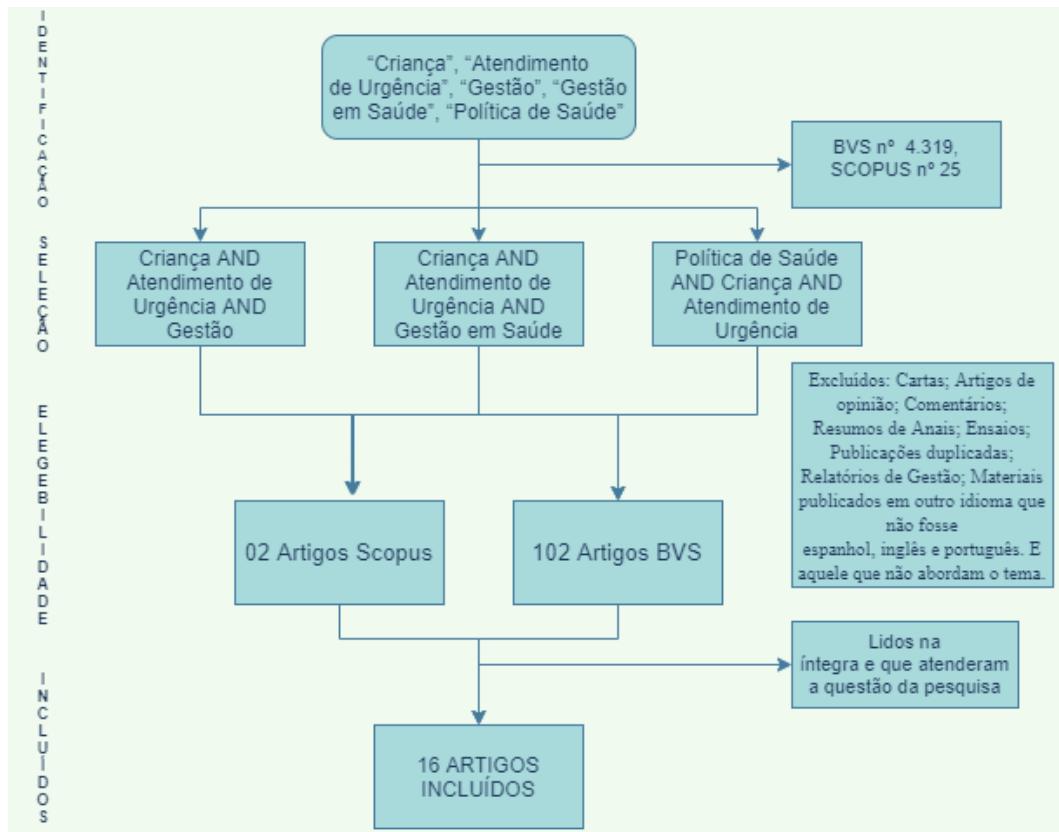
A análise de conteúdo de cada estudo incluído foi realizada a partir se uma síntese fundamentada no escopo dos marcos legais que constituem a Rede de Urgência e Emergência, seguiu os pressupostos de Bardin (2011), divididas em pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise compõe a primeira fase e prioriza a sistematização das ideias iniciais e possibilita a construção de um esquema para o desenvolvimento das operações sucessivas para a análise. A exploração do material é a fase mais longa, e consiste na fase de codificação dos dados. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação é a etapa em que os dados brutos são tratados de forma a se tornarem significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Foram eleitos os temas mais recorrentes presentes nos estudos analisados e feito uma leitura aprofundada das suas fortalezas e lacunas, no que diz respeito a atenção a saúde da criança em situações de urgência e emergência.

Resultados

A busca realizada localizou 4.344 artigos e destes 104 foram selecionados para extração dos dados. Aplicando-se os critérios de exclusão, eliminou-se 88 artigos, sendo então, a pesquisa realizada com 16 artigos, conforme o fluxograma a seguir.

Figura 1 – Fluxograma Prisma



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Entre os estudos selecionados, três destes são internacionais (Portugal, Singapura e Holanda). Os estudos brasileiros selecionados, foram realizados na região Sul, Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste, na sua maioria por gestores e estudantes da área da saúde.

No quadro a seguir serão apresentados os dados referentes ao objetivo e o embasamento legal utilizado nos estudos.

Quadro 1 – Contexto da atenção da rede de Urgência e Emergência

(continua)

ARTIGOS / TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	EMBASAMENTO LEGAL: PORTARIAS, LEIS, RESOLUÇÃO	MÉTODO/ESTRATÉGIA UTILIZADA
A1 A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?	CECILIO <i>et al.</i> , 2012.	Problematizar as possibilidades da rede básica exercer a função estratégica de reguladora do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado.	Política Nacional de Atenção Básica Organização Mundial da Saúde	Estudo exploratório, bibliográfico.
A2 A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes.	MENDES <i>et al.</i> , 2017.	Analizar a continuidade de cuidados nas Unidades de Saúde no município de Évora (Portugal), na perspectiva dos utentes.	Portugal. Decreto-Lei nº 101 de 6 de junho de 2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social Declaração de Alma-Ata. <i>In:</i> Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978.	Estudo transversal, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa.
A3 A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal.	O'DWYER, 2010.	Analizar os documentos que compõem a Política Nacional de Urgência e seu potencial para propiciar a integralidade do atendimento às urgências.	Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Regulação Médica das Urgências: normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, 2006. Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau).	Análise documental.
A4 A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência.	SILVA <i>et al.</i> , 2014	Analizar as contribuições das pesquisas sobre liderança em enfermagem no contexto dos serviços de urgência/emergência no período de 2001 a 2012.	Revisão bibliográfica. Teoria Contingencial ou Situacional.	Revisão Integrativa da Literatura.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quadro 1 – Contexto da atenção da rede de Urgência e Emergência

(continuação)

ARTIGOS / TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	EMBASAMENTO LEGAL: PORTARIAS, LEIS, RESOLUÇÃO	MÉTODO/ESTRATÉGIA UTILIZADA
A5 A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso.	TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015.	Compreender o funcionamento da Rede de Atenção de Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais (RAUE/MNMG) partir do estudo do seu Comitê Gestor.	Portaria nº 2048/2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e os critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços. Resolução nº 1.771/2009. Adota o diário oficial dos municípios do estado de minas gerais, instituído e administrado pela associação mineira dos municípios - amm, como meio oficial de comunicação dos atos normativos e administrativos do município de luz, minas gerais e dispõe sobre publicidade da administração pública municipal	Pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso.
A6 Acesso à atenção primária, emergência Visitas de departamento e não planejadas Hospitalizações curtas no Reino Unido	CECIL <i>et al.</i> , 2016.	Explorar a associação entre o acesso ao clínico geral, visitas ao departamento de emergência (ED) e hospitalizações curtas (<2 dias) em crianças na Inglaterra.	Estudo internacional (Inglaterra). A cobertura universal de saúde dá aos pais o direito de consultar um clínico geral (GP) para atendimento de primeiro contato	Estudo transversal.
A7 Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde.	DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013.	Avaliar o acesso ao serviço de urgência e emergência em hospitais regionais de Pernambuco, com base no itinerário e nos obstáculos dos usuários até a assistência no referido setor.	Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).	Estudo avaliativo, do tipo estudo descritivo e de corte transversal.

ARTIGOS / TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	EMBASAMENTO LEGAL: PORTARIAS, LEIS, RESOLUÇÃO	MÉTODO/ES TRATÉGIA UTILIZADA
A8 Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária.	SILVA; VIERA, 2014.	Identificar o atributo acesso da atenção primária para a resolução dos problemas de saúde de crianças menores de um ano a partir dos relatos de pais e cuidadores.	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) Estratégia Saúde da Família (ESF) Política da Rede de Atenção à Saúde (RAS) Portaria Ministerial nº 4.279/2010b.	Estudo qualitativo, com base no referencial metodológico da hermenêutica-dialética.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quadro 1 – Contexto da atenção da rede de Urgência e Emergência

(continuação)

ARTIGOS / TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	EMBASAMENTO LEGAL: PORTARIAS, LEIS, RESOLUÇÃO	MÉTODO/ESTRATÉGIA UTILIZADA
A9 Compreendendo as decisões que levam a visitas não urgentes ao departamento de emergência pediátrica: as perspectivas dos cuidadores.	KUA <i>et al.</i> , 2016.	Explorar qualitativamente as questões sobre o atendimento pediátrico ao PS, a partir da perspectiva dos cuidadores em um grande hospital público infantil.	Estudo Internacional Cingapura/ Ásia	Estudo qualitativo, teoria fundamentada.
A 10 Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana,	PADILHA <i>et al.</i> , 2018	Analizar o impacto gerado pela implementação da Rede de Urgência e Emergências, seus arranjos Inter federativos regionais de pactuação e gestão de políticas, na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011-2016.	Política Nacional de Humanização (PNH) Portaria nº 1.600/2011c. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) Norma Operacional de Organização da Assistência em Saúde (Noas), Decreto nº 7.508/2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Lei nº 12.466/2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho	Estudo de caso.

ARTIGOS / TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	EMBASAMENTO LEGAL: PORTARIAS, LEIS, RESOLUÇÃO	MÉTODO/ES TRATÉGIA UTILIZADA
			Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.	
A11 Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa.	PELEGRINI <i>et al.</i> , 2010	Apresentar uma revisão narrativa sobre a organização dos serviços de saúde para atenção às urgências, considerando os pressupostos da Pnau e os princípios que norteiam o SUS.	<ul style="list-style-type: none"> -Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau). - Portaria nº 824/GM, de 24 de Junho de 1999. - Portaria GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. - Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. - Portaria GM nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. - Portaria GM nº 2.072, de 30 de outubro de 2003. - Portaria GM nº 1.828, de 2 de setembro de 2004. - Portaria GM nº 2.420, de 9 de novembro de 2004. - Portaria GM nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de 2002. - Política Nacional de Humanização. 	Revisão bibliográfica do tipo narrativa.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quadro 1 – Contexto da atenção da rede de Urgência e Emergência

(conclusão)

ARTIGOS / TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO	EMBASAMENTO LEGAL: PORTARIAS, LEIS, RESOLUÇÃO	MÉTODO/ESTRATÉGIA UTILIZADA
A12 Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal.	FERREIRA <i>et al.</i> , 2014	Descrever e analisar o perfil das experiências que ganharam o Prêmio Inovação na Administração Pública Federal, entre 1995 e 2011.	- Manual de Oslo (2006). - Decreto 7.508/2011 (processo de organização do SUS com a reintrodução do tema da regionalização).	Estudo qualitativo descritivo.
A13 Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas.	DUARTE; MENDES, 2018.	Sistematizar as principais características das portarias que orientam a transferências de recursos para a rede de cuidado obstétrico e neonatal (Rede Cegonha), a Rede de Atenção à Urgência (RAU), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiências (Viver sem limites).	- Decreto nº 7.508. - Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013.	Análise documental.
A14 Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro.	DUBEUX <i>et al.</i> , 2010	Avaliar a rede de atenção às urgências/emergências sob a ótica de unidades de referência macro e microrregional em Pernambuco.	- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) - Pacto pela Saúde - Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS)	Estudo avaliativo, do tipo normativo.
A15 Prontidão pediátrica em sistemas de serviços médicos de emergência	OWUSU-ANSAH <i>et al.</i> , 2020	Trazer a importância de novos métodos para otimizar o atendimento pré-hospitalar nos serviços médicos pediátricos de emergência.	“Guidelines for Care of Children in the Emergency Department”.	Relatório técnico.
A 16 Intervenção Médica Domiciliar Enriquecida Usando Agente de Saúde Comunitário Visita domiciliar e uso de departamentos de emergência.	ANUGU <i>et al.</i> , 2017	Avaliar o impacto de uma intervenção médica domiciliar enriquecida existente que integra diretamente os Agentes comunitários de saúde nas visitas e hospitalizações do serviço de emergência para condições sensíveis a cuidados ambulatoriais pediátricos.	Nova York Base legal institucional do país	Estudo de coorte prospectivo.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Discussão

Após a análise na íntegra dos estudos, foram identificadas três categorias relacionadas à demanda de atendimento no serviço de UE.

Observou-se que houve predomínio de estudos que abordaram as questões de atendimento de UE, suas interfaces com a falta de protagonismo na APS, pouca ênfase na população pediátrica. Sendo assim, os estudos serão discutidos em duas categorias sendo que a primeira categoria trata das fragilidades da APS (seis estudos), no atendimento a necessidades da criança, incluindo a apresentação da Política de acesso a RUE e os marcos legais para a sua implantação e implementação. A segunda aborda a construção e organização da RUE (dez estudos).

Fragilidades da APS no atendimento a necessidades da criança

Nas últimas duas décadas, a atenção às urgências tem sido amplamente discutida e repensada pelos gestores, como uma das ações que podem contribuir com a consolidação do SUS vigente. Para tanto, o foco no desenvolvimento de uma assistência em rede de atenção tem sido adotado pelos órgãos governamentais, na tentativa de melhorar a acessibilidade e qualidade da assistência frente às necessidades da população brasileira (BRASIL, 2013).

Nesse ensejo, para essa reformulação, a APS é designada a ocupar o papel protagonista na organização, coordenação e articulação das redes de atenção à saúde, com o intuito de garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população (CECÍLIO *et al.*, 2012). Mesmo tendo esse propósito, percebeu-se nas publicações encontradas, as fragilidades como o tema que mais se destacou.

Entre eles estão a acessibilidade e a continuidade da assistência na rede. Nesse contexto, o artigo A1 aborda o protagonismo da APS como centro de comunicação das redes de atenção e reguladora da assistência (CECÍLIO *et al.*, 2012). No contexto internacional, no estudo A2 realizado em Portugal, sobre a continuidade do cuidado nos serviços de saúde, realizado sob o ponto de vista dos usuários e profissionais, fica evidente que há lacunas que necessitam ser consideradas quanto a potencialidade de resolutividade, disponibilidade de recursos técnicos e humanos para suprir as necessidades dos usuários. (MENDES *et al.*, 2017).

Ainda o estudo A2, aborda questões relativas aos “Cuidados de Saúde Primários” que se assemelham, sobremaneira, com a realidade brasileira, destacando que estes devem estar

sendo realizados junto às comunidades. Dessa forma, como no Brasil, aponta que os cuidados primários devem ser a referência como primeiro nível de contato para os indivíduos, família e comunidade com o serviço de saúde. Além disso, ressaltam a importância do papel na promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços na continuidade de cuidados (MENDES *et al.*, 2017).

Quando se pensa na APS, focada na saúde da criança, destaca-se que mesmo com toda a legislação vigente para a assistência à população pediátrica, existem poucas ações efetivas que foram concretizadas desde a criação das RAS e de políticas de saúde, como por exemplo, a PACS e ESF, com plenitude A8. Embora se tenha a diminuição dos índices de mortalidade em 60%, principalmente no período neonatal, destaca-se que mais mortes poderiam ser evitadas por ações sensíveis a APS, por meio do amplo acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivo (SILVA, 2014).

Nessa linha de pensamento o A9, apresenta um estudo internacional que retrata que 60% dos pais procuram por atendimento em serviços de urgência para seus filhos. Essa atitude se fundamenta na ideia de que as famílias/pais levam em consideração, a possibilidade de evolução da doença da criança, bem como a necessidade de buscar assistência segura, a expectativa de que exames médicos, como a radiografia, ou seja, resolutividade, quando tomam a decisão de buscar a atenção terciária, ao invés de buscar a atenção primária à saúde (KUA *et al.*, 2016). Ainda os autores, mencionam a insatisfação dos pais com os prestadores de cuidados de saúde primários, por questões de acessibilidade e agendamento, bem como a percepção de que a qualidade do atendimento prestado na saúde primária (KUA *et al.*, 2016).

No estudo realizado sobre o acesso de crianças aos hospitais públicos da rede de saúde da Inglaterra, é revelado que mesmo sendo referência internacional em sistema de saúde pública, apresenta falhas como APS precária, e altos custos com hospitalizações curtas e que 40% dos casos que são atendidos nos serviços de urgência são potencialmente tratáveis na APS (CECIL *et al.*, 2016).

Sob esse ponto de vista de análise do sistema de saúde pública e o trabalho em rede, o estudo A10 corrobora os estudos mencionados anteriormente, quando diz que a construção da rede de UE, se constitui um desafio, pela complexidade e multiplicidade de pontos de atenção, tecnologias envolvidas e políticas fragmentadas aquém da sua importância para a saúde pública. Contudo, deve-se unir forças para integrar um sistema que, durante muito tempo, sofreu com a fragmentação, desarticulação e pouca cooperação dos municípios, regiões e Estados brasileiros (PADILHA *et al.*, 2018).

Frente ao exposto, percebe-se que a continuidade do cuidado é, de certa forma, uma preocupação na esfera nacional como também internacional, pois fica evidente pelos dados apresentados, que as RAS necessitam de articulação e um trabalho em equipe multi e interdisciplinar, para dar conta dos diferentes níveis de cuidados, além, é claro, da indispensável competência de articular a comunicação adequada entre os profissionais em todos os pontos das RAS.

Construção e organização da RUE

Nessa categoria ficou destacado o movimento de construção e organização das RAS no Brasil. Como se deu esse processo e como se estruturam os componentes da RUE. Dentre os artigos selecionados, foi constatada, com maior ênfase, a discussão acerca da temática organização da RUE na região Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste do Brasil (A5, A11 e A14).

O estudo A5 mostra como de fato se deu a implementação da RUE na região de Minas Gerais, enfatizando a importância que a RUE possui diante das adversidades demográficas, aumento de número de acidentes e por procura dos serviços de saúde. Diante disso, traz à luz o exemplo de regionalização do sistema de saúde americano implantado desde a década de 70, com a atribuição de articular o sistema de saúde, hospitais e recursos humanos especializados, permitindo o acesso ao cuidado especializado, que não poderia ser disponibilizado em centros locais (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

Vista como um desafio a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à Urgência e Emergência (UE) merece evidência, uma vez que sua ausência ou inadequação pode gerar incapacidade ou óbito do indivíduo, considerando que as mudanças demográficas e o aumento de acidentes contribuem para a intensificação da utilização de serviços de saúde, em especial os de urgência, revelando a necessidade de sua estruturação pelos gestores de saúde A5 (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

Sob o enfoque do mesmo estudo, a proposta de um sistema de urgência em rede foi evidenciada como uma necessidade, em 2002, com a Portaria nº 2.048, estabelecida pelo Ministério da Saúde, em que os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e os critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços foram estabelecidos e deu-se o início da construção regionalizada nos diferentes níveis de complexidade, para assistência às urgências no Estado de Minas Gerais e demais Estados brasileiros locais (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

O estudo A11 de Pelegrini *et al.* (2010) aborda que a organização dos serviços de saúde possui fragilidades e divergências de entendimento quando se trata de acolhimento dos agravos de urgência, em qualquer ponto da rede de forma regionalizada, hierarquizada e regulada, pois, nesses locais, nem sempre há tecnologia adequada para complexidade e há sobrecarga de trabalho, refletindo em efeitos desgastantes para a equipe e os usuários que não têm suas necessidades atendidas.

Diante disso, o mesmo estudo aborda sobre a organização da rede de atenção às urgências ocorrida em 2003, com a instituição da Pnau em que foram estabelecidos princípios e diretrizes para ordenar, qualificar, bem como os critérios para o funcionamento e habilitação dos serviços de referência para atender as demandas oriundas de outros pontos da rede, de menor complexidade. Assim, a rede é composta pelo serviço de regulação médica, serviço pré-hospitalar fixo, Serviço Pré-hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Interhospitalar e Núcleos de Educação em Urgência (PELEGRINI *et al.*, 2010).

Contextualiza, ainda, que o serviço pré-hospitalar móvel representado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu), foi elencado como primeira ação de enfrentamento às urgências pelo potencial impacto de preservar a vida, sendo articulador entre o serviço pré-hospitalar fixo aos serviços hospitalares de maior complexidade, gerido pela regulação médica (PELEGRINI *et al.*, 2010).

Contudo, estudo A4 de Silva *et al.* (2014) os serviços de maior densidade tecnológica dizem respeito aos hospitais de atenção às urgências, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva. E, por fim, o componente pós-hospitalar, que compõem as modalidades de atenção domiciliar, hospitalais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária (SILVA *et al.*, 2014).

Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

Contudo, o estudo A14 realizado em Pernambuco, contextualiza brevemente sobre a descentralização da assistência à saúde e seu financiamento dos três entes federativos, bem como o processo de ressignificação do papel da esfera estadual no planejamento, gestão e avaliação das relações intermunicipais e dos espaços regionais de saúde, ampliando a produção e a produtividade das ações e serviços do SUS (DUBEUX *et al.*, 2010).

Nesse enfoque, avaliou a organização rede de atenção às urgências sob a ótica de unidades de referência macro e microrregional, em que se constatou que há vulnerabilidade da

gestão e prestação de serviços nos sistemas regionais e estaduais de saúde, especialmente no que se refere à organização das ações de média e alta complexidade assistencial (DUBEUX *et al.*, 2010).

Ainda no mesmo estudo, enfatiza o quanto é próspero uma estrutura adequada *loco* regional para suprir as necessidades da população diante da transição demográfica e epidemiológica, do aumento da expectativa de vida, prevalência de doenças, violência em que a assistência hospitalar regionalizada se configura como referência (DUBEUX *et al.*, 2010).

Inserido nesse contexto, o enfermeiro assume papel protagonista de liderança na RUE, tanto no cuidado direto ao paciente, bem como no gerenciamento do setor, (A4) da equipe, atuando na educação permanente e articulada nos diferentes níveis de atenção à saúde.

No que se refere ao atendimento às urgências e emergências, o mesmo estudo acrescenta que a dinâmica de trabalho deve ser sincrônica, com trabalho em equipe, um atendimento de qualidade, diminuição dos erros médicos e de enfermagem, para obter resultado rápido.

Ainda com o olhar voltado para a população pediátrica, o estudo A14 realizado no Hospital de Pittsburgh, Pensilvânia, sintetiza inúmeras publicações acerca da necessidade de organização do sistema de saúde para o atendimento a criança, sistematizada com práticas fundamentadas em protocolos, políticas, procedimentos e equipamentos. Nota-se a necessidade de melhorar os cuidados integrados no ambiente pré-hospitalar. Salienta que são necessários componentes específicos para a pediatria que ajude a melhorar a assistência, pois o sistema de saúde apresenta muitas deficiências e lacunas e que os profissionais devem ter o conhecimento e as habilidades para cuidar de crianças, no sentido de minimizar consequências devastadoras para a saúde (OWUSU-ANSAH *et al.*, 2020).

Os autores acima também salientam que administração e coordenação são atributos fundamentais para médicos e enfermeiros, porém, dá mais ênfase a assistência médica. Enfatiza que o atendimento de qualidade ao paciente depende de um compromisso com o desenvolvimento e operação de um sistema integrado e que mais resultados positivos seriam obtidos com o médico mais próximo do usuário, o qual denominam como médico de supervisão pediátrica (OWUSU-ANSAH *et al.*, 2020).

Nesse mesmo enfoque, outro estudo realizado em Nova York, A16, relata as visitas médicas e o trabalho efetivo dos agentes comunitários treinados pode ser uma estratégia para reduzir a utilização evitável do serviço de urgência, especialmente entre crianças vulneráveis (ANUGU *et al.*, 2017). Assim, fica evidente a importância da atuação da equipe multiprofissional para a obtenção de uma assistência equitativa e integral.

Considerações finais

Os estudos mostraram que a assistência à criança na rede de urgência e emergência é uma das áreas mais problemáticas do sistema de saúde, e que as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização estão pouco implementadas.

Identificado pelos estudos que as bases legais que implementam a RUE possuem forte fundamentação de maneira generalista, porém com pouca ênfase na população pediátrica .

Da mesma forma, constatou-se que a acessibilidade e integralidade da assistência à criança encontram-se fragilizadas diante das limitações referentes à gestão, qualificação profissional e os onerosos investimentos tecnológicos necessários para a continuidade do cuidado.

Evidenciou-se que, o hospital ainda é entendido como o local em que todos os problemas de saúde são resolvidos, seja pelas condições técnicas, recursos humanos, realização de exames disponíveis, ou pelo acesso a qualquer momento.

REFERÊNCIAS

ALVF. Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira. **Análise de Triagens.** 2019. Disponível em: http://pr.hro.org.br:8088/analise_triagensh. Acesso em: 29 maio 2020.

ANUGU, M.; BRAKSMAJER, A.; HUANG, J. Enriched Medical Home Intervention Using Community Health Worker Home Visitation and ED Use. **Pediatrics.** 2017; 139(5):e20161849. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28557721/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2011c. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf. Acesso em: 7 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 6 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/1_mg/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

BUBOLTZ, F. L.; SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015. out./dez. 24(4): 1027-34. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500002040014.pdf. Acesso em: 6 nov. 2020.

CECIL, E.; BOTTLE, A.; COWLING, T. E. Primary Care Access, Emergency Department Visits, and Unplanned Short Hospitalizations in the UK. **Pediatrics**. 2016, 137(2):e20151492. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/2/e20151492.full.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

CECILIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2893-2902, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DUARTE, L. S.; MENDES, N. A. Questão territorial, processo de regionalização do sus e financiamento das redes temáticas. **Rev Bras Promoç Saúde**, 31(4): 1-12, out./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8771/pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência. e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [2]: 345-369, 2013. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/phyisis/v23n2/v23n2a03.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(8):1508-1518, ago. 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/05.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. C. F.; DRAGO, L. C. Atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Artigo Original 21(Spec):[08 telas] jan./fev. 2013. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.

FERREIRA, V. R. S.; NAJBERG, E.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N.B.; BORGES, C. Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro 48(5):1207-1227, set./out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/07.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

KUA, P. H. I. J.; WU, L.; ONG, L. T.; LIM, Z. Y.; YIEW, J. L.; THIA, X. H. M.; SUNG, S. C. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives. **Singapore Med J**. 2016; 57(6): 314-319. DOI: 10.1162/smedj.2016023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26805668/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

LIMA, A. A.; JESUS, D. S.; SILVA, T. L. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/phyisis/v28n3/0103-7331-phyisis-28-03-e280320.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

MENDES, F. R. P. *et al.* A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):841-853. 2017 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0841.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

MIGOTO, M. T.; OLIVEIRA, R. P.; SILVA, A. M. R.; FREIRE, M. H. S. Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(5):2675-83. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2527.pdf. Acesso em: 5 mar. 2021.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2395-2404. 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

OWUSU-ANSAH, S.; MOORE, B.; SHAH, M. I. Committee on pediatric emergency medicine, section on emergency medicine, AAP EMS subcommittee, section on surgery. Pediatric Readiness in Emergency Medical Services Systems. **Pediatrics**. n.145(1):e20193308. 2020. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/145/1/e20193307.full.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

PADILHA, A. R. S.; AMARAL, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, G. W. S. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 579-593, jul./set. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n118/579-593/>. Acesso: 26 nov. 2020.

PELEGRINI, A. H. W.; SANTOS, J. L. G.; MARQUES, G. Q.; CICONET, R. M.; LIMA, M. A. D. S. Organização dos serviços de saúde para as urgências: revisão narrativa. 2014. Online **Brasilian Journal of Nursing**. v. 9, n.1. 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2888/657>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SAMPIERE, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Coordenação Estadual da Rede de Urgência e Emergência. Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina. **Revisão do plano de ação da rede de atenção às urgências e emergências. Macrorregião de Saúde do Grande Oeste**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/anexos-deliberacao-248-23-10/14432-anexo-06-deliberacao-248-rue-grande-oeste-10-10-2018/file>. Acesso em: 20 maio 2020.

SILVA, D. S.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; ROCHA, F. L. R.; CALDANA, G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 16(1):211-9, jan./mar. 2014 Disponível em: http://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf. Acesso em: 22 ago. 2020.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 67(5):794-802, set./out. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

SOUSA, K. H. J. F. *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100503#aff2. Acesso em: 15 out. 2019.

TORRES, S. F. S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 361-373. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0361.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

5.2.2 Revisão narrativa 2

PANORAMA DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL E SUAS INTERFACES COM A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

Francieli Ceconello¹

Denise Antunes de Azambuja Zocche²

Rosana Amora Ascari³

Resumo: este estudo tem como objetivo apresentar as publicações científicas nacionais que tratam sobre a política de urgência e emergência na atenção à saúde da criança, no período de 2010 a 2020, a fim de analisar como esta temática vem sendo trabalhada no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), bem como suas tendências, desafios e importância para a gestão da atenção hospitalar oferecida às crianças. **Método:** revisão narrativa da leitura, a partir de pesquisa eletrônica de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS) e Portal de Periódicos Capes, com os descritores: “política de saúde” AND “emergência” AND “portarias”, publicados em português e disponíveis na íntegra, compreendidos no período de 2010 a 2020. **Resultados:** nos resultados obtidos, encontra-se com maior ênfase as fragilidades na articulação dos fluxos entre os pontos de assistência na rede, principalmente acerca da acessibilidade e continuidade da assistência. **Conclusão:** conclui-se que a política de Urgência e Emergência é ampla e atua de forma regionalizada com cogestão entre os entes federativos com eficiência técnica e de gestão abaixo do necessário para os papéis assumidos pelos municípios e isso dificulta o alcance dos objetivos da Pnau.

Descritores: Criança. Emergência. Políticas de saúde. Portarias.

Introdução

Muito tem se discutido acerca das políticas e ações de saúde em uma perspectiva generalista. No entanto, poucos são os saberes dirigidos a compreender e a discutir os arranjos da organização do sistema de saúde, na perspectiva da atenção integral à saúde da criança.

As políticas de saúde são o conjunto de ações e serviços tomados pelo governo, prestados à população, a partir de suas necessidades. Aos poucos, as políticas vêm se constituindo em redes, na tentativa de minimizar os efeitos da dificuldade de articulação entre as três esferas de governo (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015).

A concepção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi fomentada como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar, ao usuário, o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. Nesse contexto, as RAS são oriundas de debates das áreas técnicas do Ministério da Saúde e do Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIR), representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014).

Dessa forma, em 30 de dezembro de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS, no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010a, p. 9).

Assim, as diretrizes que fundamentam a RAS são originárias do arcabouço normativo do SUS, com ênfase para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, considerando experiências de apoio à organização da RAS, promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em regiões de saúde de diversos estados (BRASIL, 2010a).

Dentre as redes temáticas priorizadas pela pactuação tripartite, está a RUE, que tem por objetivo articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o

acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência, nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2013).

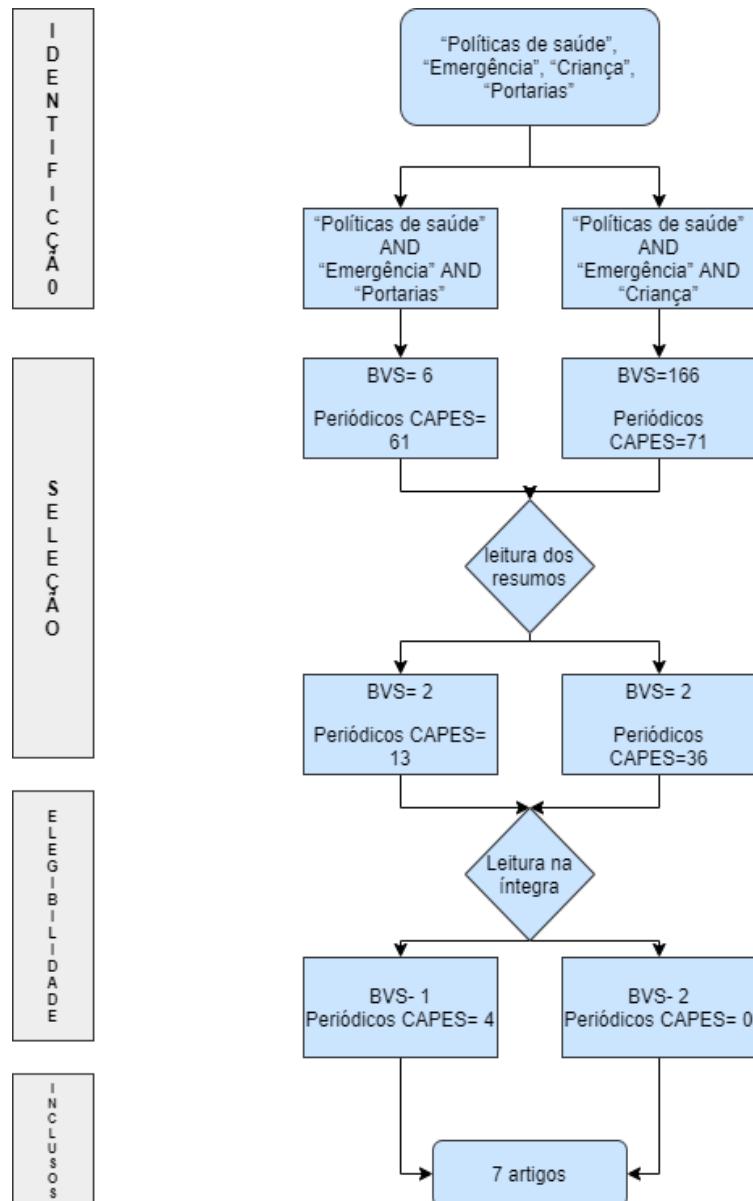
Contudo, o interesse pelo tema surgiu a partir da necessidade de aprofundar o conhecimento de como se estrutura a RUE, por meio dos documentos oficiais, visto que na realidade de um hospital pediátrico, a emergência tem se tornado a porta de entrada para o atendimento de crianças, frente a qualquer necessidade de assistência em saúde.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa acerca das portarias, resoluções e política que fundamentam a criação, implementação e organização da Rede de Urgência e Emergência, bem como de estudos publicados no período de 2010 a 2020 com os descritores “políticas de saúde”, “Emergência”, “Criança” e “Portarias”, com operador booleano *AND*, nas bases de dados Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde e Periódicos Capes. Foram adotados dois conjuntos de descritores: “Políticas de Saúde *AND* Emergência *AND* Portarias” e “Políticas de Saúde *AND* Emergência *AND* Criança”.

O quadro a seguir descreve o fluxograma de busca dos estudos.

Figura 1 – Fluxograma de busca de estudos Prisma



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A análise dos artigos partiu da leitura dos resumos dos quais foram inclusos ao que abordavam a temática pesquisada. A partir disso, realizado uma busca via Google das portarias, decretos, leis que compunham a temática Urgência e Emergência.

O primeiro conjunto de descritores "Políticas de Saúde AND Emergência AND Portarias", identificou 06 estudos na BVS e 61 na base Periódicos Capes, na qual foi realizada a leitura dos resumos selecionado 02 estudos da BVS e 13 estudos Periódicos Capes para leitura na íntegra resultando na elegibilidade de 01 artigo da BVS e 04 dos Periódicos Capes.

O segundo conjunto foi formado pelos descritores "Políticas de Saúde AND Emergência AND Criança", identificou 166 artigos na BVS e 71 artigos nos Periódicos Capes,

selecionados 02 artigos da BVS e 36 dos Periódicos Capes após leitura dos resumos e selecionados apenas 02 artigos da BVS deste conjunto para inclusão estudo.

A exclusão dos artigos dos dois conjuntos deu-se por não abordar a temática presente trabalho, não estarem escritos nos idiomas português inglês e espanhol, serem cartas, relatos, monografias. Ao final da seleção e análise dos dois conjuntos de descritores foram selecionados 07 artigos para inclusão neste trabalho.

As portarias foram selecionadas a partir da uma ordem cronológica a data o ano 2002 por se tratar o início da construção do modelo de assistência à saúde em rede e analisados com relação ao conteúdo do documento e sua aderência com a pergunta de pesquisa de como se deu a organização da RUE para assistência à saúde da Criança.

Resultados

As portarias selecionadas para análise foram publicadas no período de 2002, ano que antecedeu a Pnau, até 2020, e foram organizadas em duas categorias conforme apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Panorama Jurídico e Marcos Legais da Rede de Urgência e Emergência

CATEGORIA 1: CRIAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	
INSTRUMENTO/ANO	CONTEÚDO
Portaria nº 2.048/2002	Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
Portaria GM nº 1.863/2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria GM nº 1.864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política nacional de atenção às Urgências.
Portaria GM nº 2.072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria GM nº 1.828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
Portaria GM nº 2.420/2004	Constitui Grupo Técnico (GT) visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria GM nº 2.657/2004	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.
CATEGORIA 2: PORTARIAS QUE REGULAM A RUE	
INSTRUMENTO/ANO	CONTEÚDO
Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011	Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011 Revogada Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 revogada Portaria nº 2.527, DE 27 de outubro DE 2011, revogada portaria nº 963, de 27 de maio de 2013	Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Criação, organização e implantação da política nacional da atenção às urgências

As demandas sobre serviços de urgência e emergência têm aumentado no mundo, devido às diversas mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais e, no Brasil, tem se tornado prioridade nas últimas duas décadas (O'DWYER *et al.*, 2017).

Desde a Constituição Federal de 1988, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como direito social, esforços foram concentrados no sentido de promover a

regionalização da política de saúde, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e regionais frente aos problemas de saúde da população (DUARTE; MENDES, 2018).

Contudo, como está disposto na lei fundamental e suprema do Brasil, no artigo 198 da Constituição Federal (1988), que as ações e os serviços públicos de saúde devem ser disponibilizados em rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único organizado, de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, podendo ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios (CARVALHO *et al.*, 2017).

Esse cenário fez surgir a necessidade de se criar uma política que pudesse organizar o atendimento de urgências e emergências, quando foram emitidas as primeiras normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e as publicações das primeiras portarias voltadas para o atendimento pré-hospitalar móvel (O'DWYER *et al.*, 2017).

Assim, como primeiro passo para consolidação desse escopo, ocorreu a construção da política federal para atenção às urgências. Suas primeiras iniciativas de regulamentação decorreram entre os anos de 1998-2002, permeados por vastas discussões, avaliação de indicadores e forças de trabalho (MACHADO *et al.*, 2011).

Nesse cenário, a criação e implementação da rede de atenção as urgências, tem se configurado com fragilidades em seus arranjos interfederativos regionais de pactuação e gestão de políticas, pois apesar de ser um processo dinâmico, tem ocorrido de forma fragmentada, com dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, iniciação dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde (MACHADO *et al.*, 2011; PADILHA *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que no Brasil, os hospitais ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica e que o entendimento de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde, em que o uso inadequado desse serviço é prejudicial para os pacientes graves, que precisam de atendimento oportuno e, para os não graves que ao buscarem o atendimento hospitalar, não têm garantido o seguimento. Diante disso, o modelo de assistência adotado no Brasil, foi espelhado no modelo francês, que preconiza o início precoce da terapêutica, e o modelo americano, que é referência mundial e propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento por profissionais habilitados (MACHADO *et al.*, 2011).

No entanto, permeado por debates acerca de experiências internacionais, nacionais e dos Corpos de Bombeiros no atendimento de urgências, participação de conselhos profissionais de Medicina e Enfermagem, em 1999, o Ministério da Saúde iniciou a estruturação de uma

política articulada para a área das Urgências e Emergências, com a criação do Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar Atendimento de Urgências e Emergências pela Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999, diante da necessidade de organização dessa assistência e de incentivo ao compromisso de melhoria da qualidade do atendimento à população (BRASIL, 1999; PADILHA *et al.*, 2018).

Essa portaria cria as normas para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e Atendimento de Urgências e Emergências, estabelece os critérios de classificação e inclusão dos hospitais, de acordo com os requisitos exigidos quanto aos recursos tecnológicos humanos, estrutura física mínima para atender aos usuários em situação de urgência/emergência e define a responsabilidade da unidade hospitalar para garantir, com recursos próprios, o acesso ao serviço profissional. Contextualiza, ainda, que os hospitais que preenchem esses requisitos devem participar das Centrais de Regulação para garantia da continuidade da assistência entre os diferentes níveis da assistência (BRASIL, 1999).

Logo em seguida, com o intuito de organizar e aperfeiçoar as normas já existentes, ampliar o escopo da assistência às urgências e, ainda, a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para a área da atenção às urgências, a Portaria GM nº 2.048 de 5 de novembro de 2002, aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, orienta a construção dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, o atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

Essa portaria antecede a instituição da Pnau e leva em consideração a grande extensão territorial do país, em que as limitações das condições de disponibilização da assistência em municípios de pequeno e médio porte são deficientes de recursos, necessitando de atendimento de referência especializada e de alta complexidade, capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes. Também, o aumento de números de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, o regulamento estabelece princípios e fornece diretrizes para o funcionamento do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, como ocorre a classificação e cadastramento de serviços, orienta a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte Inter-

hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

Efetivamente, em setembro de 2003, por meio da Portaria nº 1.863, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau). A Pnau tem a finalidade de intermediar a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade, ou seja, frente a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada, exclusivamente, pelos prontos-socorros (BRASIL, 2003a).

Essa portaria elenca as normas para a organização e estruturação dos componentes que fazem parte da assistência às urgências, com garantia de acesso a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios). Essa política solidificou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida; organização em rede; operação de centrais de regulação; capacitação e educação continuada; e humanização da atenção (BRASIL, 2003; MACHADO *et al.*, 2011).

A Pnau, em seu artigo terceiro, define que a implementação deve ser priorizada pela organização de redes *loco* regionais de atenção integral às urgências, articulados em uma cadeia de manutenção da vida pelos componentes assistenciais pré-hospitalares fixo e móvel (atenção básica, salas de estabilização, Samu-192 e UPA), o componente hospitalar e a atenção domiciliar. Por fim, determina à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com mediação do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003; O'DWYER *et al.*, 2017).

No mesmo dia em que foi instituída a Pnau, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº 1.864 de 29 de setembro de 2003, que define o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Essa portaria trata de como este serviço deve ser estruturado, seu financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos Samu – 192 (BRASIL, 2003b).

Frente a necessidade de gestão dessa frente de trabalho, foi implantado um Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências pela portaria GM nº 2.072, em outubro de 2003, que fica com a incumbência de articular as ações no âmbito Nacional, Estadual e Municipal em torno das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, promovendo sua plena implantação/implementação (BRASIL, 2003c).

A partir disso, os Estados se mobilizaram para atender as diretrizes da Portaria nº 2.072/2003. No entanto, em Santa Catarina, ocorreu a divisão em nove macrorregiões de saúde e 16 regiões de saúde, buscando à operacionalização do modelo de gestão regionalizado, estabelecendo, dessa forma, um sistema de referência e contrarreferência, respeitando os diversos níveis de complexidade da assistência (SANTA CATARINA, 2012).

Ainda no cenário de configuração de instrumentos formais para implantação da Pnau, é instituída a Portaria nº 1.828, de 2 de setembro de 2004, que instituiu incentivo financeiro para a adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Essa portaria também complementa a Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu-192; especificando sobre o incentivo financeiro para a adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios, pois como é esperado no contexto federativo, há diferenças entre os Estados quanto à abrangência populacional e características da implantação do Samu (BRASIL, 2003b, 2004a; MACHADO *et al.*, 2011).

Sob o enfoque de todo esse desenho normativo para implantação da Pnau, atentando para a implantação do componente pré-hospitalar móvel e considerando que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no país, necessitando de adequadas estratégias de intervenção em tempo hábil. No final de 2004 é instituído o Grupo Técnico, pela Portaria GM Nº 2.420, que objetiva avaliar e recomendar estratégias de intervenção para abordagem dos episódios de morte súbita. Essa portaria detém a atribuição de estudar, avaliar e propor protocolos relativos à atenção às principais patologias associadas à morte súbita, incorporar tecnologias necessária para assistência (desfibrilador), capacitar recursos humanos (BRASIL, 2004b).

Mediando todo esse cenário, as centrais de regulação médica constituem-se em ser um observatório do sistema de saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral. Em dezembro de 2004, foi instituída a Portaria nº 2.657 que define as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu-192 (BRASIL, 2004c).

Cabe ressaltar que a regulação médica é uma metodologia de trabalho que realiza a escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que acorrem à central do Samu, em que ocorre o estabelecimento de uma estimativa inicial do

grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação. Paralelamente, todas as etapas do processo são monitoradas e registradas até a finalização do caso e a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de referência, embasadas nas normas de regionalização e hierarquização do sistema (BRASIL, 2004; O'DWYER *et al.*, 2017).

Contudo, destaca-se que para garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência são organizadas em redes e linhas de atenção, com a devida hierarquização, considerando a quantidade, tipo e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, a fim de garantir resposta efetiva que o paciente necessita (BRASIL, 2004).

Dessa forma, as Centrais Samu-192 possuem abrangência municipal, micro ou macrorregional, em que o acesso a usuários se dá por intermédio do número público gratuito nacional 192 para todas as urgências médicas e aos profissionais de saúde, funcionando como porta de entrada para o sistema de saúde, conforme preconiza a proposta da rede (BRASIL, 2004).

Nesse escopo, conforme define a Portaria nº 2.657, as Centrais Samu-192 possuem a atribuição de ser um setor operacional da RUE, que realiza a função reguladora em eventos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas, entre os diferentes pontos da RAS de forma sistematizada, pactuada entre os componentes da RUE (BRASIL, 2004c).

Destaca-se que as portarias ministeriais corroboram para o aperfeiçoamento e adequação a Pnau, que elas se complementam entre si por aplicar uma sequência lógica de propostas em rede, considerando a peculiaridade de um país com grande extensão territorial, desigualdades regionais, grandes distâncias para a rede hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando de serviços intermediários.

As portarias mencionadas neste estudo representam a espinha dorsal da efetivação do atendimento das urgências e a estruturação de sua rede.

Políticas de Saúde e a RAS de urgência e emergência

A proposta de Redes de Atenção à Saúde é considerada recente, oriunda da experiência americana bem-sucedida de sistemas integrados de saúde na primeira metade dos anos 90, avançando para a Europa Ocidental, até atingir os países em desenvolvimento, com o desígnio de superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, por meio da instituição de sistemas

integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Dessa maneira, conceituam-se Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2011), os fatores determinantes para a integração dos sistemas foram a eficácia dos sistemas de informação; do fortalecimento da APS; a integração clínica; aumento da produtividade dos serviços hospitalares; e o realinhamento dos incentivos financeiros; a reestruturação do conceito valor na atenção à saúde, tirando o foco das condições agudas e dirigindo-o para as condições crônicas, dando ênfase às ações promocionais e preventivas; o uso da tecnologia da informação; promover a educação permanente dos profissionais de saúde; coordenar a atenção ao longo da rede de atenção; incentivar o trabalho multidisciplinar; e monitorar os processos e os resultados do sistema.

No Brasil, a organização em redes teve por objetivo o de integrar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação, determinada pelo processo de municipalização. A escolha consistiu na elaboração gradual de sistemas integrados de saúde, articulados entre os níveis de atenção com assistência clínica qualificada (MENDES, 2011).

As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos, que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis: Atenção Primária; Secundária; e terciária (MENDES, 2011).

Nesse contexto, estão inseridas as portarias que regulamentam a RUE. Diante disso, em 7 julho de 2011 ocorreu a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS pela Portaria nº 1.600. Logo, estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, com o foco na constituição da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

A Portaria n. 1.600 contextualiza que a Rede de Atenção às Urgências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Contudo, a meta principal é reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, com foco na ampliação da rede de serviço, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e

prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2011).

No mesmo dia, o MS lança a Portaria nº 1.601/2011 que estabelece as diretrizes para a implantação da UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, originando com isso, a complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Destaca que a construção dessas unidades deve ser em locais estratégicos, seguindo a lógica de acolhimento e classificação de risco. Essa portaria ainda define como deve acontecer o fluxo de atendimento, a estrutura física mínima, suas competências, incentivo financeiro de investimento e custeio (BRASIL, 2011).

Ainda para implementação da RUE, a Portaria nº 2.026/11, aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu-192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PAR) visando articular os diferentes pontos de atenção, com definição de fluxos, as referências adequadas, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, pautado na oferta de serviços. Na região Oeste de Santa Catarina, a organização da RUE ocorreu, efetivamente, a partir de 2013, com a organização de um grupo condutor com representações dos diversos segmentos da região. Para isso, foram avaliados indicadores de saúde da região e levantamento da capacidade instalada dos serviços de saúde. De posse dessas informações e portarias vigentes, o grupo juntamente com gestores dos serviços, dimensionaram as necessidades da região, pactuaram a organização e implantação/habilitação de serviços, sempre na lógica de organização em rede e qualificação do acesso aos usuários da macrorregião Oeste de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2018).

A integralidade da atenção é um eixo prioritário do SUS, que procura qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e da longitudinalidade do cuidado. Esse modelo de atenção é centralizado na APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, a fim de permitir a continuidade das ações e serviços de uma população alocada em território determinado (PEITER *et al.*, 2019).

Esse é o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores, elaborado pelo Grupo Condutor Estadual da RUE, que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática. A partir disso, cada Grupo Condutor da região de saúde deve construir o PAR, apresentando um diagnóstico do

conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às urgências, bem como as lacunas e necessidades, além das estratégias necessárias para superar os problemas detectados (BRASIL, 2013).

Outra legislação que tem relação/interface como um componente que abarca a RUE e finaliza o desenho do escopo da implementação da RUE, é a Portaria nº 963/2013, que redefine Portaria nº 2.029/ 2011, implementando a Atenção Domiciliar como um dos componentes da RUE, estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Legislação para operacionalizar o cuidado na RUE

A partir da implantação da RUE, ocorreu a implementação de estratégias para operacionalizar o cuidado na RUE, por meio de linhas de cuidado prioritárias no Componente Atenção Hospitalar e para dar conta das demandas epidemiológicas urgentes dos agravos com maior incidência, tais como problemas cardíacos, cérebro, vasculares e traumas no Brasil, como alternativa para ampliação, agilidade e qualificação do atendimento ao usuário que necessite de cuidados específico (BRASIL, 2013).

As linhas de cuidado corroboram como um meio de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, guiadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, permitindo a condução da situação do usuário de maneira rápida e oportuna, do diagnóstico à terapia, mediante a pactuação de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2013).

Nesse enfoque, foram instituídas as três portarias que regulamentam as linhas de cuidados prioritários. A primeira a Portaria nº 2.994 de 13 de dezembro de 2011, aprova a linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio e o protocolo de síndromes coronarianas agudas; institui o serviço de unidade de terapia intensiva coronariana; e cria e altera procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS (BRASIL, 2011).

A segunda Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012, trata sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL, 2012b).

Por fim, a terceira portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013, aprova e institui a linha de cuidado ao trauma na rede de atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2013a).

Essas portarias apresentam as diretrizes para habilitação dos serviços de urgência e emergência que atendem os critérios necessários para ser referência para o atendimento dessas demandas, como recursos materiais, estruturais, humanos, medicamentos, bem como o incentivo financeiro para sua implementação (BRASIL, 2011, 2012, 2013a).

Recursos humanos e infraestrutura – articulações interfederativas

Mundialmente, a situação dos serviços de emergência tem impactado na morbimortalidade de pessoas em decorrência da elevada ocorrência de acidentes, desastres naturais e circunstância epidemiológicas. Dessa forma, a prestação do cuidado permeia entre os níveis de atenção de maneira hierarquizada, com utilização de estruturas e instrumentos para o adequado planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde (VIVEIROS *et al.*, 2018).

Nesse contexto, tratando-se das emergências, a Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, regulamenta o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) (BRASIL, 2011).

Essa portaria caracteriza emergência em saúde pública como as situações que exijam o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Também, institui a FN-SUS que corrobora com ações voltadas para medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população, designando a coordenação o representante do MS (BRASIL, 2011).

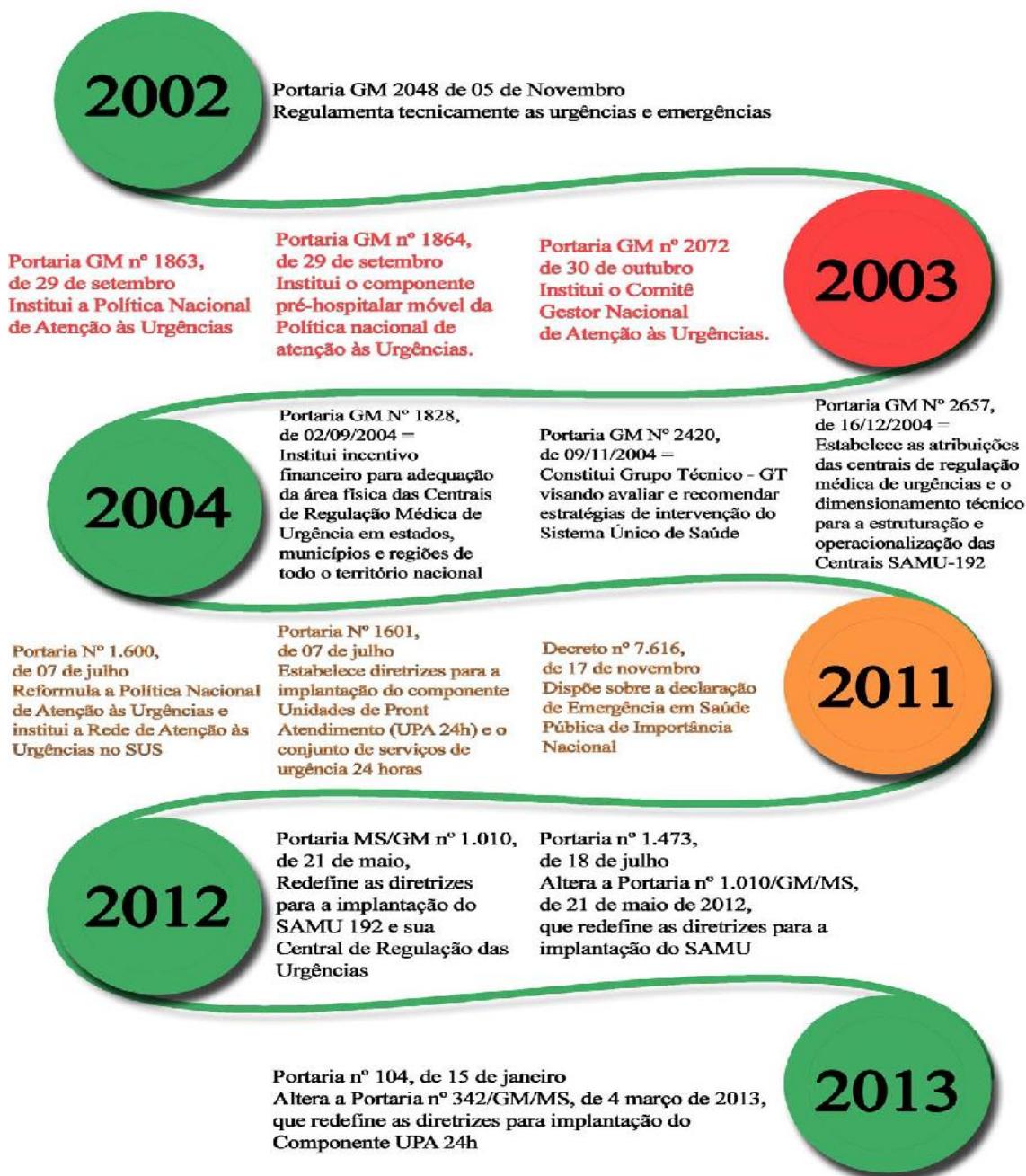
Assim, a FN-SUS consolida-se como componente estruturante da RUE, com a incumbência de unir esforços para garantir a assistência da população durante a situação de risco ou de emergência. Foi aprovada mediante a Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011 e tem por objetivo fornecer resposta rápida e eficiente em situações de calamidade e urgências

específicas em território nacional e, em outros países, quando sua participação integrar ajuda humanitária que seja oficialmente solicitada à Presidência da República (BRASIL, 2013).

Nesse cenário, ainda enquanto estrutura, estão inseridos os hospitais de campanha para assistência às vítimas e as ambulâncias para posterior encaminhamento para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Contudo, cabe ressaltar que é atribuição do gestor nacional, após avaliação da situação, o reconhecimento e acionamento da FN-SUS, a articulação intra e interministerial, bem como o *start* para o deslocamento de profissionais para atendimento, bem como equipamentos/infraestrutura para a promoção da assistência.

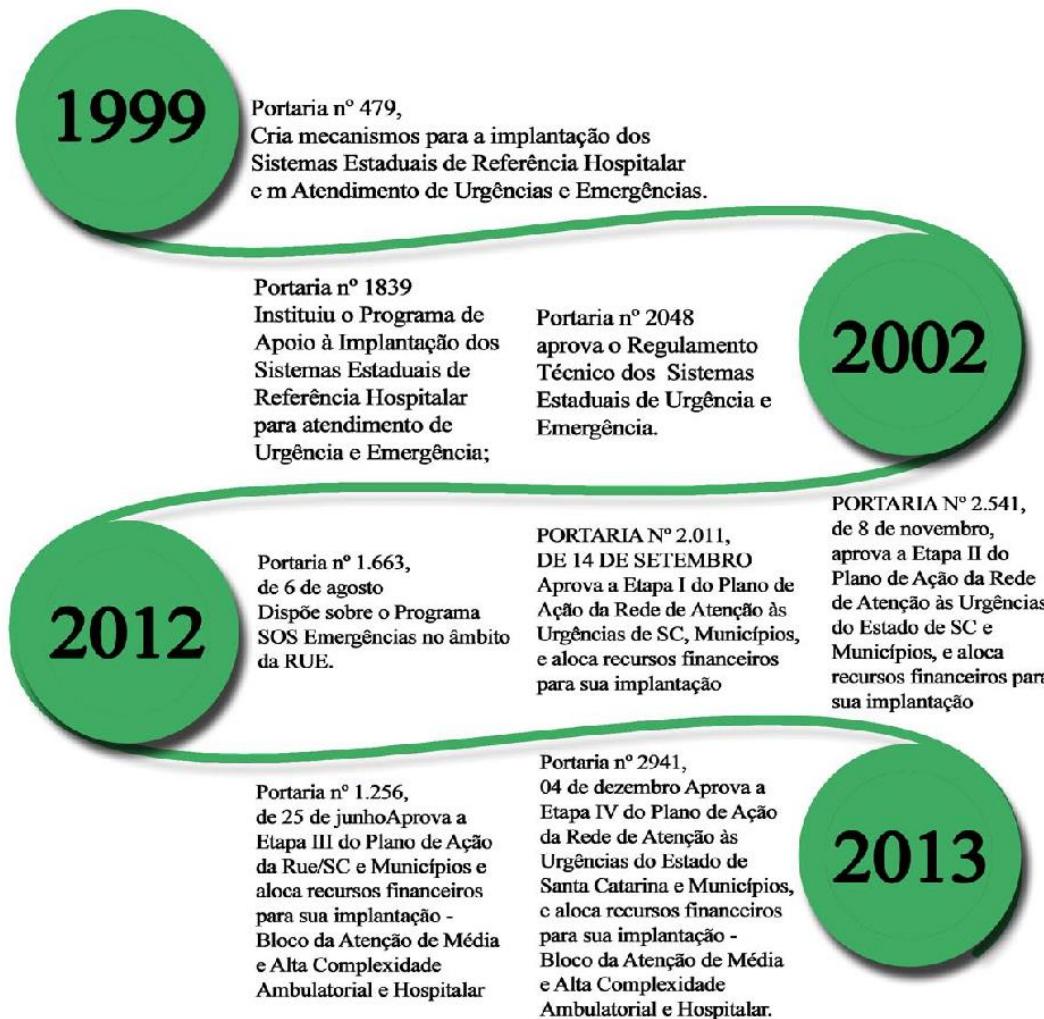
A partir das revisões realizadas, identificou-se os elementos necessários para traçar uma linha do tempo com relação aos marcos legais que orientam a atenção a urgências, a fim de subsidiar a elaboração dos fluxogramas de atendimento. Além disso, foram consultados os Protocolos de Manchester e do Ministério da Saúde.

Figura 2 – Linha do tempo da Rede de Atenção às Urgências



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Figura 3 – Linha do tempo da rede de atenção às urgências no Estado de Santa Catarina.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

As linhas do tempo representam os principais marcos legais que norteiam o desenvolvimento das ações referentes à implementação das ações do cuidado de urgência no Brasil. Diante disso, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, regulamenta a atenção às urgências por meio de portarias.

Dessa forma, destaca-se que a tratativas para criação da RUE, se deu a partir da Portaria nº 2.048 de 5 de novembro de 2002, que fornece todo o aporte estrutural, técnico e humano, como se ordena o acesso com ênfase no acolhimento com classificação de risco; e a regulação dos fluxos de urgência entre os níveis de atenção, ou seja, fornece toda a orientação e operacionalização da Pnau. Assim, foram instituídos princípios, diretrizes, normas e critérios

para o funcionamento desses serviços, bem como as pactuações entre Estados e municípios para o atendimento às urgências.

Dessa maneira, a Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, é o marco jurídico e administrativo institui as diretrizes para implantação da política nos Estados e municípios. A partir dela, várias portarias foram criadas caracterizando quais seriam os seus componentes, o repasse de recursos financeiros, os recursos humanos e materiais necessários, criação de grupos de trabalho, comitê gestor e como ocorreria a regulação dos usuários entre os componentes da atenção às urgências (BRASIL, 2003a).

Em 2011, pela Portaria nº 1.600, a PNAU foi reformulada e ocorreu a instituição da RUE, que por sua vez, nomeou como prioridade a implantação das Unidade de Pronto Atendimento e o Serviço de Atendimento Móvel, com objetivo de melhorar a qualidade e o tempo de resposta no atendimento às urgências orientadas pela regulação médica. Assim, efetivamente deu-se a constituição da RUE.

Em nível estadual, paralelamente, foram implementados princípios e diretrizes ocorrendo a organização e implementação da RUE seguindo as diretrizes ministeriais, concretizando-se, mais efetivamente, a partir de 2012, com a regionalização, atuação dos grupos condutores, mediando e conduzindo as ações entre Estado e municípios, organização dos fluxos e hospitais de referência, as quais vêm sendo implementadas e qualificadas até os dias atuais.

Nesse sentido, ressalta-se que na atual situação de pandemia, adequações foram necessárias para dar todo o suporte necessário e suprir as demandas. No entanto, destaca-se a regulação médica como papel fundamental para a ordenação desses fluxos.

Considerações finais

Diante do contexto histórico e legal das urgências no Brasil, das mudanças organizacionais e estruturais realizadas, ainda se observam contradições no entendimento referente à assistência em situações e agravos de urgência.

Observa-se que, mesmo diante de toda fundamentação legal, elaboração de portarias e diretrizes, ainda se observa dificuldades referentes ao acolhimento das urgências em todos os pontos de atenção à saúde. Provavelmente porque essa é uma temática que exige onerosos investimentos estruturais, de recursos humanos e materiais. Isso leva a superlotação de poucas estruturas que sofrem com a sobrecarga de trabalho, sendo insuficiente na resolutividade da assistência.

Tal realidade se agrava quando se trata da população pediátrica, que além dos entraves de gestão, estrutura a serem superados, outro desafio a ser superado é a qualificação dos profissionais para atuar frente a essas demandas.

Enfim, evidenciou-se neste estudo que as publicações científicas nacionais que tratam sobre a política de urgência e emergência na atenção à saúde é alcançou resultados bastante positivos no âmbito SUS. Todavia, acerca da saúde da criança ainda apresentam fragilidades que limitam a qualidade da assistência e desafiam os gestores para buscar soluções para que ocorra a integralidades da assistência à população pediátrica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Departamento de Atenção Especializada. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf. Acesso em: 9 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999**. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e m Atendimento de Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479_15_04_1999.html. Acesso em: 8 jun. 2021.

BRASIL. **Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.601, de 07 julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em: 6 dez. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.828, de 02 de setembro de 2004. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1828_02_09_2004.html. Acesso em: 6 dez. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 6 dez. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2072_30_10_2003.html. Acesso em: 27 nov. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.420, de 9 de novembro de 2004. Constitui Grupo Técnico (GT) visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2420_09_11_2004.html. Acesso em: 6 dez. 2020.

BRASIL. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html. Acesso em: 6 dez. 2020.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 8 dez. 2020.

CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Ministério da Educação. **Centrais de conteúdo.** Brasília, 2019. Disponível: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1155-1164. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

DUARTE, L. S.; MENDES, N. A. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas. **Rev bras promoç saúde**, 31(4): 1-12, out./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rbps/article/view/8771>. Acesso em: 16 ago. 2020.

EVANGELISTA, M. J. O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6):2115-2124. 2019. Disponível: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n6/2115-2124/pt>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**. 45(3):519-28. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

O'DWYER, G.; KONDER, M. T.; RECIPUTTI, L. P.; MACEDO, C.; LOPES, M. G. M. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública.** 33(7):e00043716. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00043716.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

PADILHA, A. R. S.; AMARAL, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, G. W. S. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 579-593, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42n118/579-593/pt>. Acesso em: 26 ago. 2020.

PEITER, C.C. *et al.* **Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde.** Escola Anna Nery, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180214.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A. W. K.; GUIMARÃES, R. B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 9-22. 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2015.v24n1/9-22/pt>. Acesso em: 8 dez. 2020.

SANTA CATARINA. Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina. **Revisão do plano de ação da rede de atenção às urgências e emergências.** Macrorregião de Saúde do Grande Oeste, 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/anexos-deliberacao-248-23-10/14432-anexo-06-deliberacao-248-rue-grande-oeste-10-10-2018/file>. Acesso em: 20 maio 2020.

SANTA CATARINA. **Plano diretor de regionalização:** PDR 2012 [recurso eletrônico]. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis: IOESC, 2012. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/8141-plano-diretor-de-regionalizacao-2012/file>. Acesso em: 7 dez 2020.

VIVEIROS, W. L.; OKUNO, M. F. P.; CAMPANHARO, C. R. V.; LOPES, M. C. B. T.; OLIVEIRA, G. N.; BATISTA, R. E. A. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2018;26:e3070. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3070.pdf. Acesso em: 28 mar. 2021.

5.3 FLUXOGRAMAS

5.3.1 Fluxogramas de atendimento

Os fluxogramas têm se tornado uma ferramenta aliada no cotidiano do enfermeiro em diversas dimensões de atuação, principalmente, para guiar as ações assistenciais e gerenciais fundamentadas cientificamente, padronizando, organizando o trabalho e auxiliando na tomada de decisões (SILVINO, 2018).

Nesse ensejo, destacam-se que os fluxogramas, construídos pela pesquisa, possuem a intenção de instrumentalizar o enfermeiro para realizar uma consulta de enfermagem eficiente frente a criança, em que os sinais de gravidade possam ser identificados precocemente e manejados em todos os pontos da atenção à saúde.

Para isso foi utilizado o *software Diagrams.net*, disponível *on-line* e gratuito. Ele também pode ser utilizado para elaboração de diagramas de processo e organogramas. Operacionalmente, é fácil de manusear e organizar as informações necessárias.

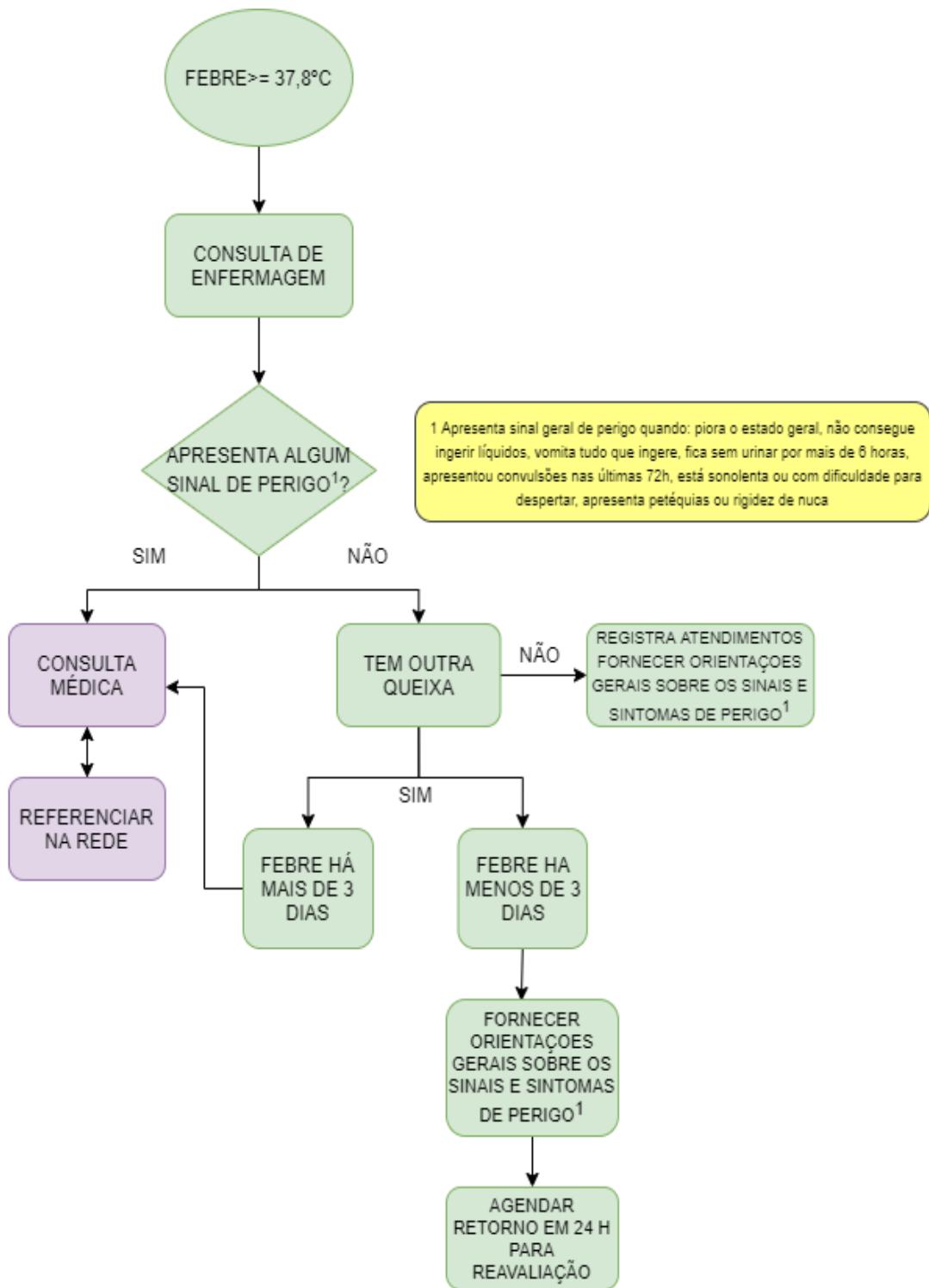
A partir dessa contextualização, apresentam-se os fluxogramas elaborados, a partir dos resultados da revisão de literatura sobre os três principais motivos de procura por atendimento em Pronto-Socorro sendo: a febre; os problemas respiratórios; e os problemas gastrointestinais.

Cabe destacar, que os juízes apontaram que a ausência de protocolos assistenciais implementados e em serviços de referência e contrarreferência estão entre as dificuldades apontadas por enfermeiros, favorecem a ruptura na assistência prestada.

Nesse sentido, participar dessa elaboração, por meio da validação, se configura em uma oportunidade de reflexão e identificação de problemas no processo de trabalho dos enfermeiros na RUE da macrorregião.

Após a elaboração foram enviados aos enfermeiros juízes para validação do conteúdo, no formato e conteúdo, apresentado a seguir.

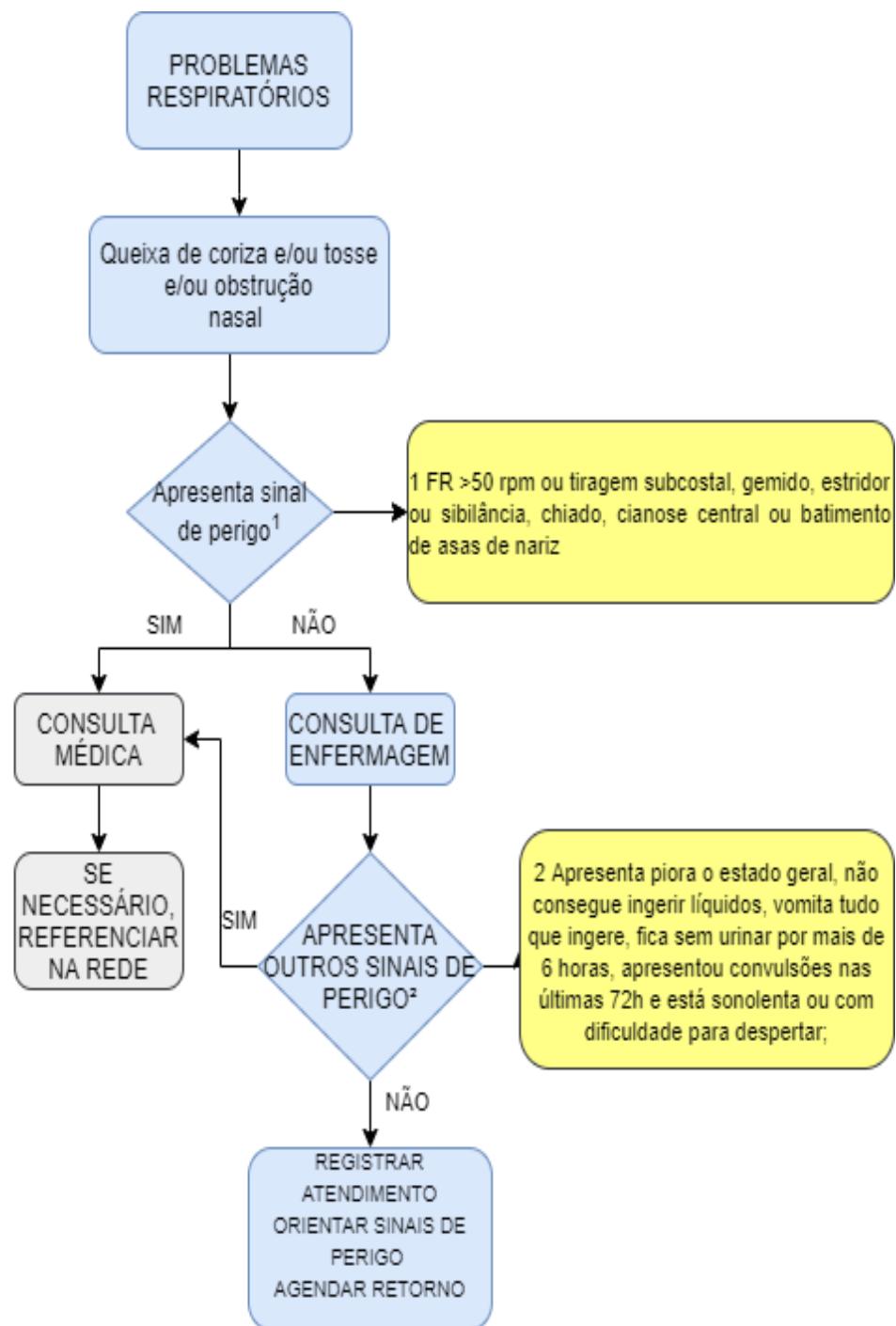
Figura 3 – Fluxograma de atendimento à criança com febre pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Versão 1



Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2017.
Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança, 2014.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

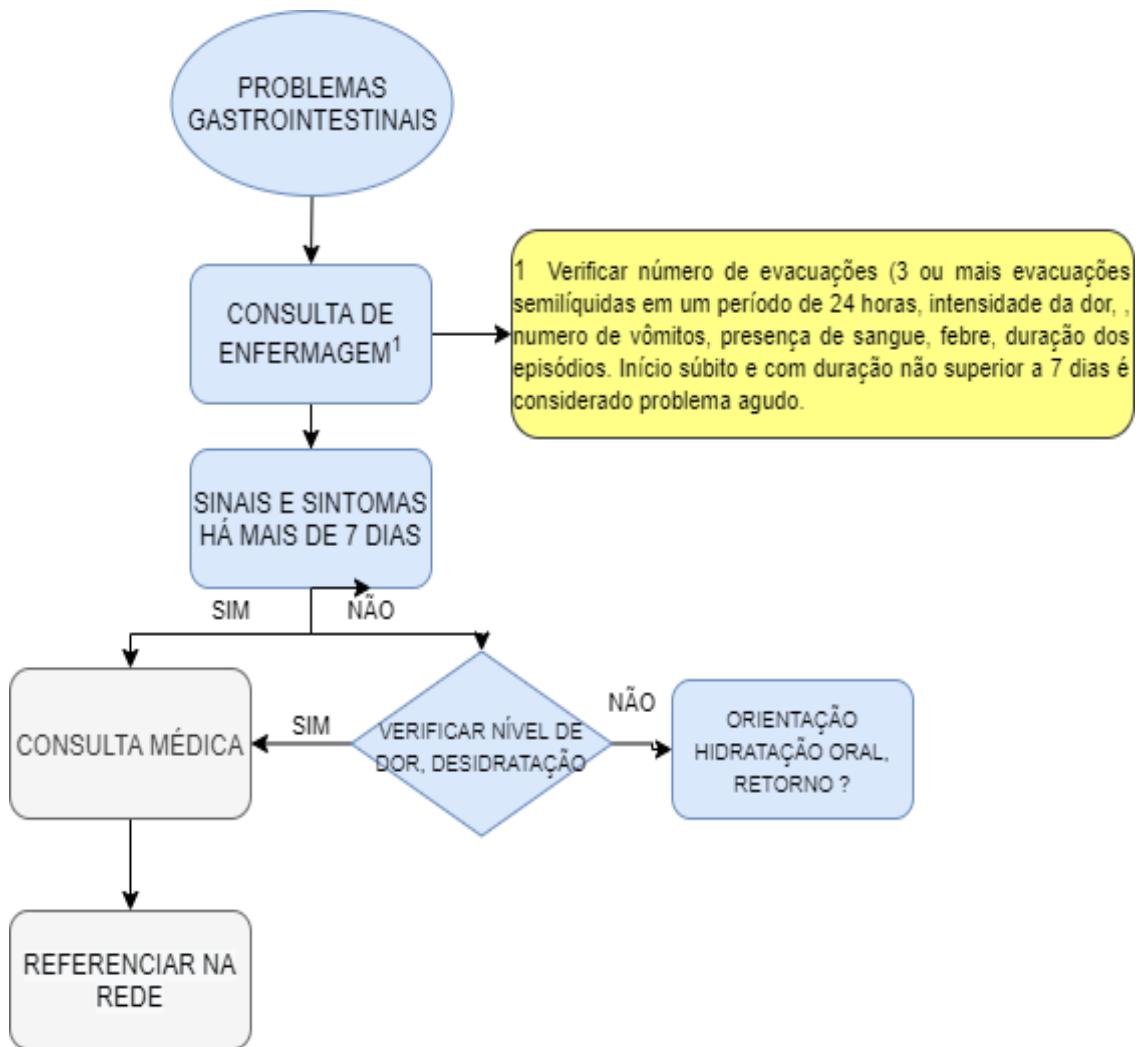
Figura 4 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas respiratórios pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Versão 1



Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2017.
Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança, 2014.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 5 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas gastrointestinais pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste. Versão 1



Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2017.
Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança, 2014.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na validação do conteúdo dos fluxogramas, enviados para os juízes enfermeiros, foram validados três blocos diferentes, sendo o primeiro referente aos objetivos; o segundo referente a estrutura e apresentação; e o terceiro foi referente a relevância do conteúdo, por meio do preenchimento de um formulário que continha nove itens.

Cada resposta correspondia aos escores de Totalmente Adequado (TA), Adequado (A), Parcialmente Adequado (PA) e inadequados (I).

A validação foi realizada, a partir da atribuição de valores, considerando como positivas as opções TA e A. Para a opção PA, correspondendo indecisão, ou seja, nem positivo nem negativo. Para I, os itens são negativos. Para as respostas PA e I, os juízes foram instigados a justificarem a sua escolha.

Os escores de validação estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 –Apresentação do índice de validação de conteúdo por juízes especialistas segunda a temática febre. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para a temática Febre		
OBJETIVOS		
As informações/conteúdo apresentadas são adequadas para os enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 26	IVC = 0,896 %
	Parcialmente adequado = 2	
As informações/conteúdos atendem as dúvidas dos enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 26	IVC = 0,896 %
	Parcialmente adequado = 02	
As informações/conteúdos esclarecem os enfermeiros	Totalmente adequado/adequado= 26	IVC = 0,896 %
	Parcialmente adequado = 02	
ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO		
As informações estão científicamente corretas e em uma sequência lógica.	Totalmente adequado/adequado = 28	IVC = 100%
	Parcialmente adequado = 00	
As frases estão claras e objetivas.	Totalmente adequado/adequado = 27	IVC = 0,964%
	Parcialmente adequado = 01	
As ilustrações são pertinentes com o conteúdo facilitando sua compreensão.	Totalmente adequado/adequado = 27	IVC =0,964%
	Parcialmente adequado = 01	
As informações/conteúdos estão alinhadas com a legislação e políticas de saúde vigentes.	Totalmente adequado/adequado = 26	IVC = 0,896 %
	Parcialmente adequado = 02	
RELEVÂNCIA		
O fluxograma aborda todas as informações necessárias para orientação do atendimento às crianças na RUE	Totalmente adequado/adequado = 26	IVC = 0,896 %
	Parcialmente adequado = 02	
O Fluxograma está adequado para ser utilizado pelos enfermeiros que atendem às crianças na RUE	Totalmente adequado/adequado = 25	IVC = 0,892 %
	Parcialmente adequado = 02	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Após a validação do conteúdo pelos juízes, por meio da aplicação do instrumento de Índice de Validação de Conteúdo (IVC), os fluxogramas sofreram algumas readequações decorrente das sugestões pertinentes e advinda dos juízes, mesmo que elas não alterassem o percentual de validação.

5.3.2 Fluxograma – febre

Diante das devolutivas da validação do conteúdo dos enfermeiros juízes, o fluxograma febre obteve um total geral de 28 respostas (100%). Dentre eles, 17 enfermeiros juízes (60%) avaliaram como totalmente adequado (TA) e adequado (A), outros nove (32%) como parcialmente adequado (PA) e apenas dois (1%) julgaram inadequado (I), o conteúdo do fluxograma. Diante desse resultado e após aplicação do cálculo de IVC, obteve-se a validação do conteúdo com concordância de 0,90%.

O primeiro item do fluxograma refere-se aos objetivos do conteúdo, em que foi avaliado se as informações estavam adequadas para a orientação dos profissionais enfermeiros, se atendiam as suas dúvidas e se as esclareciam frente a avaliação da criança. Dos 28 respondentes, 92% avaliaram como TA e A, os objetivos do conteúdo.

O segundo item, destina-se a apresentação e estrutura, foram avaliados o embasamento científico e lógico, a clareza e objetividade, compreensão do conteúdo, bem como o alinhamento com a legislação e políticas vigentes. Nesse sentido, 90% dos enfermeiros avaliaram como TA e A, apenas 10% julgaram PA.

Por fim, no terceiro item, os juízes enfermeiros avaliaram o grau de significância do conteúdo, se o fluxograma aborda as informações necessárias para orientação dos enfermeiros e se está adequado para ser utilizado por eles no atendimento às crianças na RUE. Frente ao mencionado, 90% dos enfermeiros relataram estar TA e A e 10% avaliaram como PA.

Diante ao exposto destaca-se que as considerações foram julgadas coerente com comprovação científica e foram agregadas ao constructo e as demais foram desconsideradas, por não se adequarem ao solicitado.

Assim, quanto aos objetivos do fluxograma febre, conforme sugerido por JP1: “O fluxograma está muito bem estruturado. Sugiro apenas a inserção de legendas referentes aos significados de “círculo, losango, quadrado”. No entanto, foi realizada a inserção de legendas para compreensão da descrição gráfica da construção dos fluxogramas, tomando como embasamento o padrão a *American National Standards Institute* (ANSI), para que os enfermeiros entendam o significado e seja um *start* na elaboração de novos fluxos no seu

ambiente de trabalho. No Brasil, o equivalente seria a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (SILVINO, 2018).

Contudo, quanto ao conteúdo do fluxograma febre as considerações foram referentes ao exame clínico da criança, com alerta aos sinais de perigo como identificado no comentário de JP2: “Sugestão de outros sinais que possam indicar perigo (ex.: que poderia sinalizar sepse). Ex.: perfusão periférica >2s, choro incontrolável, esforço respiratório”.

A febre é uma queixa comum em crianças. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, nos serviços de urgência a febre é responsável por 65% das queixas. É definida pela elevação da temperatura corpórea em resposta a uma variedade de estímulos, mediada e controlada pelo centro termorregulador localizado no sistema nervoso central (SNC), habitualmente firmado pela temperatura axilar acima de 37,8°C (FERNADES, 2019).

Contudo, na maioria das doenças febris, a febre desaparece antes que o diagnóstico possa ser feito ou desenvolve características distintas que levam ao diagnóstico. A febre ainda pode ocorrer por origem desconhecida e refere-se a uma doença febril prolongada sem uma etiologia estabelecida (PALLAZI, 2021).

Nas crianças, a temperatura corporal pode variar de acordo com a idade, maior proporção entre área de superfície e peso corporal e maior taxa metabólica de bebês e crianças pequenas. Dessa forma, no recém-nascido (idade de 0 a 28 dias), a temperatura normal média (medida retalmente) é 37,5°C, podendo variar até 38°C (WARD, 2021).

Cabe destacar que a temperatura corporal elevada pode ser considerada como febre ou hipertermia. A febre consiste na elevação da temperatura corporal que ultrapassa a variação diária normal e ocorrem em resposta a um sinal químico, a uma resposta inflamatória e pode ser causada por infecções, atelectasia, doença tromboembólica e reações medicamentosas, acometendo um terço dos pacientes hospitalizados. Já a hipertermia, consiste no aumento da temperatura corporal devido a um desequilíbrio entre a produção e a dissipação de calor (SALGADO *et al.*, 2015).

Nas crianças, o fator idade possui influência nos parâmetros de temperatura basal e na resposta febril, ou seja, os lactentes, os recém-nascidos, particularmente os prematuros, apresentam oscilações de temperatura e podem não desenvolver febre ou mesmo apresentarem hipotermia, na vigência de infecções graves (SALGADO *et al.*, 2015).

Nessa dinâmica, os protocolos de classificação de risco, destacam que toda criança recém-nascida até os 12 meses de idade, que apresentem temperatura maior e igual a 38,5°C tenham prioridade no atendimento, a fim de assegurar que doenças mais sérias sejam colocadas na prioridade adequada (MACKWAY-JONES, 2017).

Dessa forma, agregar essas informações ao fluxograma, contribuem para o manejo adequado, frente aos sinais iminentes de gravidade, pois orienta o enfermeiro para a realização do exame físico completo e detalhado da criança.

Foi observado que a maioria dos enfermeiros ressaltaram a preocupação com a responsabilidade legal do enfermeiro na tomada de decisão da conduta frente ao problema identificado nos comentários. O JP3 descreve: “Penso ser necessário verificar com o Coren sobre a possibilidade de o enfermeiro liberar a criança do serviço de emergência sem consulta médica, sem que haja protocolo institucional”. Também, o JP4 expressa a mesma preocupação quando menciona “conteúdo pode ser questionado em relação a atuação do enfermeiro”. Ainda JP5 alega que “Enfermagem não tem respaldo legal para liberar, para casa, crianças com febre. No fluxograma não está descrito a conduta de enfermagem com clareza”.

Segundo a Classificação Internacional de Diagnósticos NANDA-*International* (2018-2020), estabelece e conceitua o diagnóstico de enfermagem de hipertermia. Esse se refere ao domínio de resposta humana segurança e proteção, sendo definido como temperatura corporal elevada acima dos parâmetros vitais (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Nesse sentido, o fluxograma é apresentado como uma ferramenta para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão, e sim, poder realizar a adequada assistência *in loco* ou o devido encaminhamento na rede.

A assistência à criança é permeada de especificidades e necessita de um olhar diferenciado. Essa concepção foi reforçada pelos juízes, como nos indica a JP6: “Toda situação febril deve ser investigada por consulta médica, o que muda é a classificação de risco na triagem, cujo sinal de perigo é mais urgente”.

Neste sentido, destaco que a clareza e objetividade do fluxograma é de suma relevância, uma ferramenta para nortear o enfermeiro na avaliação da criança, visto que em situação de urgência e emergência, a assistência deve ser prestada em qualquer ponto da RAS. Contudo, se evidencia a importância do conhecimento clínico como elemento fundamental na conduta e tomada de decisões.

Desta forma, o fluxograma mesmo tendo sido validado, algumas sugestões foram incluídas na versão final, pois por se tratar da validação de conteúdo, considera-se importante esse processo de busca por evidências que corroborem o conteúdo validado pelos juízes.

Na atuação prática, compete a execução de intervenções com o objetivo de propiciar conforto, remover o excesso de roupas; buscar reduzir a ansiedade dos pais, com orientação para aumentar o nível de conhecimento e das habilidades para cuidar dos filhos; estimular

hidratação; manter o ambiente arejado; promover conforto para as crianças, aplicando compressas mornas e monitorização de sinais vitais (SALGADO *et al.*, 2015).

Importante ressaltar que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a consulta de Enfermagem são atividades privativas do enfermeiro e são fundamentais para a organização do trabalho profissional, quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

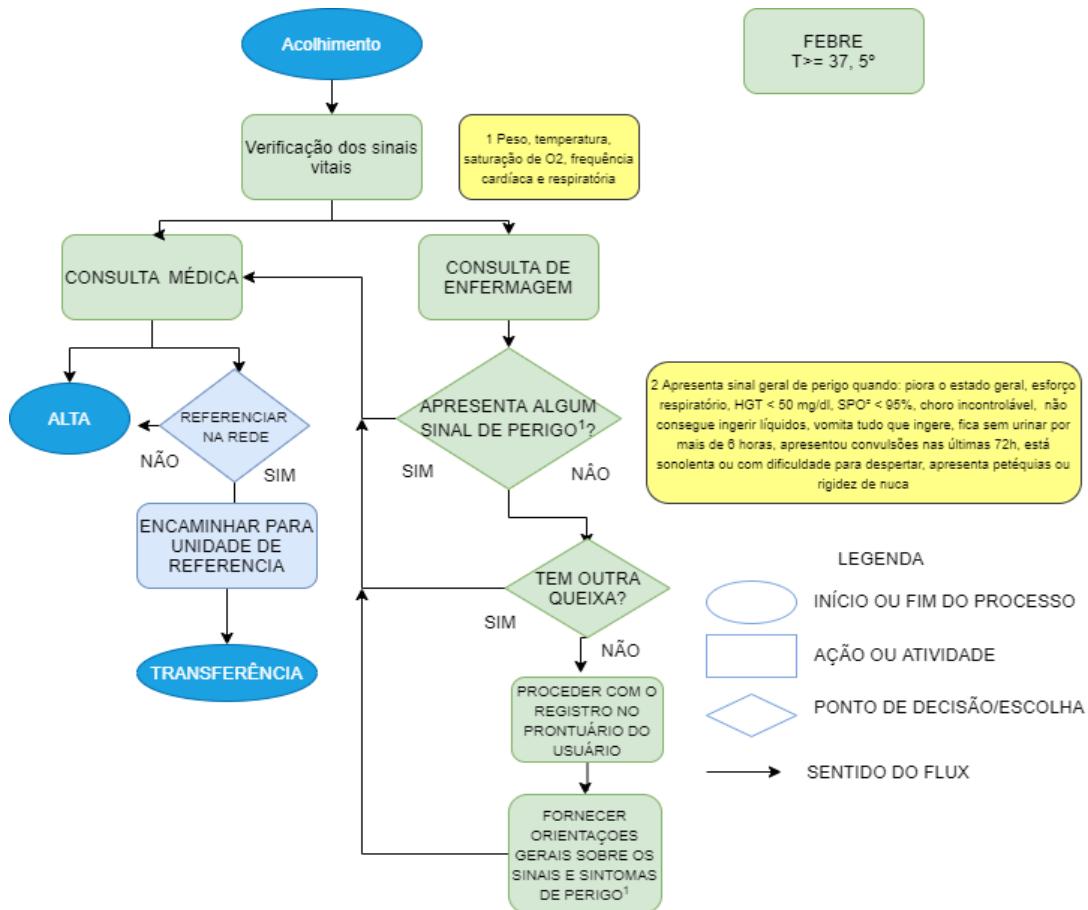
Nesse sentido, ao enfermeiro compete orientar os pais ou cuidadores quanto aos sinais de agravamento do quadro clínico da criança com febre, com a presença de irritabilidade, gemido, choro inconsolável, sonolência excessiva, convulsão, aparecimento de manchas na pele, respiração rápida ou dificuldade em respirar, vômitos repetidos, recusa alimentar e sede insaciável, calafrios, urina turva ou pouca urina (MACKWAY-JONES *et al.*, 2017).

No mesmo enfoque que a consideração anterior, JP7 salienta, “E se a mãe não tiver medicação? Algum protocolo/orientação para o enfermeiro?”. Ressalta-se que o objetivo em questão é a construção de um instrumento para guiar o enfermeiro, para prestar assistência segura e que as ações devem seguir os protocolos ministeriais vigentes no país.

Contudo, destaca-se que a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro está assegurada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987 que regulamentam a profissão e, mais recentemente, pela resolução Cofen nº 564/2017. Ela consiste em uma atividade do enfermeiro integrante da equipe de saúde, desde que estejam estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (COFEN, 2017; SILVA; VIEIRA; SOUSA, 2020).

Diante do exposto, o fluxograma final com as considerações agregadas é apresentado a seguir:

Figura 6 – Fluxograma de atendimento à criança com febre pelos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Chapecó – SC, Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5.3.3 Fluxograma – problemas respiratórios

Considerando as devolutivas dos enfermeiros juízes, validando o conteúdo do fluxograma de problemas respiratórios, obteve-se um total geral de 29 respostas (100%). Ao se avaliar, quanto ao objetivo do fluxograma, se ele continha conteúdo adequado para orientar os enfermeiros na RUE, identificou-se que 19 (65%) dos enfermeiros consideraram totalmente adequado (TA) e 10 (34%) adequado (A). Nesse item, a valoração parcialmente adequada (PA) e inadequado (I) não foram pontuadas.

Quanto à validação das informações/conteúdos, se elas atenderiam as dúvidas dos enfermeiros, obteve-se 18 (62%) das respostas como totalmente adequado (TA) e 11 (37,9%) adequado (A). Consecutivamente, avaliando-se o terceiro item, se as informações e conteúdo esclarecem os enfermeiros, obteve-se 18 (62%) das respostas como totalmente adequado (TA) e 10 (34%) como adequado (A) e um (3%) das respostas, parcialmente, adequado (PA).

No segundo item, referente a estrutura e a apresentação do fluxograma para problemas respiratórios, se as informações estavam cientificamente corretas e em sequência lógica, identificou-se que 19 (65%) dos enfermeiros consideraram totalmente adequado (TA) e 10 (34%) adequado (A). Quanto à clareza e objetividade das frases, os 29 (100%) consideraram totalmente adequado (TA). Referente as ilustrações se eram pertinentes com o conteúdo, facilitando sua compreensão, obteve-se 17 (58,6%) das repostas como totalmente adequadas (TA), 11 (37,9%) como adequada (A) e uma (3%) resposta parcialmente adequada (PA). Quanto às informações/conteúdos, se eles estão alinhados com a legislação e políticas de saúde vigentes, obteve-se 17 (58,6%) repostas como totalmente adequadas (TA) e 10 (34%) como adequada (A) e 2 (6,8%) respostas parcialmente adequadas (PA).

O terceiro item validava a relevância do conteúdo do fluxograma. Primeiramente, se o fluxograma aborda todas as informações necessárias para a orientação do atendimento às crianças com problemas respiratórios na RUE e obteve-se 16 (55%) repostas como totalmente adequadas (TA) e 11 (37,9%) como adequadas (A) e 2 (6,8%) respostas parcialmente adequadas (PA). Por fim, se o fluxograma está adequado para ser utilizado pelos enfermeiros que atendem às crianças na RUE e as respostas foram 15 (51,7%) totalmente adequado (TA) e 13 (44,8%) como adequado (A) e uma (3%) resposta parcialmente adequada (PA).

Para melhor avaliação inerente ao consenso de concordância frente ao fluxograma de problemas respiratórios, calculou-se o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), e chegou-se ao resultado equivalente a 90,8% de concordância dos juízes enfermeiros.

Quadro 4 – Apresentação do índice de validação de conteúdo por juízes especialistas para temática problemas respiratórios. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para temática Problemas Respiratórios		
OBJETIVOS		
As informações/conteúdo apresentadas são adequadas para os enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 29	IVC = 100 %
	Parcialmente adequado = 00	
As informações/conteúdos atendem as dúvidas dos enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 29	IVC = 100 %
	Parcialmente adequado = 00	
As informações/conteúdos esclarecem os enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 28	IVC = 0,965 %
	Parcialmente adequado = 01	
ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO		
As informações estão científicamente corretas e em uma sequência lógica.	Totalmente adequado/adequado = 28	IVC = 0,965 %
	Parcialmente adequado = 01	
As frases estão claras e objetivas.	Totalmente adequado/adequado = 29	IVC = 100 %
	Parcialmente adequado = 00	
As ilustrações são pertinentes com o conteúdo facilitando sua compreensão.	Totalmente adequado/adequado = 28	IVC = 0,965 %
	Parcialmente adequado = 01	
As informações/conteúdos estão alinhadas com a legislação e políticas de saúde vigentes.	Totalmente adequado/adequado = 27	IVC = 0,931 %
	Parcialmente adequado = 02	
RELEVÂNCIA		
O fluxograma aborda todas as informações necessárias para orientação do atendimento às crianças na RUE.	Totalmente adequado/adequado = 27	IVC = 0,931 %
	Parcialmente adequado = 02	
O Fluxograma está adequado para ser utilizado pelos enfermeiros que atendem às crianças na RUE.	Totalmente adequado/adequado = 28	IVC = 0,965 %
	Parcialmente adequado = 01	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Dessa forma, o conteúdo do fluxograma recebeu considerações para melhorar a conduta perante a avaliação clínica da criança, conforme identificado na resposta do JP8: “Sugiro que no quadro "amarelo" escreva-se 50 mrp/min. No segundo quadro amarelo, sugiro que se escreva Apresenta piora DO estado geral”. Ainda o JP9 informa: “Outra sugestão de sinal de perigo: perfusão periférica >2s”.

Essa consideração é de extrema relevância, pois a alteração da frequência respiratória, a dificuldade respiratória em crianças, deve ser prontamente reconhecida pelo enfermeiro. Em

crianças, o desconforto respiratório é normalmente caracterizado por aumento do trabalho respiratório, como taquipneia, dilatação nasal, uso de músculos acessórios e/ou retrações e seu manejo deve ser iniciado imediatamente antes da avaliação completa (WEINER, 2020).

Destaca-se que a população pediátrica é mais suscetível a desenvolver distúrbio respiratório de maior gravidade, devido a fatores inter-relacionados e as peculiaridades anatômicas, características fisiológicas e imunológicas (WEINER, 2020). Enfatiza-se que, normalmente, a criança ao desenvolver comprometimento respiratório, apresenta um conjunto de sinais e sintomas que devem ser considerados. A febre pode estar associada a outros sinais e sintomas, pois os distúrbios respiratórios podem ser oriundos de causas infecciosas ou virias (WEINER, 2020). Isso justifica o relatado por JP10: “Fiquei com dúvida no quadro “sinais de perigo 2” – em amarelo. A criança deverá apresentar todos esses sinais, ou apenas um deles?” Na mesma linha, o JP11 diz: “Como sinal de perigo não entraria a febre também?”

Nesse contexto, as sugestões dos juízes enfermeiros serão acrescentadas ao fluxograma, visto que condições associadas ao desconforto respiratório agudo requerem intervenções imediatas, independentemente, do local da assistência. Ainda, ressalta-se que as sugestões vêm ao encontro do preconizado nas evidências científicas até o momento.

Em atenção a consideração de JP12, em que alerta que “em serviço de urgência e emergência não se recomenda libera pacientes sem a devida vista médica”. Ressalta-se que se concorda com o mencionado, visto que o fluxograma visa organizar e padronizar o fluxo de atendimento pelo enfermeiro, orientando suas ações para o manejo adequado e posterior referenciamento para o atendimento médico. Não será aprofundada essa temática aqui, pois foi discutido anteriormente no fluxograma de febre.

Sobretudo, se houver comprometimento respiratório ou qualquer condição clínica potencialmente grave para a criança, o enfermeiro e sua equipe devem estar preparados para a abordagem. Para tanto, está recomendada o manejo proposto pelo Suporte Avançado de Vida em Pediatria da *American Heart Association* (WEINER, 2021).

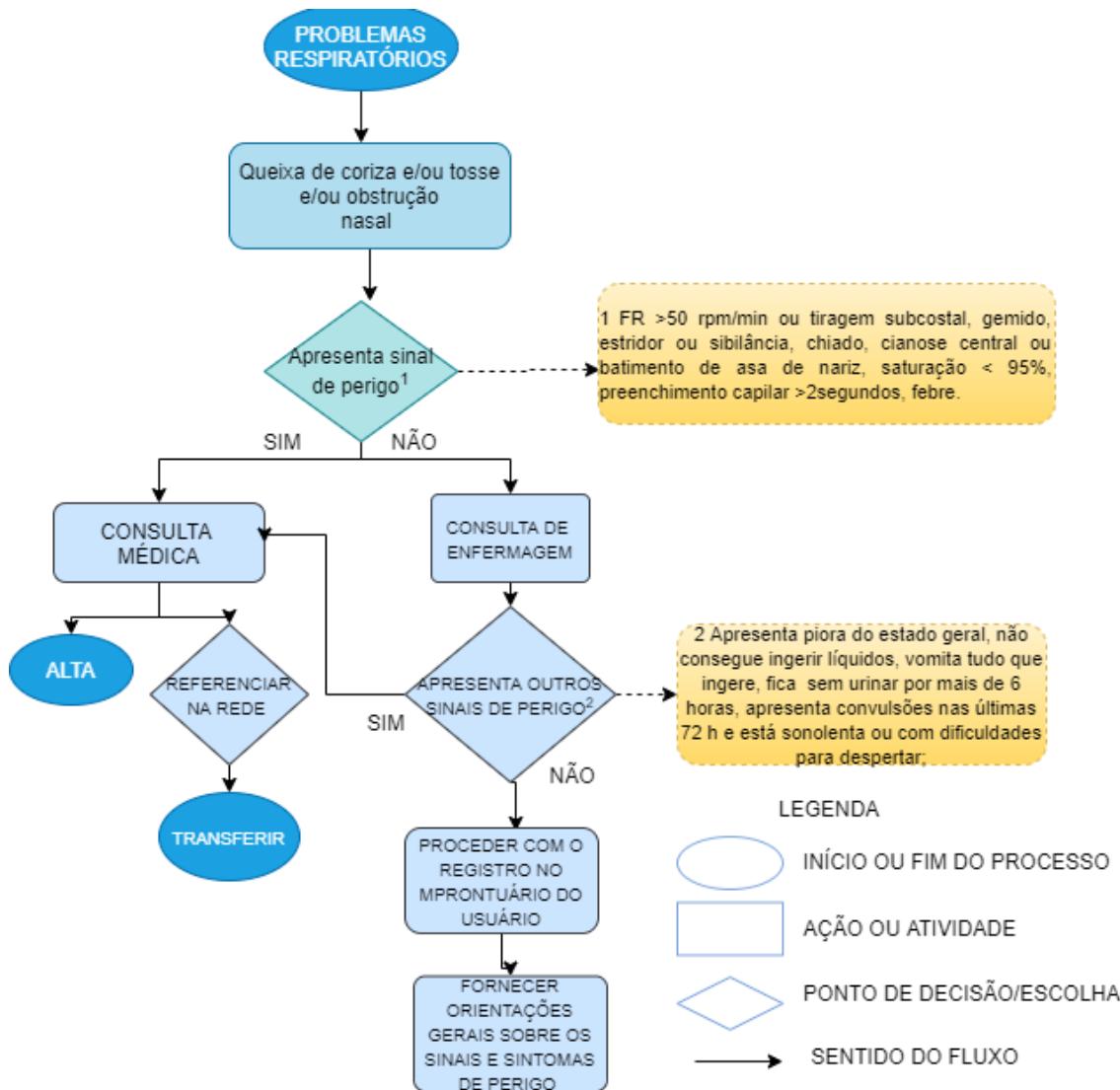
Todavia, a atuação dos profissionais da saúde deve ser pautada em medidas cientificamente comprovadas no manejo das viroses respiratórias, levando-se em consideração outras viroses respiratórias como a COVID-19. Desta forma, reforçamos que neste momento pandêmico, sejam adotadas pelos serviços de saúde as recomendações do MS referentes aos fluxos, manejo e notificação de casos de Covid-19.

Nesse contexto, no escopo dos cuidados de enfermagem à criança com problemas respiratórios na rede e acolhendo o sugerido pelo JP13: “poderia acrescentar as prescrições ou condutas de enfermagem”. Recomenda-se uma avaliação inicial focada na aparência,

respiração e circulação para identificar rapidamente as condições que requerem intervenção imediata, sendo prioridade a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, medidas de conforto para o esforço respiratório, agitação, ansiedade, irritabilidade, controle do nível de consciência, palidez cutânea, cianose, extremidades frias, taquicardia e bradicardia, saturação de oxigênio (WEINER, 2021).

Ressalta-se que foi realizada a inserção de legendas para a compreensão da descrição gráfica da construção dos fluxogramas, conforme descrito na discussão do fluxograma de febre. Assim, o fluxograma foi readequado e será apresentado a seguir.

Figura 7 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas respiratórios nos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Chapecó – SC, Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5.3.4 Fluxograma – problemas gastrointestinais

Diante das devolutivas da validação do conteúdo dos enfermeiros juízes, o fluxograma de problemas gastrointestinais obteve um total geral de 29 respostas (100%). Ao se avaliar o objetivo do fluxograma, se o mesmo continha conteúdo adequado para orientar os enfermeiros na RUE, identificou-se que 13 enfermeiros juízes (44,8%) avaliaram como totalmente adequado (TA) e 13 (44,8%) adequado (A), outros 3 (10,3%) como parcialmente adequado (PA). A valoração inadequada (I) não foi pontuada frente a avaliação geral do conteúdo do fluxograma.

Quanto à validação das informações/conteúdos, se elas atenderiam as dúvidas dos enfermeiros, 11 enfermeiros (37,9%) avaliaram como totalmente adequado (TA), 15 (51,7%) adequado (A), outros 3 (10,3%) como parcialmente adequado (PA). Sucessivamente, avaliando-se o terceiro item, se as informações e conteúdo esclarecem os enfermeiros, obteve-se 13 (44,8%) das respostas como totalmente adequadas (TA) e 13 (44,8%) como adequada (A) e 3 (10,3%) respostas parcialmente adequadas (PA).

Referente a estrutura e a apresentação do fluxograma para problemas gastrointestinais, se informações estavam cientificamente corretas e em sequência lógica, identificou-se que 16 (55%) dos enfermeiros consideraram totalmente adequado (TA) e 11 (37,9%) adequado (A) e 3 (10,3%) parcialmente adequado (PA). Quanto à clareza e objetividade das frases, os 17 (58,6%) consideraram totalmente adequado (TA) e 12 (41,3%) adequado (A). Quanto às ilustrações se eram pertinentes com o conteúdo facilitando sua compreensão, obteve-se 16 (55%) das respostas como totalmente adequado (TA) e 11 (37,9%) como adequado (A) e 2 (6,8%) como parcialmente adequado (PA). Quanto às informações/conteúdos, se os mesmos estão alinhados com a legislação e políticas de saúde vigentes, obteve-se 14 (48,2%) respostas como totalmente adequado (TA) e 14 (48,2%) como adequado (A) e uma (3,4%) resposta parcialmente adequada (PA).

Ao abordar a relevância do conteúdo do fluxograma, se ele contém todas as informações necessárias para a orientação do atendimento às crianças com problemas gastrointestinais na RUE, obteve-se 11 (37,9%) respostas como totalmente adequado (TA) e 13 (44,8%) como adequado (A) e 5 (17,2%) respostas parcialmente adequadas (PA). Por fim, se o fluxograma está adequado para ser utilizado pelos enfermeiros que atendem às crianças na RUE e as respostas foram 13 (44,8%) totalmente adequado (TA) e 13 (44,8%) como adequado (A) e 3 (10,3%) respostas parcialmente adequadas (PA).

Diante desse resultado e após aplicação do cálculo de IVC, obteve-se a validação do conteúdo com concordância de 0,89%.

Quadro 5 – Apresentação do índice de validação de conteúdo por juízes especialistas para a temática problemas gastrointestinais. Chapecó – SC, Brasil, 2021

Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para temática Problemas Gastrointestinais		
Objetivos		
As informações/conteúdo apresentadas são adequadas para os enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 26 Parcialmente adequado = 3	IVC = 0,896%
As informações/conteúdos atendem as dúvidas dos enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 26 Parcialmente adequado = 03	IVC = 0,896%
As informações/conteúdos esclarecem os enfermeiros.	Totalmente adequado/adequado = 26 Parcialmente adequado = 03	IVC = 0,896%
ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO		
As informações estão científicamente corretas e em uma sequência lógica.	Totalmente adequado/adequado = 27 Parcialmente adequado = 2	IVC = 0,931%
As frases estão claras e objetivas.	Totalmente adequado/adequado = 29 Parcialmente adequado = 00	IVC = 100%
As ilustrações são pertinentes com o conteúdo facilitando sua compreensão.	Totalmente adequado/adequado = 27 Parcialmente adequado = 02	IVC = 0,931%
As informações/conteúdos estão alinhadas com a legislação e políticas de saúde vigentes.	Totalmente adequado/adequado = 28 Parcialmente adequado = 01	IVC = 0,965%
RELEVÂNCIA		
O fluxograma aborda todas as informações necessárias para orientação do atendimento às crianças na RUE.	Totalmente adequado/adequado = 24 Parcialmente adequado = 05	IVC = 0,827%
O Fluxograma está adequado para ser utilizado pelos enfermeiros que atendem às crianças na RUE.	Totalmente adequado/adequado = 26 Parcialmente adequado = 03	IVC = 0,896%

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Salienta-se que os problemas gastrointestinais englobam um conjunto de sinais, sintomas que normalmente são associados entre as queixas de quem busca atendimento. Segundo o descrito Departamento Científico de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de pediatria (2017), nos últimos anos, ocorreu significativa diminuição dos casos de mortalidade infantil e parcela significativa dessas mortes foi decorrente da diminuição do número de óbitos por diarreia e desidratação.

A diarreia se configura como um dos principais agravos que compromete crianças menores de cinco anos, devido ao potencial de desidratação. Segundo Harris e Pietroni (2019),

considera-se diarreia a ocorrência de fezes moles ou aquosas, pelo menos três vezes, em um período de 24 horas.

As doenças diarreicas são a segunda causa principal de mortalidade infantil; entre crianças menores de cinco anos em todo o mundo, causa cerca de 1,5 a 2 milhões de mortes anualmente. Ainda pode consistir em diarreia aguda, diarreia invasiva (com sangue) ou diarreia crônica (persistente ≥ 14 dias). Segundo o autor, essa classificação facilita a abordagem para o manejo da diarreia infantil (HARRIS; PIETRONI, 2019)

Para o mesmo autor, a diarreia pode ser caracterizada como diarreia aquosa aguda, diarreia invasiva (com sangue) ou diarreia crônica (persistente ≥ 14 dias). Essa classificação facilita a abordagem para o manejo da diarreia infantil. No entanto, a desidratação ainda preocupa.

Os enfermeiros juízes expressaram a preocupação em avaliar adequadamente a desidratação na criança, conforme comentário de JP14: “[...] poderia ser incluso o seguimento e adoção dos Planos de Tratamento, após a avaliação do grau de desidratação da criança”. Também JP15 destaca que : “muitos profissionais têm dúvidas em relação ao seguimento após a avaliação do grau de desidratação do usuário”.

A desidratação é uma causa importante de mortalidade. Pode ocorrer porque o estado de desidratação inicial é subestimado e/ou porque a extensão da perda contínua de fluidos é subestimada. Diante disso, o grau de desidratação deve ser avaliado na apresentação, com base nos sinais e sintomas físicos, o que corrobora com o preconizado pela OMS, sendo os quatro principais apresentados na imagem a seguir (HARRIS; PIETRONI, 2019).

Figura 8 – Sinais e sintomas físicos da desidratação segundo OMS (2015).

Diretrizes da OMS para avaliação da desidratação

Característica clínica	Grau previsto de desidratação		
	Nenhum (<5 por cento)	Alguma desidratação (5 – 10 por cento)	Desidratação grave (> 10 por cento)
Aparência geral	Bem alerta	Inquieto, irritado	Letárgico ou inconsciente
Olhos	Normal	Afundado	Afundado
Sede	Bebe normalmente, sem sede	Com sede, bebe com vontade	Bebe mal ou não consegue beber
Prega da pele	Volta rapidamente	Volta devagar	Volta muito devagar
Déficit de fluido estimado	< 50 mL/kg	50-100 mL/kg	> 100 mL/kg

Fonte: Harris e Pietroni (2019).

Dessa forma, essas considerações acerca da avaliação da desidratação foram incorporadas ao fluxograma, tomando por base o recomendado no material do MS, Manual de quadros de procedimentos Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi) (2017), que orienta o manejo das crianças dos 2 meses a 5 anos. Ainda, o cartaz de Manejo do Paciente com Diarreia (BRASIL, 2017).

Os juízes também destacaram que o tempo de ocorrência dos sinais de desidratação pode ser um agravante na avaliação da criança e deve ser considerada, de acordo com a idade da criança, conforme JP16: “[...] penso que se falando em criança e situações de desidratação por sete dias é bastante tempo”. Também JP17: “Breve histórico do quadro agudo (ex.: se infeccioso, mas alguém da casa apresentou sintomas?” e JP18: “Poderia ser indicado os níveis de desidratação, bem como a indicação da posologia da hidratação oral (e para bebê?). Também sugiro pensar esse para faixa etária distinta, considerando o risco e a especificidade de tratamento, de acordo com o intervalo longo de idade (0 a 12 anos)”. JP19: “Penso ser importante nesse fluxograma considerar a idade”.

Diante do exposto, o tempo de duração da desidratação não foi incorporada, independente do tempo de sintomas, deve-se avaliar o estado geral da criança e considerar o grau de desidratação que a criança apresenta no momento do atendimento, seguindo o recomendado pelo MS diante das especificidades de faixa etária das crianças (BRASIL, 2017).

Diante disso, ressalta-se que o tempo da queixa, inicialmente é relevante, sobretudo, o exame físico criterioso do estado geral da criança. Desta forma, a avaliação de uma criança com diarreia deve incluir uma história da duração do início dos sintomas, frequência e carácter da diarreia, bem como a avaliação das fezes, ainda, a avaliação dos sinais vitais, se a criança está alerta, o turgor da pele, hidratação das mucosas (BRASIL, 2017; HARRIS; PIETRONI, 2019).

De acordo com Mackway-Jones *et al.* (2017), autor do Protocolo de Manchester, é preciso caracterizar o tempo de início e evolução dos sinais e sintomas para auxiliar na tomada de decisão, quanto a prioridade de atendimento. Nesse contexto, consideram um evento agudo aquele com início menor ou igual a 24 horas, um evento recente aquele que iniciou há menos de sete dias e evento não recente a queixa maior igual a sete dias.

Dessa forma, as contribuições dos juízes enfermeiros, acerca da desidratação foram incorporadas ao fluxograma, conforme sugerido pelo JE15: “ penso que se falando em criança e situações de desidratação, 7 dias é bastante tempo. Incluir sinais de desidratação e melhor manejo da hidratação oral, como forma de orientar também os profissionais das melhores condutas”.

Nesse contexto, para instrumentalizar os profissionais para padronizar o manejo do paciente com diarreia, o MS recomenda avaliar o grau de desidratação como leve, moderada e grave, para determinar o tratamento/conduta. Nas crianças, deve-se checar a aparência geral (incluindo olhos e fontanela), frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, resposta a estímulos e hidratação de mucosas, estado nutricional, capacidade de beber e diurese, conforme apresenta-se na imagem a seguir.

Figura 9 –Cartaz Manejo do paciente com diarreia, Ministério da Saúde (2015)




MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS	A	B	C
OBserve			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intransíquo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
EXPLORE			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Normal	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
DECIDA			
SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos destacados com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE	
TRATE	USE O PLANO A	USE O PLANO B (peso do paciente)	USE O PLANO C (peso do paciente)

PLANO A
PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMÍCILIO

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

- OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:
 - O paciente deve tomar líquidos caseros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
 - Não utilizar refrigerantes e não adicionar o chá ou suco.
- MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:
 - Continuar o aleitamento materno.
 - Mantar a alimentação habitual para as crianças e os adultos.
- SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVA-LO IMEDIATAMENTE AO SERVICO DE SAÚDE:
 - SINAIS DE PERIGO
 - Plora na diarreia
 - Vômitos repetidos
 - Multa sede
 - Recusa de alimentos
 - Sangue nas fezes
 - Diminuição da diurese

4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:

- Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
- Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

IDADE Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingredios após evacuação diarreica

Menos de 1 ano	50-100ml
De 1 a 10 anos	100-200ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

PLANO B
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE

1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:

- A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
- A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
- Apesar como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.

2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUNDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"

- Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
- Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gástricase).
- Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.

3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:

- Reconhecer os sinais de desidratação.
- Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
- Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

4) AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO

- Quando o paciente puder beber, gradualmente 2 a 3 horas após o inicio da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa.
- Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo da frequência das evacuações.
- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA

PLANO C
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR

O PLANO C CONTEMPLE DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS:

A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até a observar melhora, administrando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
Para recém-nascidos e cardíopatas graves começar com 10ml/kg de peso.		

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE

FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)

SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato ou Solução Polietrolétrica	70ml/kg	2 horas e 30 minutos

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS

SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 41 (manutenção) +	Peso até 10kg 100ml/kg Peso de 10 a 20kg 1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg Peso acima 1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 11 (reposição) +	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO

OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVERÃO MANTER A HIGIENE DA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL

IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS A DIARREIA

1 - PREGUNTAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no hospital:

- Reidratar o paciente e encaminhar para os planos A, B ou C.
- Iniciar antibioticoterapia.

Tratamento de crianças:

- Ciprofloxacino: 15 mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias.
- Ceftriaxona: 50 a 100mg/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias.
- 5 dias, como alternativa.
- Reavaliar o paciente após dois dias.
- Se manter presença de sangue nas fezes após 48 horas do inicio do tratamento, encaminhar para a Unidade Hospitalar.

Observação: crianças com quadro de desidratação devem ter o primeiro atendimento em qualquer Unidade de Saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.

Tratamento de adultos:

- Ciprofloxacino: 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias.
- Orientar o paciente ou acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Se o paciente não estiver com condições para lojas, iniciar Ceftriaxona.
- 5 dias, como alternativa.
- Se manter presença de sangue nas fezes ou melena após 48 horas do inicio do tratamento:
 - Se o paciente estiver com condições para lojas, iniciar Ceftriaxona.
 - 5 dias, como alternativa.
 - Se estiver com condições gerais comprometidas, encaminhar para internação hospitalar.

2 - PREGUNTAR QUANDO INICIOU A DIARREIA

Se tiver mais de 14 dias de evolução:

- Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar.
- apresentar mais de 10 dias de evolução.
- apresentar sinais de desidratação. Neste caso, reidratar o primeiro e em seguida encaminhar a unidade hospitalar.

Quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/acompanhante para administrar líquidos e manter a hidratação habitual no domicílio.

b) Se o paciente não estiver com sinais de desidratação e nem for menor de seis meses, encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

3 - OBSERVAR SE TEM DESNUTRIÇÃO GRAVE

Se a criança estiver com desnutrição grave (utilizar para diagnóstico a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde):

- Em caso de desnutrição, iniciar a reidratação e encaminhar o paciente para a unidade hospitalar.
- Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a hidratação até que chegue ao serviço de saúde.

4 - VERIFICAR A TEMPERATURA

Se o paciente estiver, além da diarreia, com a temperatura de 39°C ou maior, investigar se há outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária.

USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA

Antibióticos: devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em caso de infecção grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos.

Antiparásiticos: devem ser usados somente para:

- amebiasis, quando o tratamento de disenteria por *Shigella sp* fracassar, ou em casos em que se identificarem as fezes trofozoítos de *Giardia*.
- Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.

Zinco: deve ser administrado, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:

- Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
- Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

ANTIDIARRÉICOS E ANTIEMÉTICOS NÃO DEVEM SER USADOS

Fonte: Ministério da Saúde (2015). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf.

Entretanto, a sugestão de JP20: “a verificação do nível de hidratação, poderia ter a opção de plano em caso de paciente sem desidratação (Plano A), desidratação leve (Plano B) e desidratação grave (Plano C). Nesse último caso, a criança necessitaria de atendimento médico”. Quanto à persistência dos sintomas, ao ser mencionado por JP21: “Orientar retorno se persistência dos sintomas”.

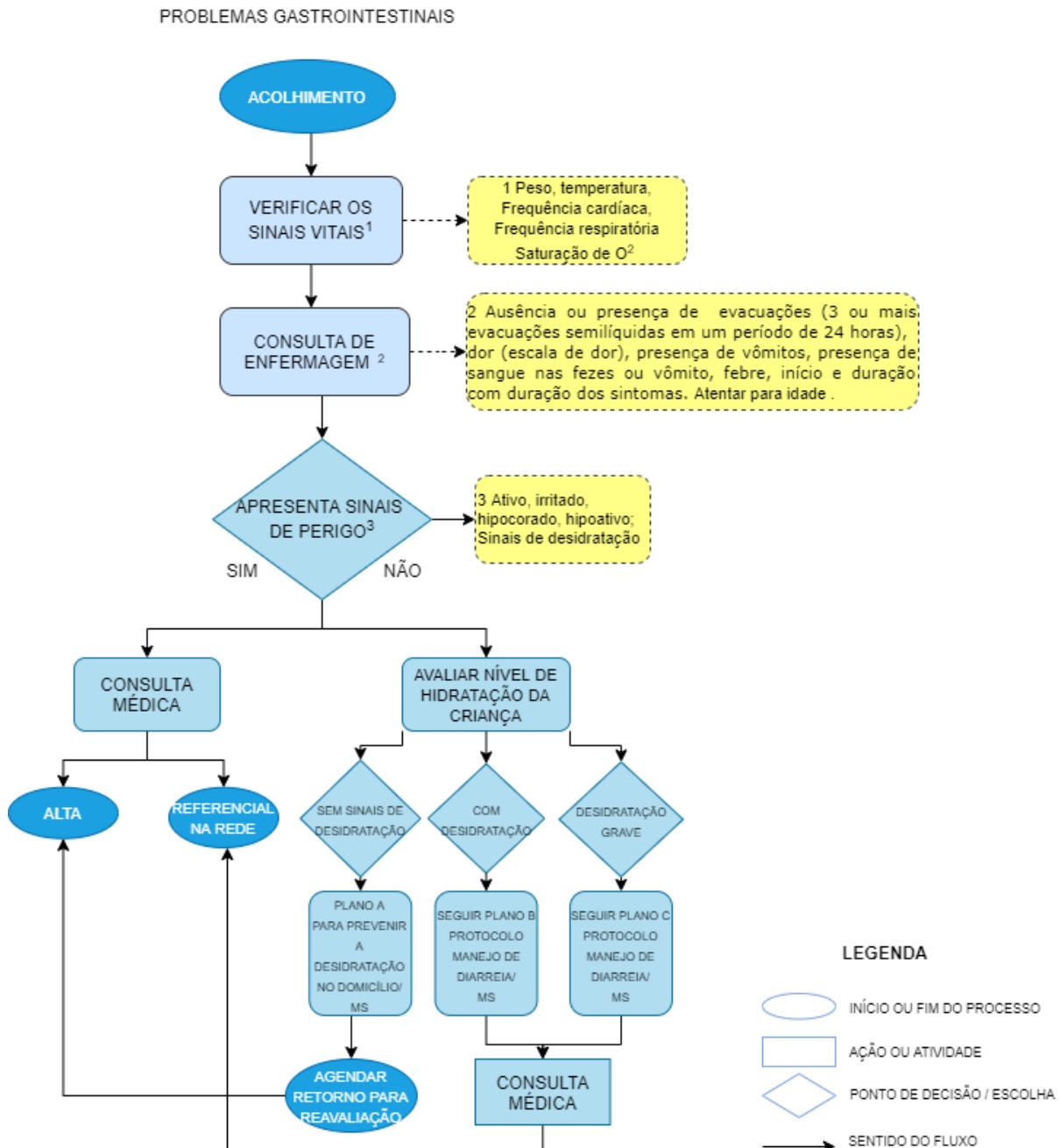
Embásado nas recomendações vigentes do MS, as considerações anteriormente citadas foram incorporadas ao fluxograma de problemas gastrointestinais. Contudo, ressalta-se que esse fluxograma visa munir o enfermeiro na avaliação do estado geral da criança e consequente tomada de decisão quanto a prioridade de atendimento, no entanto, cabe ao enfermeiro estar atento aos sinais de alerta. Deve-se considerar a avaliação médica como continuidade do processo do manejo e tratamento da criança.

Sobretudo, referente a recomendação de JP22: “Penso ser necessário mais orientações de condução de criança com sintomas moderados de perda de líquidos, em seis dias por exemplo”. Foi descartada porque, na realidade, o comentário já foi atendido quando foram inseridas as sugestões acerca dos graus de desidratação

Quanto a sugestão de JP23: “Talvez uma sugestão seria agrupar a sintomatologia: por exemplo: dois ou mais sintomas: tal conduta... Diarreia + febre: três dias: consulta médica. Pois diarreia + febre, em criança por seis dias é muita coisa!”. No entanto, entende-se que isso não compete a esse estudo, porque implica na conduta médica, mas será recomendado nas considerações finais

No entanto, após as adequações sugeridas, o fluxograma foi reformulado e é apresentado a seguir.

Figura 10 – Fluxograma de atendimento à criança com problemas gastrointestinais nos serviços que compõem a RUE na macrorregião oeste catarinense. Chapecó – SC, Brasil, 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

5.4 VÍDEO INSTRUCIONAL

O terceiro produto realizado, foi um vídeo instrutivo desenvolvido com o intuito de promover uma ação educativa, disseminar orientações por meio de mídias de comunicação e, ainda, potencializar as ações de cuidado, focado na promoção da saúde das crianças. Ele mostra

quais são os principais problemas respiratórios que acometem as crianças, sinais e sintomas de alerta e onde buscar por atendimento de saúde. Ainda, dá dicas de cuidado para prevenir as doenças respiratórias.

Segundo o Manual de Produções Técnicas da Capes (2019), os vídeos são considerados produtos que oferecem suporte com fins didáticos no desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem em diferentes contextos.

Para Rodrigues Júnior *et al.* (2017), os vídeos são considerados um meio sofisticado no processo de aprendizagem, recursos que captam a atenção do público, visto que a habilidade visual e a capacidade de processar informações por este meio é bem aceito na sociedade. Assim, diante da sua versatilidade e aplicabilidade, os vídeos têm sido utilizados por enfermeiros como estratégia eficaz para a promoção da saúde. O vídeo pode ser encontrado no link <https://www.youtube.com/watch?v=kYyItxjpgO4&list=PLIUpRfmzPslIxxs7dhazFUfz0FfKCff1&index=10>, que teve 39 visualizações, abrangência nacional, além disso poderá ser apresentado em eventos da área e será registrado na ANCINE.

Figura 11 – Apresentação do vídeo sobre Problemas Respiratórios



Fonte: Canal YouTube Udesc Oeste/Playlist/PPGENF Linha de Pesquisa Tecnologias do Cuidado, 2020.

5.5 INFOGRÁFICO

O quarto produto foi um infográfico, apresentando dados estatísticos sobre a classificação de risco em um hospital pediátrico do Oeste de SC, para fortalecer o papel do enfermeiro na atenção à saúde da criança com problemas respiratórios. Essa é uma ferramenta

de comunicação muito utilizada para transmitir informações de forma clara, objetiva e atrativa para favorecer a compreensão do leitor/usuário. No meio acadêmico, oportuniza interatividade entre os pares do processo de aprendizagem mediado em ambientes virtuais de aprendizagem (BEZERRA; SERAFIN, 2016). Esse material educativo está disponibilizado na página do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde para divulgação no link: <https://www.udesc.br/ceo/mpeaps/produtos>.

Figura 12 – Infográfico doenças respiratórias na Infância e os serviços de saúde



Qual o papel do enfermeiro neste cenário?

- Planejar, organizar, coordenar, executar, avaliar os serviços da assistência de enfermagem;
- Prescrever os cuidados de enfermagem;
- Prestar os cuidados as crianças com quadro clínico mais grave e de maior complexidade técnica;
- Realizar acolhimento com avaliação e classificação de risco;
- Identificar e diferenciar as situações de urgência e emergência;
- Estimular a articulação da assistência da equipe interprofissional.

Quem é a equipe de enfermagem além do enfermeiro?

Técnicos de enfermagem:

Assistir o enfermeiro no planejamento, prevenção e execução de programas de assistência a saúde, assistência de enfermagem, administração de medicamentos, cuidados no conforto e higiene.

Auxiliares de enfermagem:

Ministrar medicamentos, fazer curativos, atividades de desinfecção e cuidados em geral.

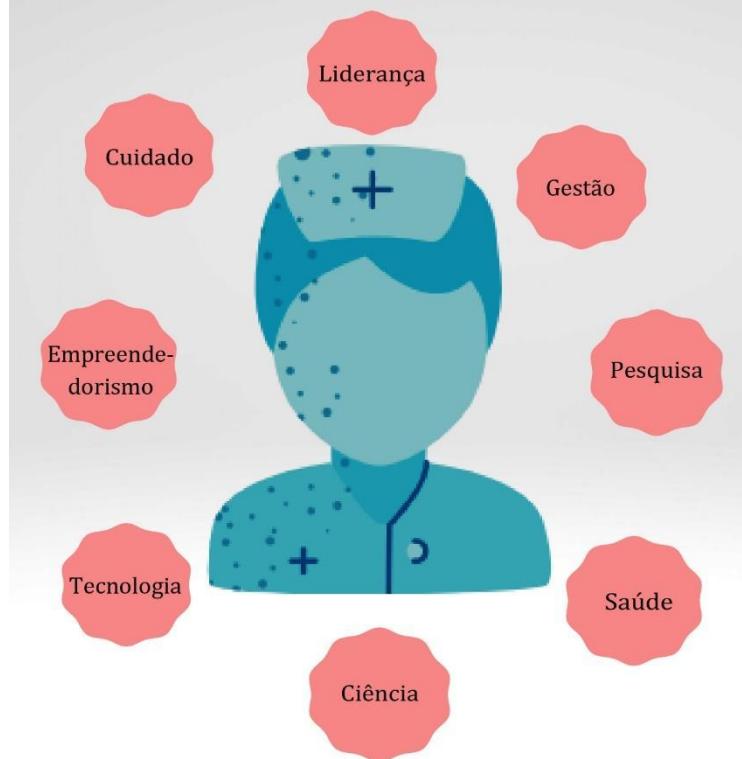
Conheça a campanha pela valorização da enfermagem

Onde há vida, há enfermagem

A **campanha Nursing Now**, é uma ação mundial de fortalecimento e empoderamento da enfermagem.

Tem como objetivo apresentar os profissionais da categoria como os verdadeiros protagonistas da saúde.

Estimulando a educação e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem com foco na liderança. Melhorando as condições de trabalho dos profissionais e disseminando as práticas de enfermagem efetivas e inovadoras com base em evidências científicas.



Programa de extensão fortalecendo o uso de tecnologias educativas e assistênciais nas práticas profissionais na atenção primária a saúde.

Autores: Francieli Cecconello, Denise Antunes Azambuja Zocche,
Elisangela Argenta Zanatta

Realização:



PPGENF

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que a assistência à saúde da criança se configura como um desafio nacional e que na Macrorregião Oeste de Santa Catarina, pois as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização não foram totalmente implementadas. Ainda se configura o entendimento na população de que o hospital é o local em que todos os problemas de saúde são resolvidos, seja pelas condições técnicas, recursos humanos, realização de exames disponíveis, ou pelo acesso a qualquer momento.

Constatou-se pelas revisões de literatura, que a acessibilidade e integralidade da assistência à criança encontram-se fragilizadas diante das limitações referentes à gestão, qualificação profissional e os onerosos investimentos tecnológicos, déficit de recursos humanos, materiais, equipamentos e limitações organizacionais do processo de trabalho, são impossibilitados de assistir com segurança as crianças em qualquer ponto da rede.

Observou-se que o trabalho em rede entre as unidades de saúde ocorre informalmente e desarticuladamente, por vezes, há inexistência ou insuficiência de elo entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços de outros níveis de atenção da RAS.

Enquanto limitação para o desenvolvimento deste estudo, a Pandemia da Covid-19 foi impactante, visto que a população deste estudo possui grande representatividade no enfrentamento da doença, sendo necessário incorporar novas metodologias para dar conta de seu desenvolvimento.

Dessa forma, fomentar o acolhimento da população por profissional de enfermagem nos diferentes pontos da RUE, corroboram com a qualificação da assistência. Os fluxogramas são estratégias, tecnologias que contribuem para a melhoria do acesso e qualidade dos serviços, aliados ao conhecimento clínico do enfermeiro corroborando para eficiência e implementação dos fluxogramas na RUE.

Todavia, entre as contribuições para a enfermagem, o pensar em novas propostas para se (re)inventar diante das adversidades do cotidiano, estando entre elas a utilização de metodologias ativas para instrumentalizar o enfermeiro, seja na gestão, assistência ou no ensino.

Esse estudo poderá impactar na qualificação das ações, uma vez que produziu conhecimento sobre o atendimento a criança, bem como auxiliará na padronização da assistência na rede.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K.; KORB, A.; ZANATTA, L.; MENEGAZ, J. C. V.; ASCARI, R. A. **Instruções de controle e prevenção da COVID-19 na UDESC**. 2. ed. Florianópolis: UDESC, 2020. Disponível em: <https://sistemabu.udesc.br/pergumenweb/vinculos/000080/000080e9.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.
- ALVF, Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira. Análise de Triagens. 2019. Disponível em: http://pr.hro.org.br:8088/analise_triagensh. Acesso em: 29 maio 2020.
- ALMEIDA, A. C. *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: Revisão sistemática de literatura. **Rev Paul Pediatr.**, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0122.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.
- AMTHAUER, C.; CUNHA, M. L. C. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2779, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02779.pdf. Acesso em: 1 set. 2019.
- ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2011.
- BEZERRA, C. C.; SERAFIM, M. L. As gerações de infográficos comunicativos: propostas e possibilidades para a educação a distância. In: SOUSA, R. P. *et al.* (orgs.). **Teorias e práticas em tecnologias educacionais [online]**. Campina Grande: EDUEPB, 2016, p. 99-122. ISBN 978-85-7879-326-5.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 3 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartaz manejo do paciente com diarreia**. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999**. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479_15_04_1999.html. Acesso em: 26 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos**: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos. Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_criancas_2_meses_5anos.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: 7 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, 2015. Disponível:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011b. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf. Acesso em: 7 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudolegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização**. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2019_analise_situacao.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**, 2018. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptsc.def>. Acesso em: 8 mar. 2020.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2016. Disponível:
<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/v25n1a08.pdf>. Acesso: 20 maio 2020.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Produção técnica. **Relatório de grupo de trabalho**. Brasília, 2019. Disponível em:
<http://www.capes.gov.br/relatorios-tecnicos-dav>. Acesso em: 9 mar. 2020.

CARREIRO, J. A.; FRANCISCO, A. A.; ABRÃO, A. C.; MARCACINE, K. O.; ABUCHAIM, E. S.; COCA, K. P. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. **Acta Paul Enferm.** 31(4):430-8. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n4/1982-0194-ape-31-04-0430.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

CARVALHO, W. B. *et al.* Insuficiência Respiratória Aguda. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Terapia - Insuficiencia Respiratoria Aguda.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

CECCONELLO, F.; ZOCCHE, D. A. A. Gestão de enfermagem do serviço pronto socorro pediátrico: relato de experiência. **82ª Semana Brasileira de Enfermagem e 17ª Semana de Enfermagem Udesc “Enfermagem no Contexto da crise”**. Chapecó/SC, 2021. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/3571/44_16202417351631_3571.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

COFEN. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 17 maio 2021.

COFEN. **Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 31 mar. 2021.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C; MILANI, D. L. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):925-936, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2020.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. P. **Sistema Manchester de classificação de risco:** comparando modelos. 2014. Disponível: <http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.

DAMACENO, A. N.; LIMA, M. A. D. S.; PUCCI, V. R.; WEILLER, T. H. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria, RS, v. 10, e14, p. 1-14, 2020. Disponível: <https://periodicos.ufsm.br/reu fsm/article/view/36832/html>. Acesso em: 27 mar. 2021.

DAMACENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2961-2973, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2961.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2020.

EVANGELISTA, M. J. O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(6):2115-2124, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2115.pdf>. Acesso em: 18 maio 2020.

FARAH, A. C. F; BACK, I. C.; PEREIMA, M. L. Análise das internações por causas externas não intencionais em menores de 15 anos em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Revista**

Brasileira de Queimaduras. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/160694>. Acesso em: 12 jan. 2020.

FERNANDES, T. F. Departamento de Pediatria Ambulatorial: febre não é doença, é um sinal. 2019. Disponível: https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec87_2.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

FONSECA, J. G. D.; OLIVEIRA, A. M. L. S.; FERREIRA, A. R. Avaliação e manejo inicial da insuficiência respiratória aguda na criança. Revista Médica, Minas Gerais, v. 23. 2013. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/38#>. Acesso em: 22 fev. 2021.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev. bras. epidemiol. [online].** 2017, v. 20, suppl. 1, p. 46-60. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00046.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

GARBIN, K.; PASQUALOTTI, A.; CHAMBEL, M. J.; MORETTO, C. F. A Idade como Diferencial no Engagement dos Profissionais de Enfermagem. **Psic.: Teor. e Pesq.,** Brasília, 2019, v. 35, e35516. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v35/1806-3446-ptp-35-e35516.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

GARCIA, L. P.; FERNANDES, C. M.; TRAEBERT, J. Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil. **J Pediatr,** Rio de Janeiro, 95:194-200. 2019. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/jped/v95n2/pt_0021-7557-jped-95-02-0194.pdf. Acesso em: 7 fev. 2021.

GARCIA, P. T. (org.). Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes05.pdf. Acesso em: 7 mar. 2020.

HANZEN, I. P.; ZANOTELLI, S. S.; ZANATTA, E.A. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para subsidiar a consulta de enfermagem à criança. **Enferm. Foco,** 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2683/592>. Acesso em: 2 maio 2020.

HARRIS, J. B.; PIETRONI, M. **Abordagem para a criança com diarreia aguda em países com recursos limitados.** 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries-contributors>. Acesso em: 17 maio 2021.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda I:** definições e classificação. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco.** 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

MAISEL, B. A. et al. Perfil epidemiológico das internações em uma unidade pediátrica do Sistema Único de Saúde. **Fisioterapia Brasil,** v. 16, n. 1. 2015. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/293/503>. Acesso em: 7 mar. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005. Acesso em: 15 set. 2019.

MINAYO, M. C. de S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 16–17, 2017.

MOREIRA, R. S. *et al.* Adaptação Transcultural do instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil: "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)" no contexto brasileiro. **Periódicos eletrônicos em Psicologia. J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 29, n.1, São Paulo. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v29n1/pt_05.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

OLIVEIRA, J. L. C.; GATTI, A. P.; BARRETO, M. S.; BELLUCCI JUNIOR, J. A.; GÓES, H. L. F.; MATSUDA, L. M. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm**, 2017, 26(1):e0960014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

OLIVEIRA, M. C. V.; PESSÔA, L. F.; ALVES, E. V. D. **Linguagem, Funções Executivas e Técnicas de Mapeamento Cerebral nos Primeiros Anos de Vida: Uma Revisão.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 341-360, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v18n1/v18n1a19.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2020.

ONU NEWS. **Perspectiva Global Reportagens Humanas.** set. 2020. Disponível: <https://news.un.org/pt/story/2020/09/1725622>. Acesso em: 16 fev. 2021.

PALAZZI, D. L. **Febre de origem desconhecida em crianças:** Etiologia. Disponível: https://www.uptodate.com/contents/fever-of-unknown-origin-in-children-etiology?search=febre&topicRef=5993&source=see_link. Acesso em: 11 abr. 2021.

PEDRAZA, D. F; ARAÚJO, E. M. N. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00169.pdf>. Acesso: 20 maio 2020.

PEITER, C. C. *et al.* Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde. **Escola Anna Nery**, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180214.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; NASCIMENTO, D. D. G. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**

Coletiva, 24(9):3315-3324, 2019. Disponível:
<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n9/3315-3324/pt>. Acesso em: 16 fev. 2021.

RIZZIERI, T. L. Emergências Pediátricas: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Saúde em Foco**. nº 9. 2017. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/060_emergencias_pediatricas.pdf. Acesso em: 17 maio 2021.

RODRIGUES JUNIOR, J. C.; REBOUÇAS, C. B. A.; CASTRO, R. C. M. B.; OLIVEIRA, P. M. P.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M.F. Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(2):e06760015. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06760015.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

ROMERO, H. S. P.; REZENDE, E. M.; MARTINS, E. F. Mortalidade por causas externas em crianças de um a nove anos. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1092>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SACOMAN, T.M. *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde debate** 43 (121), 5 ago. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n121/354-367/#>. Acesso: 20 maio 2020.

SALGADO, P. O.; SILVA, L. C. R.; PAIVA, I. R. A; MACIEIRA, T. G. R.; CHIANCA, T. C. M. Cuidados de enfermagem a pacientes com temperatura corporal elevada. **REME – Rev Min Enferm**. 19(1): 212-219, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n1a17.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SAMPIERE, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia da Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANDERS, L. S. C.; PINTO, F. J. M.; MEDEIROS, C. R. B.; SAMPAIO, R. M. M.; VIANA, R. A. A.; LIMA, K. J. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2017, 25 (1): 83-89. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010284.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

SANTA CATARINA. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. Decreto Estadual nº 509, de 17 de março do 2020. Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390985>. Acesso em: 17 maio 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Política Hospitalar Catarinense, 2019. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/politica-hospitalar-catarinense/16157-politica-hospitalar-catarinense-aprovada-1/file>. Acesso em: 3 maio 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Coordenação Estadual da Rede de Urgência e Emergência. Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina. **Revisão do plano de ação da rede de atenção às urgências e emergências.** Macrorregião de Saúde do Grande Oeste, 2018. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/anexos-deliberacao-248-23-10/14432-anexo-06-deliberacao-248-rue-grande-oeste-10-10-2018/file>. Acesso em: 20 maio 2020.

SCHMIDT, S. Q.; PINA, J. C.; COSTA, R.; SOUZA, A. I. J.; LIMA, M. M.; ANDERS, J. C. Análise da saúde da criança no estado de Santa Catarina. Brasil: de 1982 a 2018. **Esc Anna Nery**, 2020;24(4):e20190308. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n4/1414-8145-ean-24-4-e20190308.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SILVA, A. V.; VIEIRA, L. J. E. S.; SOUSA, A. R. Aspectos éticos e legais da prescrição de medicamentos por enfermeiro na Política Nacional de Atenção Básica do Brasil. **REVISA**. 2020; 9(2): 222-30. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p222a230>.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2014 set./out., 67(5):794-802. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

SILVINO, Z. R. (org.). **Gestão Baseada em Evidências**: recursos inteligentes para soluções de problemas da prática em saúde. Curitiba: CRV, 2018.

SOARES, S. S.; LIMA, D.; CASTRO, A. L. B. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. **JMPHC**. 2014. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/213>. Acesso em: 11 jan. 2020.

SOUZA, K. H. J. F. *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100503#aff2. Acesso em: 15 out. 2019.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais**. v. 2. Porto Alegre: Moriá, 2020.

THIOLLENT, M. J. M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

TORRES, S. F. S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 361-373, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2015.v24n1/361-373/pt>. Acesso em: 4 jan. 2020.

WARD, M. A. **Febre em bebês e crianças: fisiopatologia e manejo**. 2021. Disponível: https://www.uptodate.com/contents/fever-in-infants-and-children-pathophysiology-and-management?search=febre&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em: 11 abr. 2021.

WEINER, D. L. **Desconforto respiratório agudo em crianças: avaliação de emergência e estabilização inicial**. Disponível: https://www.uptodate.com/contents/acute-respiratory-distress-in-children-emergency-evaluation-and-initial-stabilization?search=avalia%C3%A7%C3%A3o%20respirat%C3%B3ria%20pediatrica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3.

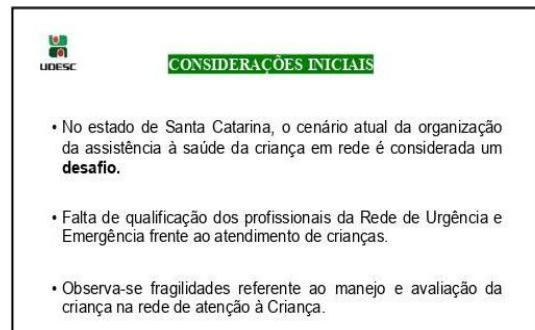
[e=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4](#). Acesso em: 2 abr. 2021.

WONG, D. L.; HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. (Ed). **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

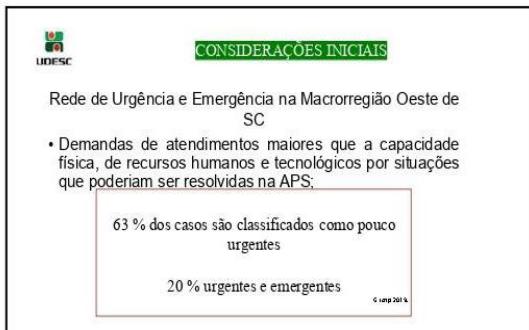
APÊNDICE A- APRESENTAÇÃO DO PLANO DE QUALIFICAÇÃO PARA RUE.



1



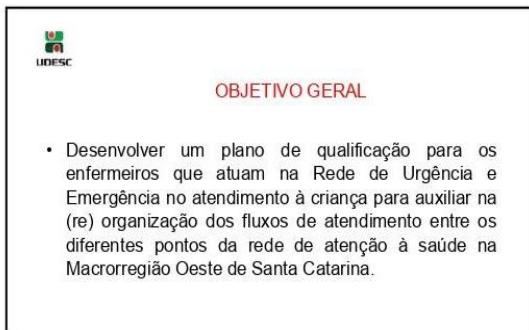
2



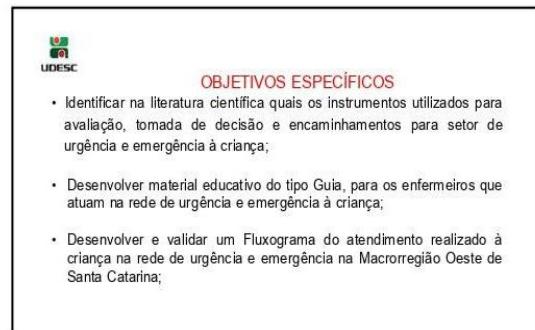
3



4



5



6



FUNDAMENTAÇÃO

Revisão narrativa de artigos:

1. Fragilidades da APS no atendimento a necessidades da criança;
2. Entendimento que o hospital detém a resolutividade;
3. Descontinuidade da assistência;

Legislação que regulamentam a assistência de Urgência e Emergência

1. Construção e organização da RUE;

7

O diagrama ilustra a estrutura da Rede de Atenção às Urgências (RUE). No topo, o logo da UDESC é exibido ao lado do título "COMPONENTES DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)". Abaixo, uma barra horizontal contém o nome "Componentes da Rede de Atenção às Urgências". A estrutura é dividida em quatro seções principais, cada uma com um ícone e uma descrição: "Acolhimento" (ícone de uma mão estendida), "Qualificação profissional" (ícone de uma lâmpada), "Informação" (ícone de um computador) e "Regulação" (ícone de uma escala). Essas seções estão alinhadas ao lado de uma barra azul intitulada "Promoção e prevenção" que contém ícones de "Saúde da população", "FNV/SUS" e "Saúde da família". Abaixo da barra azul, uma barra azul intitulada "Atenção Básica" contém ícones de "Saúde da família", "FNV/SUS", "Saúde da população", "Atendimento hospitalar" e "Atenção domiciliar".

8

A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2013).

9

O diagrama é um cronograma horizontal com seis círculos coloridos (verde, amarelo, vermelho, verde, amarelo, verde) dispostos horizontalmente. Cada círculo contém uma data e uma descrição de um evento ou projeto. As datas são: 2002, 2003, 2004, 2011, 2012 e 2013. As descrições são:

- 2002:** Fundação EME (2002) da rede de Urgências. Implementação localizada de serviços de urgências.
- 2003:** Projeto EME (2003) de 20 a 30% da rede de Urgências. Implementação localizada de serviços de urgências.
- 2004:** Projeto EME (2004) de 50% da rede de Urgências. Implementação localizada de serviços de urgências.
- 2011:** Projeto EME (2011) de 100% da rede de Urgências. Implementação localizada de serviços de urgências.
- 2012:** Projeto EME (2012) de 100% da rede de Urgências. Implementação localizada de serviços de urgências.
- 2013:** Projeto EME (2013) de 100% da rede de Urgências. Implementação localizada de serviços de urgências.

10

1999

Portaria nº 1795, Cria a comissão para a implantação dos Sistemas Estruturados de Referência Hospitalar e da Administração de Clínicas e Empresariais.

2002

Portaria nº 2048, Cria a comissão para a implementação dos Sistemas Estruturados de Referência Hospitalar e da Administração de Clínicas e Empresariais.

2007

Portaria nº 2104, Cria a comissão para a implementação dos Sistemas Estruturados de Referência Hospitalar e da Administração de Clínicas e Empresariais.

2012

Portaria nº 1764, Cria a comissão para a implementação dos Sistemas Estruturados de Referência Hospitalar e da Administração de Clínicas e Empresariais.

11



Considerações Importantes

- Importância do Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria;
- A maior demanda no Pronto Socorro Pediátrico é de crianças classificadas não urgentes e pouco urgentes, os motivos de procura são os **problemas respiratórios, febre, problemas gastrointestinais**.
- Necessidade de articulação dos serviços de saúde na rede de atenção à saúde para atender as necessidades de saúde das crianças
- Conhecer os fluxos existentes e reorganizá-los a fim de reduzir a utilização frequente do pronto socorro por demandas que não são emergenciais

12

 **MÉTODO**

Tipo de Estudo:

Qualitativa exploratória do tipo **pesquisa-ação**.

A pesquisa será desenvolvida nas seguintes etapas:

13

FASES DA PESQUISA Conforme Thiollent (2011)	ETAPA DO MÉTODO Adaptado	QUEM, ONDE
1 Fase exploratória	Revisão Narrativa de documentos oficiais (Políticas, leis, decretos, portaria)	Onde: revisão narrativa; base de dados, banco de teses e dissertações da CAPES, Biblioteca virtual de saúde (BVS); plataforma Teams
2 Tema da pesquisa	Seminário 1	Quem: Grupo 1, 2 e 3
3 A colocação dos problemas		
6. Sessão		
4. Olhar da teoria	Revisão Narrativa de documentos oficiais (Políticas, leis, decretos, portaria)	Onde: revisão narrativa; base de dados, banco de teses e dissertações da CAPES, Biblioteca virtual de saúde (BVS); seminário; plataforma Teams
7. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa	Seminário 2	
6. Sessão	Tratamento dos dados	Quem: seminário: grupo 2 e 3
7. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa		
8. Coleta de dados		

14

FASES DA PESQUISA Conforme Thiollent (2011)	ETAPA DO MÉTODO Adaptado	QUEM, ONDE
5. Hipóteses	Não se aplica	Não se aplica
9. Aprendizagem	Seminário 3	Quem: Grupo 3.
10. Saber Informacional		Onde: plataforma Teams
11. Plano de ação		
12. Divulgação externa	Protocolo Básico de RUE: Apresentação da revisão de diretrizes. Considerando o tipo de ação de pesquisa, o documento é divulgado em forma de existas de ampla divulgação, sendo que 145 existentes não apresentam um foco específico em RUE no segundo semestre de 2021. assuntos identificados e/ou tecnologicos(CAPES 2019).	Quem: pesquisadores.
	Material didático: Produto de aplicação junto com os didáticos na mediação de processos de ensino e aprendizagem em diferentes contextos educacionais do tipo guia (CAPES 2019).	Onde: Sala da CIR ou UDESC
	Foram produzidos materiais de apoio, com propostas de orientações teórico-práticas para futuros ações no geral por meio de abordagens formatamente conceituadas. Fórum de prevenção de	

15

SINTETIZANDO...		
Fases de desenvolvimento da proposta- coleta de dados e construção do projeto	Data	Participantes
Apresentação da proposta	24/1/2020	Grupo condutor RUE
Seminário 1	A definir	Enfermeiros indicados pelo Grupo Condutor
Seminário 2	A definir	Indicação dos assunto para o Plano de Formação
Validação do Plano de Qualificação para Enfermeiros de Rue	Fevereiro 2021	Apresentação do plano para validação dos conteúdos
		Juizes

16

 **QUESTÕES ÉTICAS**

• A pesquisa seguirá Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

• Situação atual:

Aprovado CEP sob protocolo N° 4.295.390.

17



BRASIL. Portaria N° 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Crise e no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudereg/gm/2015/pdf/1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 04 mar 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde – Brasil: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 07 mar 2020.

CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Produção técnica. Relatório de grupo de trabalho. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/relatorios-tecnicos-dasp>>. Acesso em: 09 mar 2020.

18



HRO. Sistema de gestão hospitalar. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

SANTA CATARINA. DATASUS. Tecnologia da Informação e Serviço do SUS. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/ptops.def>>. Acesso em: 15 de 2019.

SANTA CATARINA. Revisão do plano de ação da rede de atenção às urgências e emergências. Macromégia do Sul do Grande Oeste. 2018.

TEIXEIRA, E. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidastro-Eduacionais. Vol 2 Porto Alegre: Morial, 2020.

THIOLLENT, M.J. M. Metodologia da pesquisa-ação. 18th ed. São Paulo: Cortez, 2011.

19



OBRIGADA!

20

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ENFERMEIROS RUE**



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA



Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

GABINETE DO REITOR

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ENFERMEIROS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Grupo 1 e 2)**

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado profissional em Enfermagem, intitulada Plano de Qualificação para Enfermeiros que atuam na Rede de Urgência e Emergência no Atendimento a Criança, que fará seminários e avaliação online, via remota, via *google forms*, tendo como objetivo geral desenvolver um plano de qualificação para os enfermeiros que atuam na Rede de Urgência e Emergência no atendimento a criança para auxiliar na (re)organização dos fluxos de atendimento entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde na Macrorregião Oeste de Santa Catarina e, objetivos específicos: identificar na literatura científica quais os instrumentos utilizados para avaliação, tomada de decisão e encaminhamentos para setor de urgência e emergência à criança; desenvolver material educativo do tipo Guia, para os enfermeiros que atuam na rede de urgência e emergência à criança; desenvolver e validar um Fluxograma do atendimento realizado à criança na rede de urgência e emergência na macrorregião oeste de Santa Catarina;

Serão previamente marcados a data e horário para realização dos seminários online por meio de uma ferramenta virtual gratuita. Não é obrigatório participar de todos os seminários, nem responder a todas as perguntas.

O(a) Senhor(a) não terá despesas e nem será remunerado pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos, decorrente da pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos do estudo serão mínimos, pois não envolverá riscos de natureza física. No entanto, caso o participante sinta-se constrangido ou desconfortável no momento do seminário, pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer dano. Se o participante achar necessário a pesquisadora poderá encaminhá-lo para atendimento psicológico na rede de saúde mental da região ou do município de origem. Caso o participante sinta-se constrangido ou desconfortável em responder os formulários ou participar dos seminários, será esclarecido que ele pode se retirar do estudo a qualquer momento sem prejuízo para a sua pessoa. Além disso, será garantido seu anonimato. Os benefícios diretos e vantagens em participar deste estudo será a possibilidade de contribuir para a produção de informação e elementos que possibilitarão o aprimoramento da atenção à saúde da criança no seu local de

trabalho. Os benefícios indiretos serão a produção de conhecimento para a área da saúde, enfermagem e gestão dos serviços de saúde catarinense.

As pessoas que acompanharão o estudo serão a estudante de mestrado enfermeira Francieli Cecconello, a professora Drª Denise Antunes de Azambuja Zocche.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Denise Antunes de Azambuja Zocche

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 99165-8802

ENDEREÇO: Rua Marechal Bormann,451D, Apto 904.

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Francieli Cecconello

NÚMERO DO TELEFONE: (49) 99968-6624

ENDEREÇO: Rua Mato Grosso 950E, Apto 401.

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPSP/UDESC Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsp.reitoria@udesc.br / cepsp.udesc@gmail.com
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa SRTV 701, Via W5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040 Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: coneep@saude.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu comprehendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

Assinatura _____ Local: _____ Data:
/ / .

APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO FLUXOGRAMA FEBRE NO ATENDIMENTO À CRIANÇA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Você está sendo convidado a analisar fluxogramas de atendimento a criança na Rede de Urgência e Emergência na rede de atenção da Macrorregião Oeste de SC, elaborados a partir do projeto nº 4.369.109 aprovado pelo CEPSPH/UDESC em 20 de outubro de 2020.

Caso você concorde em participar, leia as instruções abaixo para responder ao instrumento. Obrigada pela sua contribuição!

Instruções:

Analise minuciosamente os conteúdos elencados nos fluxogramas, em seguida marque com um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valorização que melhor represente conforme a descrição abaixo:

Valorização:

- 1 – Totalmente Adequado
- 2 – Adequado
- 3 - Parcialmente Adequado
- 4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado. Lembrando que não existem respostas corretas e erradas. O que importa é a sua opinião.

***Obrigatório**

E-mail *

Seu e-mail

Qual a sua idade? *

Sua resposta

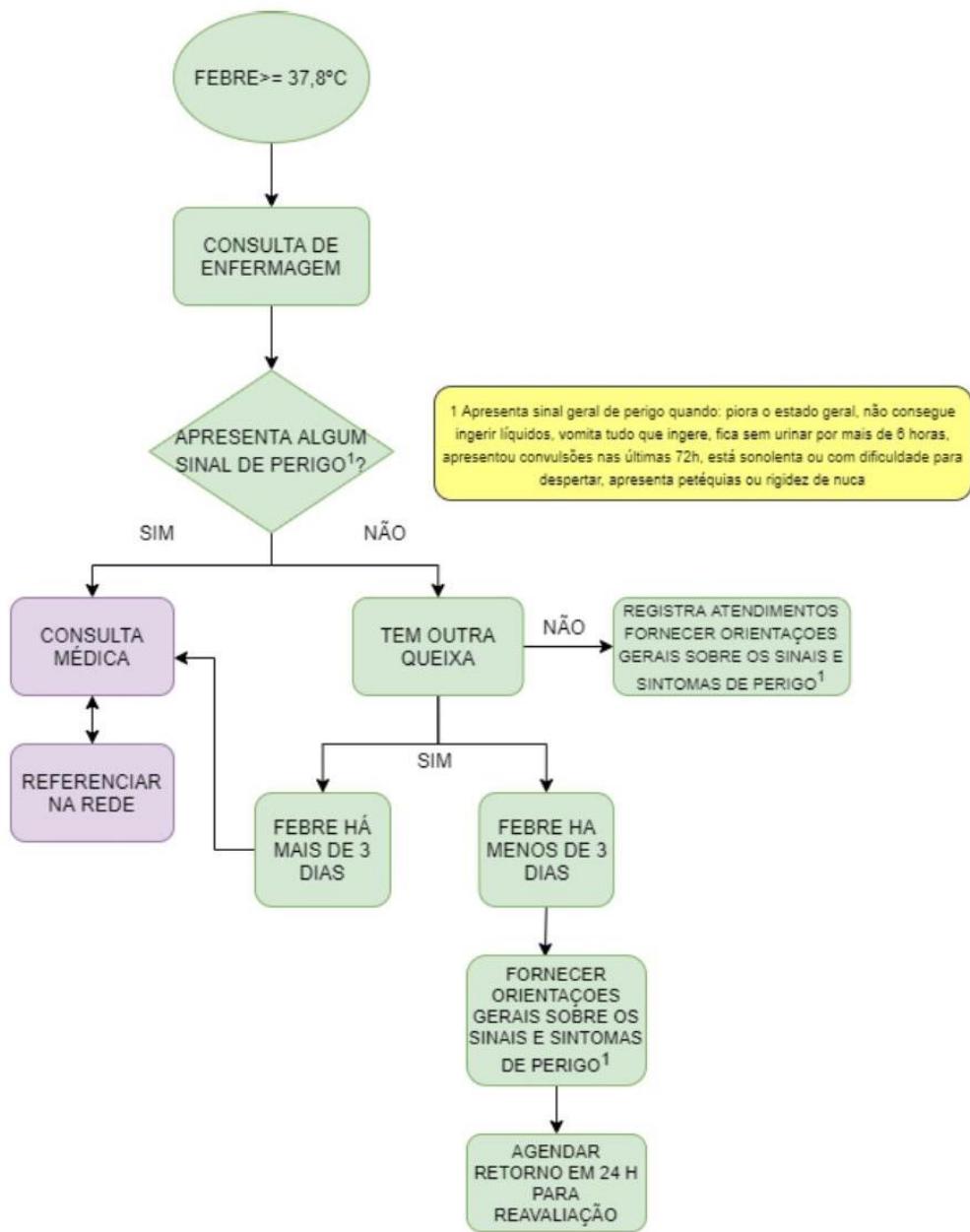
Qual o seu tempo de formação em enfermagem?

- Até 5 anos de formado (a)
- De 5 a 10 anos de formado (a)
- De 10 a 15 anos de formado (a)
- Mais de 15 anos de formado (a)

Qual a sua titulação? *

- Especialista
- Mestre
- Doutor
- Residencia em enfermagem
- Residência Multiprofissional

Analise o FLUXOGRAMA DA ATENDIMENTO À CRIANÇA COM FEBRE e dê sugestões.



Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2017.
Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança, 2014.

Sua resposta

1. OBJETIVOS Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do fluxograma. *

1 -
Totalmente Adequado 2 - Adequado 3 -
Parcialmente Adequado 4 -
Inadequado

As informações/conteúdos dos fluxogramas apresentados são adequadas para a orientação aos profissionais, em especial os enfermeiros, da RUE

As informações e os conteúdos atendem às dúvidas dos profissionais

As informações/conteúdos esclarecem os profissionais

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 1 OBJETIVOS, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Sua resposta

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO Refere-se ao formato do fluxograma e orientação do seu conteúdo. *

1- Totalmente adequado 2- Adequado 3- Parcialmente adequado 4- Inadequado

As informações e conteúdos estão científicamente corretas e numa sequência lógica

As frases estão claras e objetivas

As ilustrações são pertinentes com o conteúdo facilitando sua compreensão

As informações/conteúdos apresentados estão alinhados com a legislação e políticas públicas de saúde vigentes

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 2 ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Sua resposta

3. RELEVÂNCIA Refere-se às características que avaliam o grau de significado do fluxograma. *

1-Totalmente adequado 2-Adequado 3-Parcialmente adequado 4-Inadequado

O fluxograma aborda todas as informações necessárias para orientação do atendimento às crianças na RUE

O Fluxograma está adequado para ser utilizado pelos profissionais enfermeiros que atendem às crianças na RUE

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 3 RELEVÂNCIA, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Sua resposta

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEUDO DO FLUXOGRAMA PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS NO ATENDIMENTO À CRIANÇA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGIANCIA

Você está sendo convidado a analisar fluxogramas de atendimento a criança na Rede de Urgência e Emergência na rede de atenção da Macrorregião Oeste de SC, elaborados a partir do projeto nº 4.369.109 aprovado pelo CEPSPH/UDESC em 20 de outubro de 2020. Caso você concorde em participar, leia as instruções abaixo para responder ao instrumento. Obrigada pela sua contribuição!

Instruções:

Analise minuciosamente os conteúdos elencados nos fluxogramas, em seguida marque com um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valorização que melhor represente conforme a descrição abaixo:

Valorização:

- 1 – Totalmente Adequado
- 2 – Adequado
- 3 - Parcialmente Adequado
- 4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado. Lembrando que não existem respostas corretas e erradas. O que importa é a sua opinião.

***Obrigatório**

E-mail *

Seu e-mail

Qual a sua idade? *

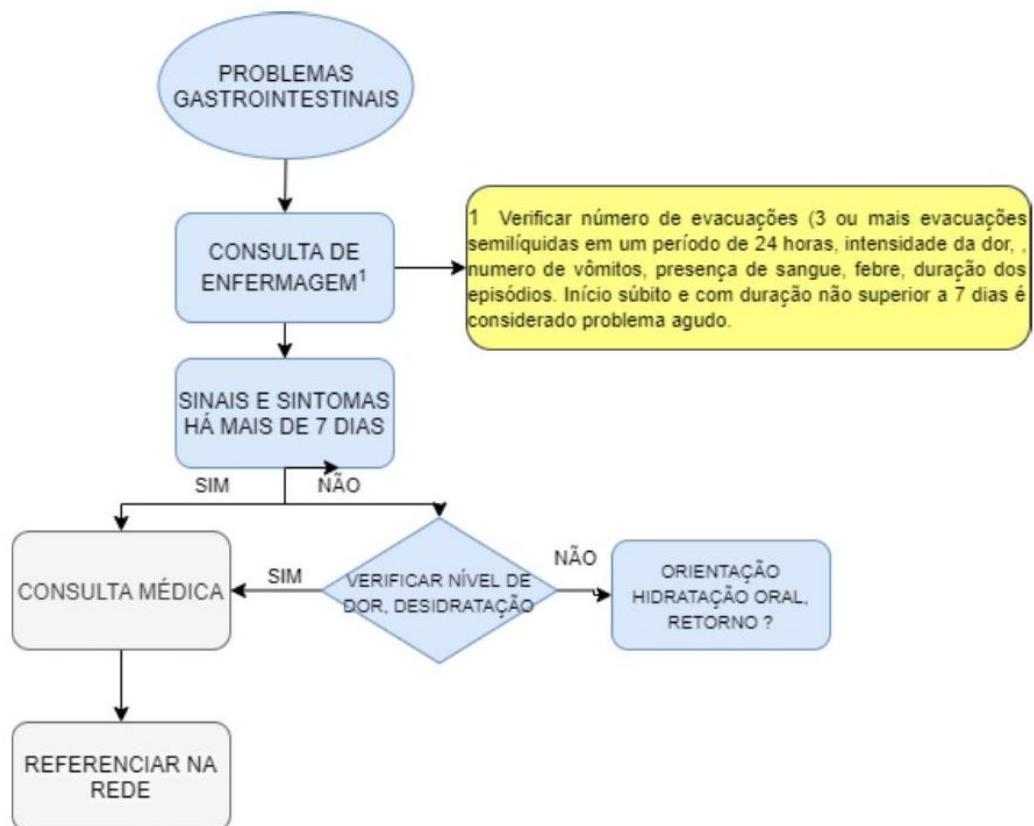
Qual o seu tempo de formação em enfermagem?

- Até 5 anos de formado (a)
- De 5 a 10 anos de formado (a)
- De 10 a 15 anos de formado (a)
- Mais de 15 anos de formado (a)

Qual a sua titulação? *

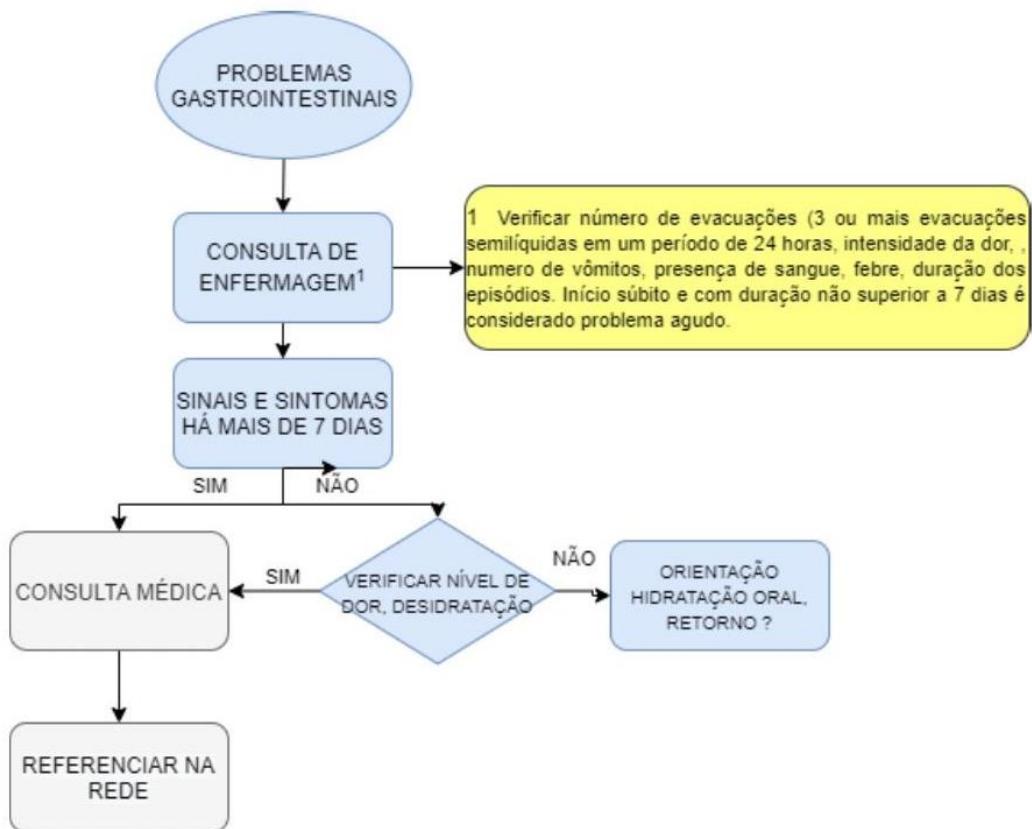
- Especialista
- Mestre
- Doutor
- Residencia em enfermagem
- Residência Multiprofissional

Analise o FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS e dê sugestões.



Sistema Manchester de Classificação de Risco, 2017.
Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança, 2014.

Analise o FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS e dê sugestões.



Sistema Manchester de Classificação de Risco,2017.
Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança, 2014.

SUGESTÕES:

Sua resposta

1. OBJETIVOS Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do fluxograma. *

1 - Totalmente Adequado	2 - Adequado	3 - Parcialmente Adequado	4 - Inadequado
-------------------------------	--------------	---------------------------------	-------------------

As informações/conteúdos dos fluxogramas apresentados são adequadas para a orientação aos profissionais, em especial os enfermeiros, da RUE

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

As informações e os conteúdos atendem às dúvidas dos profissionais

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

As informações/conteúdos esclarecem os profissionais

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 1 OBJETIVOS, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Sua resposta

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO Refere-se ao formato do fluxograma e orientação do seu conteúdo.*

1- Totalmente adequado 2- Adequado 3- Parcialmente adequado 4- Inadequado

As informações e conteúdos estão científicamente corretas e numa sequência lógica

As frases estão claras e objetivas

As ilustrações são pertinentes com o conteúdo facilitando sua compreensão

As informações/conteúdos apresentados estão alinhados com a legislação e políticas públicas de saúde vigentes

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 2 ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Sua resposta

3. RELEVÂNCIA Refere-se às características que avaliam o grau de significado do fluxograma. *

1-Totalmente adequado 2-Adequado 3-Parcialmente adequado 4-Inadequado

O fluxograma aborda todas as informações necessárias para orientação do atendimento às crianças na RUE

O Fluxograma está adequado para ser utilizado pleos profissionais enfermeiros que atendem às crianças na RUE

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 3 RELEVÂNCIA, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Sua resposta

APÊNDICE E- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEUDO DO FLUXOGRAMA PROBLEMAS RESPIRATORIOS NO ATENDIMENTO À CRIANÇA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Você está sendo convidado a analisar fluxogramas de atendimento a criança na Rede de Urgência e Emergência na rede de atenção da Macrorregião Oeste de SC, elaborados a partir do projeto nº 35525520.7.0000.0118 aprovado pelo CEPSPH/UDESC em 20 de outubro de 2020.

Caso você concorde em participar, leia as instruções abaixo para responder ao instrumento.
Obrigada pela sua contribuição!

Instruções:

Analise minuciosamente os conteúdos elencados nos fluxogramas, em seguida marque com um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valorização que melhor represente conforme a descrição abaixo:

Valorização:

- 1 – Totalmente Adequado
- 2 – Adequado
- 3 - Parcialmente Adequado
- 4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado. Lembrando que não existem respostas corretas e erradas. O que importa é a sua opinião.

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Qual a sua idade? *

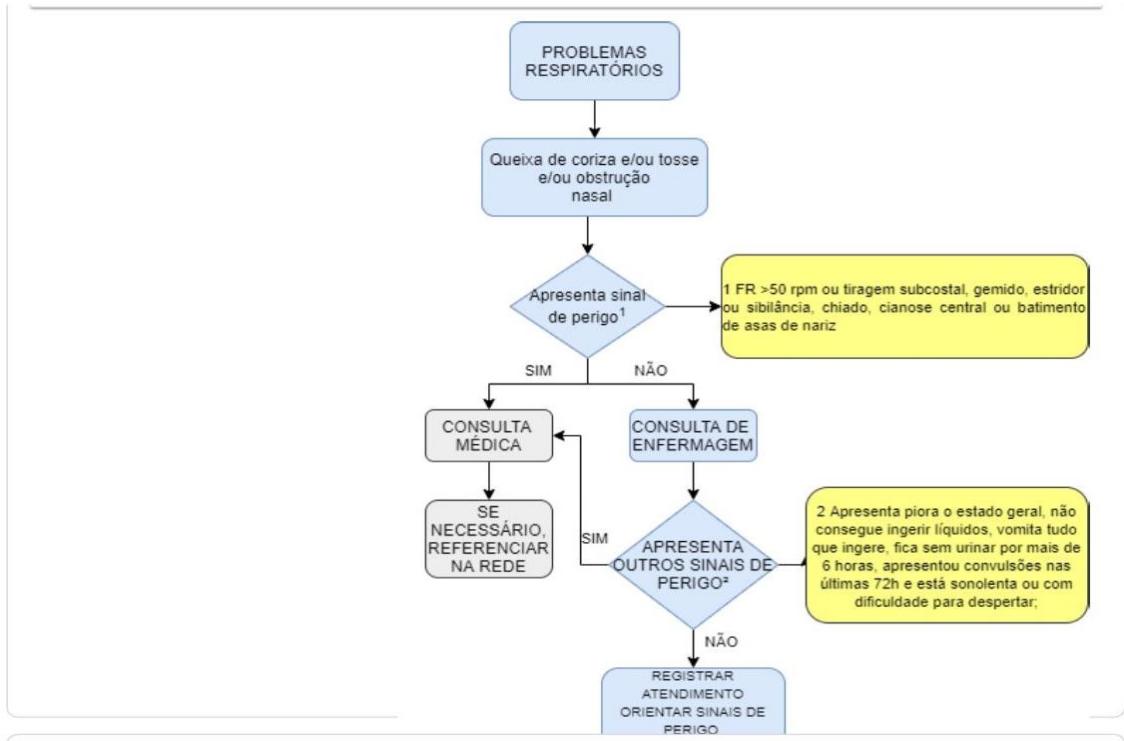
Texto de resposta longa

- Até 5 anos de formado (a)
- De 5 a 10 anos de formado (a)
- De 10 a 15 anos de formado (a)
- Mais de 15 anos de formado (a)

Qual a sua titulação? *

- Especialista
- Mestre
- Doutor
- Residencia em enfermagem
- Residência Multiprofissional

Analise o FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS e a seguir dê sugestões.



SUGESTÕES

Texto de resposta longa

1. OBJETIVOS Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do ^{*} fluxograma.

1 – Totalmente Ad... 2 – Adequado 3 - Parcialmente A... 4 – Inadequado

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| As informações/co... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As informações e o... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As informações/co... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 1 OBJETIVOS, escreva sua justificativa e deixe suas

Texto de resposta longa

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO Refere-se ao formato do fluxograma e orientação do seu conteúdo. *

1- Totalmente adeq... 2- Adequado 3- Parcialmente ad... 4- Inadequado

- As informações e c...
- As frases estão clar...
- As ilustrações são ...
- As informações/co...

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 2 ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Texto de resposta longa

3. RELEVÂNCIA Refere-se às características que avaliam o grau de significado do fluxograma. *

1-Totalmente adeq... 2-Adequado 3-Parcialmente a... 4-Inadequado

- O fluxograma abord...
- O Fluxograma está ...

Caso tenha marcado 3 ou 4 nas no item 3 RELEVÂNCIA, escreva sua justificativa e deixe suas sugestões.

Texto de resposta longa

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DE SANTA CATARINA - UDESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANO DE QUALIFICAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO ATENDIMENTO A CRIANÇA

Pesquisador: DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35525520.7.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.295.390

Apresentação do Projeto:

Trata-se de primeira versão apresentada ao CEP, de protocolo de pesquisa relacionado a Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Plano de qualificação para enfermeiros que atuam na rede de urgência e emergência no atendimento a criança" proveniente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste. Tem como pesquisadora responsável a Profa Denise Antunes de Azambuja Zocche, fazem parte da equipe de pesquisa a mestrandas Francieli Cecconello e a Profa Rosana Amora Ascari.

Indicação de Instituição Co-participante - FUNDO ESTADUAL DE SAUDE.

Participantes da pesquisa: 114

Grupo 1 - Enfermeiros da RUE da macroregião oeste de - 78

Grupo 2 - Enfermeiros UPA e Hospitais - 10

Grupo 3 - Enfermeiros das UBS do município de Chapecó - 26

Instrumento de pesquisa: instrumento de validação de conteúdo do fluxograma.

Metodologia proposta no Protocolo de pesquisa, conforme Projeto Básico: "Se dará pelos moldes

Endereço: Av.Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br

Continuação do Parecer: 4.295.390

da Pesquisa ação (THIOLLENT, 2011). Revisão narrativa de literatura para explorar temática RUE, Criança, causas de internações pediátricas. Será realizado o seminário 1, online e acontecerá por meio de uma ferramenta virtual gratuita disponível com representantes da RUE da Macrorregião de Saúde Oeste onde será apresentado o objetivo do projeto, dados estatístico de atendimentos de um hospital pediátrico referência para RUE, políticas, os fluxos existentes e eleger os conteúdos necessários para elaboração do fluxograma para guiar os enfermeiros da RUE no atendimento a criança. Após esse seminário serão compilados os temas sugeridos para o fluxograma em um formulário eletrônico e será enviado via google forms aos participantes para que eles realizem suas considerações. Os participantes terão um prazo de 15 dias para devolutiva do formulário, para que o conteúdo receba o tratamento e adequações necessárias de acordo com literatura científica e legislação vigente. No Seminário 2, também online, será apresentada a versão final do fluxograma com os conteúdos elegidos e analisados do Seminário 1. Neste seminário 2, espera-se que haja debates acerca da sua utilidade e aplicabilidade, momento que será aberto para os participantes validar o fluxograma por índice de concordância de no mínimo 80% dos participantes (TEIXEIRA, 2011). Após o seminário 2, o fluxograma em sua versão final será encaminhado via Google forms para validação final dos juízes. Para validação do fluxograma de atendimento a criança por enfermeiros, serão selecionadas as expertises da RUE e CIR. Como critérios de inclusão: ser especialista na área de atuação (Latu Sensu e/ou Strictu Sensu), ter experiência profissional de pelo menos um ano na área. Os juízes receberão um formulário de avaliação de conteúdo a ser elaborado a partir dos resultados do seminário 2 considerando as pontuações adotadas para o julgamento e seguirão uma escala contendo quatro graus de valoração: TA= Totalmente Adequado; A2= adequado; Parcialmente Adequado= PA; Inadequado=I; Serão acatadas as sugestões e comentários dos profissionais, levando em consideração o grau de concordância que confirma o alcance da média de análise de 80%. Após a análise das sugestões do conteúdo e correções realizadas, será finalizado a construção do plano de qualificação (TEIXEIRA, 2011). Após a validação do fluxograma, será apresentado o plano de qualificação dos enfermeiros da rede para posterior implementação."

Metodologia de análise de dados, conforme Projeto Básico: "Os dados gerados a partir dos seminários (questionários e encaminhamentos da avaliação de conteúdo) serão analisados utilizando a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011)."

Orçamento, fonte dos recursos, discriminação detalhada: Financiamento próprio, R\$ 1.265,00

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 4.295.390

Cronograma:

Envio ao CEP 21/07/2020 21/08/2020
 Coleta de dados 22/09/2020 30/11/2020
 Defesa 01/06/2021 30/06/2021
 Publicização dos Resultados 01/07/2021 31/07/2021
 Redação da dissertação 03/03/2021 31/05/2021
 Análise de dados 01/11/2020 15/04/2021
 Implementação 22/09/2020 30/11/2020

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário conforme Projeto Básico:

Desenvolver um plano de qualificação para os enfermeiros que atuam na Rede de Urgência e Emergência no atendimento à criança para auxiliar na (re)organização dos fluxos de atendimento entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde na Macrorregião Oeste de Santa Catarina.

Objetivo Secundário conforme Projeto Básico:

- Identificar na literatura científica quais os instrumentos utilizados para avaliação, tomada de decisão e encaminhamentos para setor de urgência e emergência à criança;
- Desenvolver material educativo do tipo Guia, para os enfermeiros que atuam na rede de urgência e emergência à criança;
- Desenvolver e validar um Fluxograma do atendimento realizado à criança na rede de urgência e emergência na macrorregião oeste de Santa Catarina;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos conforme Projeto Básico:

Os riscos do estudo serão mínimos, pois não envolverá riscos de natureza física. No entanto na questão psicológica, caso o participante sinta-se constrangido ou desconfortável no momento do seminário poderá solicitar o apoio da pesquisadora responsável que oferecerá a assistência necessária, encaminhando para o serviço de saúde municipal. Caso o participante sinta-se constrangido com as perguntas, pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer dano.

Benefícios conforme Projeto Básico:

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 4.295.390

Os benefícios diretos e vantagens em participar deste estudo será a possibilidade de contribuir para a produção de informação e elementos que possibilitarão o aprimoramento da atenção à saúde da criança no seu local de trabalho. Os benefícios indiretos serão a produção de conhecimento para a área da saúde, enfermagem e gestão dos serviços de saúde catarinense.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa está estruturado e embasado para a análise ética.

Os objetivos apresentados são passíveis de desenvolvimento pela presente pesquisa científica.

Em relação aos riscos, descreve-se como mínimos, devido a possível constrangimento ou desconforto no momento do seminário. Porém precisa prever que consta etapas de respostas à formulário google. Adequar os TCLEs dos profissionais de saúde e dos expertises.

Quanto aos cuidados de controle e minimização de riscos e danos, é afirmado que "poderá solicitar o apoio da pesquisadora responsável que oferecerá a assistência necessária, encaminhando para o serviço de saúde municipal. Caso o participante sinta-se constrangido com as perguntas, pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer dano."

Tem como instituição coparticipante o FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

Não consta a descrição da análise estatística, embora utilizará o Índice de Validação de Conteúdo.

Não fica claro quais medidas ocorrerão com os 3 grupos descritos no projeto básico e detalhado, todos os 3 constam como intervenção "seminário", porém são descritos apenas 2 seminários.

Não fica claro quais dos 3 grupos consta os expertises referidos.

No TCLE dos expertises (o qual consta apenas no projeto detalhado) está descrito "que fará seminários e avaliação online", porém será realizada apenas aplicação de formulário(google forms).

Consta que a proposta de construção de fluxograma de atendimento será com enfermeiros, porém

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 4.295.390

no TCLE consta profissionais da área da saúde. Tendo em vista que a atuação para esse atendimento deveria ser multiprofissional, não fica claro se os expertises também serão apenas enfermeiros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

DOCUMENTOS APRESENTADOS/ANEXADOS:

- Projeto de Pesquisa Básico gerado pela Plataforma Brasil;
- Projeto de Pesquisa Detalhado (inserido pelo pesquisadora);
- Folha de rosto: 114 participantes;
- Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas - conforme modelo página do CEP;
- Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações (p/ participante) - conforme modelo página do CEP;
- Cronograma;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde - conforme modelo página do CEP;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para expertises (juízes) - conforme modelo página do CEP (no projeto detalhado);
- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA (no projeto detalhado);

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIAS A SEREM CUMPRIDAS:

- 1) Tendo em vista a utilização do Índice de Validação de Conteúdo, a pesquisadora deveria considerar uma descrição de análise dos dados que contemple a análise estatística dessa etapa, mesmo que descritiva;
- 2) Explicar de que forma, no seminário 2, será validado o fluxograma com o índice de

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 4.295.390

concordância de no mínimo 80% com os participantes (oral, formulário, etc). Esclarecer se o seminário 2 contempla os mesmos participantes do seminário 1?

3) Esclarecer sobre quais as medidas que ocorrerão com os 3 grupos divididos no projeto básico e detalhado em que todos constam como intervenção "seminário", sendo que são descritos apenas 2 seminários. Descrever qual dos 3 grupos contemplam os expertises/juízes. O que será realizado com o grupo 2 (enfermeiros UPA e Hospitais) e com o grupo 3 (Enfermeiros das UBS do município de Chapecó)?

4) No TCLE dos expertises (o qual consta apenas no projeto detalhado) está descrito "que fará seminários e avaliação online", porém no projeto detalhado consta apenas que eles participarão da etapa de validação de conteúdo via Google forms. Rever quais medidas serão executadas com os expertises em ambos os documentos. Ainda explicitar melhor os critérios de inclusão e de exclusão dos juízes/expertises, não fica claro se os juízes/expertises farão parte do grupo de participantes do seminário e nem a formação profissional dos mesmos (refere pós-graduação na área, mas que área? pediatria? emergência? enfermagem?).

5) Esclarecer se a proposta de construção de fluxograma de atendimento será apenas com enfermeiros, pois no TCLE consta "profissionais da área da saúde". Da mesma forma questiona-se os expertises se serão apenas enfermeiros, tendo em vista que a atuação para esse atendimento em saúde é multiprofissional.

6) Em relação aos riscos, descreve-se como mínimos, devido a possível constrangimento ou desconforto no momento do seminário. Porém, precisa prever que consta etapas de respostas à formulário google. Adequar os TCLE dos profissionais de saúde (formulário eletrônico e será enviado via google forms aos participantes para que eles realizem suas considerações) e dos expertises (formulário - APÊNDICE E - em uma escala).

7) Quanto aos cuidados de controle e minimização de riscos e danos, é afirmado que "poderá solicitar o apoio da pesquisadora responsável que oferecerá a assistência necessária, encaminhando para o serviço de saúde municipal. Caso o participante sinta-se constrangido com as perguntas, pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer dano." Tendo em vista a pesquisa de forma online, esclarecer como a pesquisadora

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 4.295.390

poderá ofertar essa "assistência necessária"? Será realizado algum atendimento inicial pela pesquisadora (profissional de saúde) para verificar qual a demanda do participante? Já tem algum contato prévio com os serviços que irão suprir essa demanda (tendo em vista ser de outros municípios) ou será da própria UDESC (psicológico)?

8) Incluir o TCLE dos expertises como documento separado na Plataforma Brasil (consta apenas no projeto detalhado).

Solicita-se elaborar uma carta de encaminhamento ao CEP respondendo todas as pendências listadas, indicando as modificações efetuadas, e anexá-la na Plataforma Brasil. Além disso, identificar no projeto detalhado, no TCLE e demais documentos os locais onde foram feitas as alterações, com destaque amarelo.

Considerando as pendências listadas, conclui-se protocolo de pesquisa PENDENTE.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado mantém o Protocolo de Pesquisa Pendente e solicita que o Parecer seja lido na íntegra. De acordo com as Resoluções CONEP/CNS/MS 466/2012, 510/2016 e a Norma Operacional Nº 001/2013 da CONEP/CNS/MS, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável no prazo de 30 dias, a partir da data de envio do parecer consubstanciado pelo CEP, que aguardará o atendimento às questões em pendências para emissão do seu parecer final. Após esse prazo o protocolo será arquivado. Solicita-se, ainda, que as respostas sejam enviadas de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, destacando a localização das possíveis alterações realizadas nos documentos do protocolo/processo, inclusive no TCLE. Para cumprimento das pendências, deve-se anexar os novos arquivos com as alterações e/ou documentos complementares.

Cabe ressaltar que, de acordo com o Regimento Interno do CEP/UDESC a não adequação destas pendências após a terceira submissão implica na recusa do projeto.

Qualquer dúvida para conclusão das respostas às pendências, favor entrar em contato com o CEP/UDESC.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Madre Benvenuta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br



Continuação do Parecer: 4.295.390

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1567921.pdf	24/07/2020 09:02:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_1907.pdf	24/07/2020 08:47:03	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	22/07/2020 19:27:27	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Francieli_CecconelloVersaoCEP.doc	22/07/2020 19:24:46	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE.docx	22/07/2020 19:22:34	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito
Outros	ApendiceDTermo_fotos_videos_gravacoes.pdf	22/07/2020 19:19:11	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito
Declaração de concordância	Cienciaeconcordanciainstituicoes.pdf	22/07/2020 19:12:39	DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCCHE	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Setembro de 2020

Assinado por:
Gesilani Júlia da Silva Honório
(Coordenador(a))

Endereço: Av.Madre Benvenutta, 2007
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.reitoria@udesc.br