



Sarita de Sá Reis

**O contexto da demanda pediátrica de 0 a 2 anos não urgente na Unidade de Pronto
Atendimento Venda Nova: Projeto de intervenção**

Belo Horizonte
2020

Sarita de Sá Reis

**O contexto da demanda pediátrica de 0 a 2 anos não urgente na Unidade de Pronto
Atendimento Venda Nova: Projeto de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador(a): Prof^ª. Fernanda Jorge Maciel

Belo Horizonte
2020

Ficha Catalográfica

R375c

Reis, Sarita de Sá.

O contexto da demanda pediátrica de 0 a 2 anos não urgente na Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova: projeto de intervenção. / Sarita de Sá Reis. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

48 f.

Orientador(a): Fernanda Jorge Maciel.

Projeto de Intervenção (especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Demanda Serviços de Urgência e Emergência. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Puericultura. I. Maciel, Fernanda Jorge. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 320

Sarita de Sá Reis

**O contexto da demanda pediátrica de 0 a 2 anos não urgente na Unidade de Pronto
Atendimento Venda Nova: Projeto de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador(a): Prof^ª. Fernanda Jorge Maciel

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^ª. Fernanda Jorge Maciel

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG)

Orientadora

Prof^º. Rodrigo Martins Machado

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG)

Avaliador

Alessandra Marinho Soares

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Avaliador

Belo Horizonte

2020

À querida Vó Eponina, meu exemplo de mulher!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar saúde e por me dar forças para enfrentar o ano de 2020. Não foi fácil!

Aos meus pais, pelo apoio incondicional em cada escolha minha e por me incentivarem a subir cada degrau da vida, sem desalentar com os obstáculos que encontramos nela. Por compreender os momentos ausentes, em que tive que focar nos estudos.

À Vó Eponina (*in memorian*), por me ensinar valores importantes nesta vida. Por ser exemplo de trabalho, dignidade, honestidade, amor e simpatia. Por ser uma mulher sempre à frente de seu tempo. Que saudade!

Ao querido Wilton, pela parceria, paciência e por me incentivar com muito carinho!

Aos colegas de trabalho da UPA Venda Nova, que foram os atores importantes deste enredo. Sem eles, este trabalho não seria tão especial. Nossa construção!

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por conceder a liberação para realizar esta pós-graduação.

À gestora da UPA Venda Nova, Márcia Verônica Melo de Mendonça, pelo apoio e contribuições com este trabalho.

À Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, instituição de excelência na área de educação em saúde, que nos promove qualificação profissional e amplia nossos conhecimentos. Os conhecimentos a nós ofertados nos transformam e nos fortalecem, para que possamos seguirmos firmes e cada vez mais comprometidos com o SUS.

Aos professores da ESP, por compartilhar conosco conhecimento, experiências e saberes, de maneira tão rica, sempre fomentando nosso desenvolvimento e potencial como trabalhador do SUS.

À minha orientadora, que com certeza, não poderia eu ter recebido outra melhor! Agradeço pela paciência, incentivo, pelas ricas contribuições a mim ofertadas. Cada incentivo, cada palavra, cada dica, tudo foi muito importante para meu crescimento, tanto profissional quanto pessoal. Fernanda, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: As Unidades de Pronto Atendimento foram criadas e implementadas para atender às demandas de urgências e emergências crescente no país para um atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros clínicos agudos ou crônico agudizados. Em levantamento realizado para avaliar a demanda por atendimentos clínicos classificados como não urgentes, percebeu-se um número relevante de atendimentos pediátricos, principalmente nos primeiros anos de vida da criança. Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde possui linhas de cuidado infantil, que visam assistência integral à saúde criança e, dentre elas, os cuidados de puericultura (0 a 5 anos). **Objetivo:** Este projeto de intervenção tem como objetivo compreender os possíveis fatores relacionados à procura por atendimento de crianças de 0 a 2 anos na UPA Venda Nova por condições clínicas pouco urgente ou não urgente, triados como verde ou azul pelo Protocolo de Manchester. **Desenvolvimento:** O projeto será desenvolvido em cinco etapas, que serão: exploratória com o gestor da APS; apresentação do projeto para a gestão regional; levantamento das percepções das equipes de saúde da família; levantamento das percepções dos pais/responsáveis; levantamento do perfil das crianças atendidas na UPA Venda Nova e sua distribuição no território, considerando local de residência. Como ferramentas de investigação, serão utilizadas discussões em grupos, informações dos usuários registradas na UPA, formulário durante atendimento na UPA. **Considerações finais:** Espera-se que este projeto de intervenção possa identificar quais são os fatores que provocam esta procura pela UPA para atendimento às situações clínicas não urgentes. Os resultados poderão embasar estratégias de melhorias que possam contribuir para que a atenção primária saúde e a unidade de pronto atendimento exerçam seus diferentes papéis no território.

Palavras – chave: Demanda serviços de Urgência e Emergência. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Puericultura.

ABSTRACT

The Emergency Care Units were created and implemented to meet the demands of emergencies and increasing emergencies in the country for a resolute care to patients affected by acute or chronic acute clinical conditions. In a survey conducted to evaluate the demand for clinical care classified as non-urgent, a relevant number of pediatric care was perceived, especially in the first years of the child's life. It is known that Primary Health Care has childcare lines, which aim at comprehensive child health care and, among them, childcare (0 to 5 years). This study aims to understand the possible factors related to the search for care of children from 0 to 2 years in the UPA Venda Nova for clinical conditions that are not urgent or non-urgent, screened as green or blue by the Manchester Protocol. The project will be developed in five stages, which will be: exploratory with the PHC manager, presentation of the project for regional management, survey of the perceptions of family health teams, survey of the perceptions of parents/guardians and survey of the profile of children assisted at UPA Venda Nova and their distribution in the territory, considering place of residence. Semi-structured questionnaires and UPA service forms will be used as research tools. It is expected that this intervention project can identify the factors that provoke this demand by the UPA to attend to non-urgent clinical situations. The results may support improvement strategies that can contribute to primary health care and the emergency care unit to play their different roles in the territory.

Keywords: Demand Emergency and Emergency Services. Primary Health Care. Family Health. Childcare.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Nomenclatura do Sistema Manchester de Classificação de Risco | 23 |
| Quadro 1 - Matriz das Redes de Atenção | 24 |
| Quadro 2 - Serviços da Rede de Urgência e Emergência de Belo Horizonte 2019..... | 26 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Média de consultas de puericultura em crianças menores de dois anos, segundo Índice de Vulnerabilidade Social, 2008 a 2017 | 30 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

| | |
|--------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CTI | Centro de Terapia Intensiva |
| EAAB | Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Equipe Saúde Família |
| ESP | Escola de Saúde Pública |
| FUNDEP | Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IVS | Índice de Vulnerabilidade Social |
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| PNAU | Política Nacional de Atenção às Urgências |
| RAU | Rede de Atenção às Urgências |
| SAD | Serviço de Atenção Domiciliar |
| SADT | Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico |
| SAMU | Serviço de Atendimento Médico de Urgência |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 | OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 17 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 17 |
| 3 | REVISÃO LITERATURA | 18 |
| 3.1 | Histórico das Políticas de Saúde de Urgência e Emergência | 21 |
| 3.2 | A Urgência e Emergência em Belo Horizonte | 25 |
| 3.3 | O cuidado às crianças na Atenção Primária Saúde em Belo Horizonte | 27 |
| 4 | CENÁRIO INTERVENÇÃO | 31 |
| 5 | DESENVOLVIMENTO | 33 |
| 5.1 | Etapa Exploratória | 33 |
| 5.2 | Etapa apresentação projeto para diretora saúde regional Venda Nova | 34 |
| 5.3 | Análise da distribuição territorial das crianças atendidas na UPA | 34 |
| 5.4 | Etapa levantamento percepções das Equipes de Saúde da Família | 35 |
| 5.4.1 | <i>Definição das Unidades de Saúde que participarão projeto</i> | 35 |
| 5.4.2 | <i>Seleção entrevistados e agendamento</i> | 36 |
| 5.4.3 | <i>Realização do encontro</i> | 36 |
| 5.5 | Percepção dos pais e responsáveis | 37 |
| 6 | CRONOGRAMA | 39 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| | ANEXO I | 45 |

1 INTRODUÇÃO

Em 2007, em projeto de iniciação científica durante a graduação de Farmácia, trabalhei com casos de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em retratamento de tuberculose. Essa foi minha primeira experiência profissional com o SUS. Ao longo da minha formação foram vários estudos, aprendizados e outros projetos no SUS. Nestas experiências, foi possível compreender mais sobre o sistema de saúde, seus objetivos, sua dimensão e amplitude enquanto política pública. Pude doar-me nestes trabalhos. Pelas vivências e aprendizados conquistados, identifiquei-me enquanto profissional da saúde com atuação na Saúde Coletiva. Desde então, tive a certeza de que estes anos de graduação e todo seu aprendizado seriam retribuídos no ambiente em que me identifiquei como profissional e no qual almejava dar o melhor de mim com prazer: o SUS!

Como farmacêutica atuo no SUS desde 2010. Em 2012 iniciei as atividades em um serviço de Pronto Atendimento. Mais um novo desafio, um novo aprendizado: a urgência e emergência. Foi nesse ambiente que pude ter contato com profissionais de várias categorias e aprender muito com eles. Uma troca rica de conhecimentos! Foi também onde passei a ter contato direto com o paciente, a interagir, ouvir e escutá-los. E aqui entra a parte prática da teoria que a faculdade nos ensina: saber escutar e observar o nosso paciente. E ao observar, ouvir e conhecer os anseios dos usuários em relação à saúde, podemos entender além da nossa ótica, podemos olhar e compreender a saúde de vários ângulos. Os usuários nos mostram nas unidades de saúde, nos conselhos locais ou nas ouvidorias, as necessidades de mudanças de serviços ou do sistema de saúde. E nós, profissionais do SUS, devemos observar as lacunas existentes no sistema, de modo que possamos atuar na proposição de mudanças que promovam melhorias nos serviços de saúde.

Vivenciamos, a partir de 2016, uma crise financeira e a implantação de políticas de austeridade que refletiram significativamente na saúde da população brasileira. A redução da renda da população provoca um aumento da demanda pelos serviços públicos de saúde. Neste contexto de crise, as medidas de austeridade fiscal contribuem para deterioração das condições de saúde, uma vez que há redução de gastos nas políticas sociais, o que implica redução de gastos na saúde. Diante destas situações, há um incremento de usuários no SUS, que por sua vez terá sua capacidade de resposta reduzida, diminuindo o acesso, a oferta e a qualidade dos serviços (SULPINO, 2016). Esse cenário macroeconômico trouxe reverberações na prática dos

trabalhadores do SUS. De lá pra cá, observamos que nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Belo Horizonte, o número de atendimentos aumentou significativamente desde 2017 (BELO HORIZONTE, 2019). Percebemos unidades lotadas, excedendo sua capacidade de atendimento. Vemos pacientes insatisfeitos com o atendimento prestado e trabalhadores exaustos pela sobrecarga de trabalho e/ou pelas condições de trabalho insatisfatórias.

É perceptível por todos, trabalhadores, gestores e usuários, a alta demanda de pacientes que procuram atendimento na Unidade de Pronto Atendimento Venda Nova. Os profissionais, muitas vezes, questionam os agravos que atendem por serem, em alguns casos, situações de saúde que poderiam ser atendidas nas unidades básicas de saúde (UBS). A maioria dos pacientes que passam pelo acolhimento e classificação de risco pelo Protocolo de Manchester, não são classificados como de urgência ou emergência. A maioria trata-se de situações clínicas poucos urgentes, que poderiam ser atendidas e resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que estas unidades possuem equipe qualificada e estrutura organizacional para atendimento dos casos que exijam menor densidade tecnológica, além de ser preferencialmente a porta de entrada do usuário no SUS. Observamos, assim, que cada vez mais a urgência/emergência tem se tornado a porta de entrada do usuário no SUS, o que pode prejudicar a criação do vínculo do usuário com a APS e, assim, fragmentar a longitudinalidade e a corresponsabilização no cuidado em saúde, e contribuir para que o usuário tenha a UPA como referência de cuidado para seus agravos de saúde.

Muitos de nós, profissionais da saúde, carregamos conosco um estigma de “uso inadequado” da UPA por estes usuários. Por demandarem atendimento devido a condições clínicas de baixo risco (ex: estado febril, vômito, inflamação) e que poderiam ser resolvidas na APS, fazemos nossas pressuposições e julgamentos sobre estes pacientes. Inferimos que os usuários fazem uma escolha equivocada ao procurarem atendimento na urgência. Julgamos e culpabilizamos o usuário por procurar assistência no pronto atendimento e, assim, sobrecarregar o serviço. Muitas vezes não compreendemos a visão que o usuário tem sobre o cuidado e atendimento em saúde, quais são suas necessidades ou quais são as possíveis falhas do sistema que dificultam que suas demandas não sejam satisfeitas e que o faz procurar atendimento na UPA e não em sua UBS. É necessário nos despirmos desses julgamentos prévios para melhor compreendermos o que de fato leva o usuário a procurar determinados serviços. A demanda existe, e cabe a nós, trabalhadores, entender o que pode ser feito a partir do diálogo com a própria comunidade.

Na UPA Venda Nova, temos buscado construir essa maior proximidade com a comunidade e contamos com um Conselho Local de Saúde, composto por trabalhadores, gestores e usuários. Esse conselho reúne-se mensalmente para avaliar e propor melhorias na assistência prestada. Por vezes, a temática “superlotação” da UPA é foco de debate. Para discutirmos esse tema nas reuniões, fazemos uma análise dos motivos que levam à procura pela UPA por pacientes de agravos que não exigem atendimento rápido (não urgentes). Explicamos aos conselheiros o tipo de atendimento desta unidade, de acordo com atribuições normatizadas pela Política Nacional de Urgência (PNAU) e sobre a priorização de atendimento de acordo com a gravidade do paciente, triados pelo protocolo de classificação de risco de Manchester. Explicamos e mostramos, de maneira simples, os atendimentos que poderiam ter sido realizados na atenção primária à saúde e da importância desse atendimento na APS, pois o paciente já tem toda sua história clínica conhecida pela equipe, o que favorece um cuidado integral e de qualidade. E caso não tenha vínculo, esse seria o momento ideal para início da construção dessa relação de cuidado.

Em uma de nossas reuniões, foi proposto pelos usuários do Conselho que fizéssemos um levantamento da demanda espontânea dos atendimentos pouco urgentes ou não urgentes, triados como verde e azul, respectivamente, que chegavam à UPA Venda Nova. Aqui nos referimos à demanda que não foi encaminhada por outro serviço de saúde, ou seja, nos referimos ao usuário que por si procurou a unidade. O objetivo era verificar quais unidades básicas de saúde tinham o maior percentual de pacientes que procuravam a UPA, nesses critérios. Deste levantamento, seria feito um trabalho juntamente com a comissão local das unidades básicas de saúde, cujos usuários apareciam com maior frequência na UPA. A ideia era fazer uma roda de conversa nestas unidades, sobre a UPA e suas características, sobre urgência e emergência, e sobre a importância do encaminhamento referenciado para esta unidade. Acreditamos na parceria com os conselhos locais, que junto às comunidades, lutam por melhorias na saúde.

A partir de um levantamento das fichas de atendimento, para elencar apenas as unidades básicas de saúde (como proposto), percebemos que havia um número significativo de atendimentos infantis triados como verde e azul. Essa situação também é refletida em outros níveis de atenção, como o terciário. Estudo realizado no ambulatório de urgência e emergência de um hospital pediátrico de Belo Horizonte, após implantação do acolhimento com classificação de risco, entre setembro de 2007 e setembro de 2008, constatou que 56,9% dos pacientes foram triados como pouco urgentes e não urgentes (RATI *et al*, 2012). Isto reforça

nossa percepção que há demanda por atendimento nos serviços de urgência e emergência por condições que poderiam ter sido resolvidas na APS.

Sabemos que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças é de fundamental importância para promover o crescimento saudável, fomentar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, além de identificar situações de risco e atuar de forma precoce, para que a criança possa crescer e desenvolver integralmente (BELO HORIZONTE, 2020).

Estas ações são desenvolvidas através do programa de Puericultura, no âmbito da atenção primária à saúde, sendo a Equipe de Saúde da Família a promotora deste cuidado. O programa possui ações sistematizadas e de atuação multidisciplinar, que objetiva ampliar o acesso e garantir a qualidade do atendimento às crianças (de 0 a 5 anos) através da organização do trabalho em equipes e da sistematização do atendimento (BELO HORIZONTE, 2020).

Para que esse acompanhamento possa ocorrer integralmente e que possa consolidar-se na comunidade, é necessário que os pais ou responsáveis criem vínculo com a equipe de saúde. Os profissionais de saúde são o elo importante desse processo. Eles devem buscar sempre aproximar-se dos pais e da comunidade, realizando atividades centradas na atenção primária, e promover estratégias de Educação em Saúde, com foco na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo no processo de cuidado (VASCONCELOS, 2012).

A partir da identificação desse elevado número de atendimentos de crianças classificadas como pouco ou não urgentes na UPA Venda Nova, ficamos instigados a entender as causas disso.

Na literatura, são relatados diversos motivos para a procura por atendimento nas unidades de urgência relacionados às características do atendimento na Atenção Básica, como: atendimento precário, falta de confiança no serviço, demora no atendimento e a necessidade de chegar cedo para conseguir passar pelo acolhimento. Os usuários procuram as UPAs por visualizar que este serviço proporcionará facilidades e garantia de atendimento, tendo acesso à consulta médica e à realização de exames complementares, resolvendo, com isso, seu problema de saúde, sem a necessidade de aguardar o agendamento em outros serviços (ROCHA, 2005).

Também tem sido apontada a relação entre a busca por atendimentos em pronto atendimentos e a percepção que os usuários têm de cada nível de atenção à saúde, em termos de complexidade que possuem e resolutividade que podem proporcionar. Muitos usuários acreditam que as UPAs apresentam uma capacidade tecnológica e uma equipe profissional mais

especializadas, e que, assim, esse serviço poderá resolver de maneira imediata e resolutive o seu problema de saúde, sem a preocupação com a continuidade do tratamento. Essa visão, que alguns usuários possuem do sistema de saúde, provoca um fluxo de procura atendimento às condições que poderiam ser atendidas na atenção primária à saúde inversa à lógica proposta pelo SUS. Cria-se assim uma banalização da APS e uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica (BRASIL, 2011a). Diante disso, assim como observamos na UPA Venda Nova, a literatura aponta que, muitas vezes, o paciente não chega a procurar a sua unidade de saúde de referência para avaliar sua(s) queixas (s) de saúde. Este já se direciona à UPA em busca de resolução de sua demanda, que por vezes seria resolvida no centro de saúde (ROCHA, 2005).

Para, então, compreender, na situação específica da UPA Venda Nova, o que tem levado a tantos atendimentos pouco ou não urgentes de crianças de 0 a 2 anos, acreditamos ser importante considerar não apenas os dados disponíveis, mas também a percepção dos atores envolvidos: Famílias, profissionais da APS e profissionais da UPA. Isso porque compreendemos que todos eles são parte integrante no processo de cuidado, e podem possuir percepções diferentes sobre a situação/problema e seus condicionantes. A partir da problemática central deste trabalho, pretendemos responder às seguintes questões: Por que esta criança chega até à UPA? Quais as principais condições de saúde que levam os pais/responsáveis a buscarem a UPA? Como podemos minimizar a demanda na UPA nas situações que possam ser resolvidas na APS? Qual a percepção do usuário sobre os serviços de saúde do território? Qual a percepção dos pais/responsáveis sobre os serviços da UPA?

Partindo deste contexto, como profissional da UPA Venda Nova e como aluna do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde Pública (ESP) de Minas Gerais, pretendo responder a essas perguntas, por meio da elaboração de um projeto de intervenção.

Considerando, tanto a minha percepção como profissional de saúde da UPA Venda Nova, quanto as evidências científicas que reforçam esta tendência de aumento de atendimentos de pessoas em situações não urgentes em Unidades de Pronto Atendimento, este projeto de intervenção será importante para explorar as causas desse fenômeno em meu contexto e realidade de trabalho. A partir disso, em conjunto com a comunidade e as equipes de saúde da regional, os resultados poderão embasar estratégias de melhorias que possam contribuir para que a APS e a unidade de pronto atendimento exerçam seus diferentes papéis no território em que atuam.

2 OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Objetivo geral:

Compreender os possíveis fatores relacionados à procura por atendimento de crianças de 0 a 2 anos na UPA Venda Nova por condições clínicas pouco urgente ou não urgente, triados como verde ou azul pelo Protocolo de Manchester de classificação de risco.

2.2 Objetivos específicos:

- 1) Compreender a percepção dos profissionais das Equipes Saúde da Família do território sobre os determinantes que levam os pais/responsáveis a procurarem atendimentos na UPA.
- 2) Compreender o que motiva pais/responsáveis a buscarem a UPA Venda Nova para atender às crianças de 0 a 2 anos.
- 3) Analisar a distribuição territorial das crianças atendidas como pouco ou não urgentes na UPA Venda Nova, considerando seus locais de residência.

3 REVISÃO LITERATURA

Iremos abordar, nessa revisão de literatura, alguns conceitos, políticas de saúde e seus contextos, que podem estar relacionados à situação-problema identificada nesse projeto de intervenção, por entendermos que isso pode nos ajudar a melhor compreendê-la e a propor estratégias de intervenção. Para tanto, é importante resgatarmos, ainda que de forma sucinta, como se organiza o Sistema Único de Saúde em termos de tipos de serviços existentes e seu objetivo na rede, para, então, aprofundarmos no papel de uma UPA para o cuidado em saúde ao usuário.

É importante sabermos que os serviços se diferenciam, dentre outros aspectos, por terem diferentes densidades tecnológicas, que se referem à tecnologia e aos equipamentos utilizados nos serviços. Quanto maior a densidade tecnológica de um ambiente de saúde, maior o aparato tecnológico de ponta e maior o custo unitário. Serviços, como a APS, possuem menor densidade tecnológica, enquanto os serviços, como a atenção hospitalar, apresentam maior densidade tecnológica. Em um sistema de saúde, serviços de alta densidade tecnológica possuem maior abrangência territorial, sendo referência para uma região de saúde, dado que lidam com determinadas condições de saúde, que se apresentam menos frequentemente na população. Por outro lado, condições mais frequentes, em geral, podem ser cuidadas com estratégias de promoção, prevenção e assistência que requerem menor densidade tecnológica e, por isso, podem ser realizadas pela APS.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde está inserida no território, próxima ao cotidiano de vida dos usuários, e tem como papel promover ações de saúde e cuidado no território, desenvolvendo uma atenção integral, de caráter individual e coletivo. Assim, a APS é, preferencialmente, a porta de entrada dos usuários no SUS, responsável por acolher e criar vínculo com aquela população do seu entorno, de modo a resolver grande parte das demandas de saúde. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica oferta tanto ações preventivas quanto curativas, mediante cuidado multiprofissional e interdisciplinar, proporcionando assim, o cuidado integral à população. Promove a longitudinalidade do cuidado, ao acompanhar as pessoas ao longo da vida,

conhecendo a história clínica e os efeitos das intervenções em saúde ao longo do tempo (BRASIL, 2011).

Desse modo, a Atenção Básica foi concebida para ser o eixo central do cuidado no SUS, por atuar no território e conhecer sua população, o que possibilita à APS agir nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade. Quando é necessário, a APS deve se utilizar dos outros serviços que compõem a rede, referenciando o paciente aos demais níveis de atenção.

Dentre os serviços disponíveis nos demais níveis de atenção da rede, a atenção ambulatorial especializada caracteriza-se por desenvolver um conjunto de práticas, ações, conhecimentos e técnicas assistenciais mais especializadas e por possuir aparato estrutural de maior densidade tecnológica. Nesse nível assistencial, são ofertadas consultas médicas especializadas, além do Serviço Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT). O SADT é um conjunto de exames e/ou procedimentos que auxiliam no processo de diagnóstico clínico ou realizam procedimentos terapêuticos específicos para pacientes. É composto por serviços de patologia clínica, raio – x ultrassom, terapia especializada, citopatologia, dentre outros (SOLLA; CHIORO, 2012).

Sendo referência para a Atenção Básica, dentro da lógica de hierarquização e regionalização com que se constituiu o SUS, é necessário que os níveis de atenção da rede estejam integrados entre si, através dos fluxos de referência e contrarreferência do usuário na rede, para que os pacientes que necessitem de cuidados especializados possam ser encaminhados para este nível de atenção, promovendo a continuidade e integralidade do cuidado em saúde (SOLLA; CHIORO, 2012).

A Atenção Hospitalar é um ambiente de práticas de cuidados e saberes ainda mais especializados, sendo estruturalmente mais complexa e com maior densidade tecnológica em comparação aos demais níveis de atenção da Rede de Saúde. De caráter multiprofissional e interdisciplinar, é responsável pela assistência aos usuários com condições que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, necessitando, em geral, de assistência contínua em regime de internação (BRASIL, 2013).

No SUS, o acesso à atenção hospitalar é organizado através das Centrais de Regulação, que adotam critérios de risco e vulnerabilidades para direcionar o fluxo de atendimento hospitalar, permitindo assim, equidade no acesso. Para garantir a resolutividade da atenção, o

hospital deve se organizar como um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de forma regionalizada, articulada com outros serviços e com acesso regulado.

A Atenção Hospitalar concentra os procedimentos de maior densidade tecnológica e de maior custo, como os Centros de Terapia Intensiva (CTI), centro cirúrgico, serviço transfusional, transplante de órgão, toxicologia, radioimagem, entre outros. Dentro do escopo hospitalar, muitos procedimentos são programáveis, denominados de eletivos, cuja realização pode ser agendada para um período futuro, sem risco aos pacientes, visto que não são procedimentos de urgência ou emergência. Considerando que a atenção hospitalar atua não apenas com demandas programadas ou eletivas, é importante compreendermos o que são as urgências e as emergências em saúde.

São considerados casos de urgência e emergência, de acordo com a ótica biomédica, condições clínicas que necessitam de rápida intervenção assistencial, evitando potencial risco de morte ou condições incapacitantes. A diferenciação dos dois conceitos está relacionada ao risco de morte. A emergência é caracterizada por condição clínica com risco iminente de morte, cuja intervenção assistencial deve ser imediata. A urgência é uma condição clínica aguda, sem risco iminente de morte, havendo risco de evolução para complicações mais graves ou até mesmo morte (JACQUEMOT, 2005). Para lidar com essas situações de urgência ou emergência, há, além dos serviços hospitalares, aqueles denominados de serviços pré-hospitalares, que podem ser móveis ou fixos.

O componente Pré-Hospitalar Móvel, denominado Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) caracteriza-se por prestar um pronto atendimento às pessoas acometidas por algum agravo à saúde, após acionamento do serviço via central de regulação do SAMU – 192. Esse serviço móvel presta atendimento imediato ao usuário e realiza o transporte seguro até outro nível de atenção, de acordo com a necessidade. Esse componente pré-hospitalar também possui um componente regulador (central regulação) e equipe assistencial específica (BRASIL, 2003; O'DWYER *et al.*, 2017).

O componente pré-hospitalar fixo compreende as unidades básicas de saúde, salas de estabilização e as unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, também denominadas de unidades de pronto atendimento (UPA) (BRASIL, 2011b).

A Unidade de Pronto Atendimento trata-se do principal componente pré-hospitalar fixo, e tem como característica o funcionamento 24 horas por dia e devem estar aptas a prestar

atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, especialmente os que se enquadrem como urgência ou emergência. Sua estrutura possui densidade tecnológica intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades hospitalares (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, as UPAs servem como referência para atendimento a pacientes com quadro clínico agudo de qualquer natureza. Também atendem os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando as unidades da Atenção Básica não estão ativas, servindo como retaguarda para as equipes da APS. Este serviço, por atender de forma descentralizada aos pacientes com quadros agudos, que usualmente procurariam a atenção hospitalar, tem o papel de reduzir a sobrecarga dos hospitais. Quando recebem casos mais graves, as unidades de pronto atendimento fazem estabilização do paciente crítico e funcionam como entreposto para atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2006).

Além disso, as UPAs desenvolvem ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar e em articulação com outros serviços da rede, tais como atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, de acordo com as necessidades de cada usuário e proporcionando uma continuidade do tratamento.

O Componente pós-hospitalar da rede de urgência e emergência compreende o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que promove cuidado aos pacientes egressos de hospitais e das UPAs. Seu objetivo é reduzir o tempo de internação hospitalar e custos com internação e proporcionar uma assistência mais humanizada, integral, e centrada no usuário (SOUZA *et. al*, 2019).

3.1 Histórico das Políticas de Saúde de Urgência e Emergência

Nas últimas décadas, o Brasil assistiu a uma mudança demográfica progressiva. De uma sociedade majoritariamente rural, com famílias numerosas e elevado risco de morte na infância, passou a ser a uma sociedade predominantemente urbana. Evidenciamos a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da importância de doenças crônico-degenerativas (VASCONCELOS, 2012), associado ao aumento da expectativa de vida da população. Em relação às principais causas de morte, temos as doenças crônicas não transmissíveis, seguidas das violências.

Diante das mudanças do perfil de morbimortalidade pelo qual o país passou nas últimas décadas, temos observado necessidade de implementação de políticas públicas para atendimento à crescente demanda dos serviços de urgência. Para orientar a organização de serviços de urgência e emergência, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2002, 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, base para a formulação de uma política de urgência, ainda não estruturada no país até então (BRASIL, 2002).

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Urgência, que descentralizou o atendimento dos pronto-socorro hospitalares (BRASIL, 2003) e, em 2011, definiu-se a necessidade de uma rede de urgência, com regionalização e reorganização dos serviços pré-existent (O'DWYER et al, 2017). Houve a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências com a criação da Rede de Atenção às Urgências (RAU), que tinha como finalidade avançar na articulação e integração de todos os equipamentos de saúde (BRASIL, 2011a). Essa política traz a ideia do serviço contínuo e interligado, como uma trama de rede, com o intuito de promover um cuidado mais integral e integrado, buscando superar a fragmentação das ações e serviços de saúde.

No estado de Minas Gerais, em 2004, foi criado o Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências, cujo objetivo era definir políticas públicas para consolidação de Sistema Estadual de Urgências e Emergências para o estado (MINAS GERAIS, 2004).

Naquele contexto, o processo de regionalização da atenção à saúde no estado já se encontrava em curso e, por isso, essa foi uma diretriz importante para organização também dos serviços de urgências (MARQUES, 2009). Nesse sentido, os serviços de Urgências e Emergências foram compreendidos como uma rede temática, cuja implantação deveria seguir o Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais (MARQUES, 2009). Assim, o governo estadual pretendia criar uma trama de atendimento interligado desde a atenção básica até os serviços pós hospitalares, tal qual a política nacional previa.

Somado a isto, o modelo proposto para a rede tinha como objetivo evitar a demanda espontânea ao atendimento hospitalar. A intenção era que a rede propiciasse o encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para o caso, e que promovesse a assistência mais eficaz no menor tempo possível (MARQUES, 2009).

Os pontos de atenção da Rede de urgência e emergência do estado englobam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Hospitais de Urgência Básica, as unidades não

hospitalares de atendimento às urgências (UPAs) e os Hospitais Micro e Macrorregionais (CONASS, 2015). Como ferramenta para classificar os casos a serem atendidos em cada ponto da rede, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais optou por utilizar como ferramenta de triagem e atendimento em toda a rede de urgência, o Protocolo de Manchester (CONASS, 2015). Tal configuração permitiu desenhar as matrizes das Redes de Atenção, com definição dos pontos de atenção, a competência ou responsabilidade de cada ponto e a respectiva área de abrangência (MARQUES, 2009), como visto no quadro abaixo (quadro 01).

O Protocolo de Manchester classifica a condição de saúde do usuário a partir de informações da queixa inicial e dos sinais e sintomas que o motiva a procurar o serviço, com o objetivo de priorizar o atendimento por risco clínico, e não por ordem de chegada, permitindo assim, que as condições mais graves sejam priorizadas e prontamente atendidas (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018).

A triagem classifica o paciente baseado em fluxograma de queixa principal que, ao final do processo, identifica uma prioridade de atendimento representado por cores, que simbolizam o risco de vida e o tempo para atendimento, como demonstrado na figura 01.

| Nº | Nome | Cor | Tempo-resposta máximo (min.) |
|----|---------------|----------|------------------------------|
| 1 | Emergência | Vermelho | 0 |
| 2 | Muito urgente | Laranja | 10 |
| 3 | Urgente | Amarelo | 60 |
| 4 | Pouco urgente | Verde | 120 |
| 5 | Não urgente | Azul | 240 |

Figura 01: Nomenclatura do Sistema Manchester de Classificação de Risco.

Fonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
|------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| PRIMÁRIA | CallCenter, SAMU 192 | Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância. | Município |
| | Domicílio | Identificar sinais de alerta; acionar o 192. | Município |
| | Unidade Básica de Saúde/PSF | 1º atendimento vermelho , laranja e amarelo Resolve verde e azul | Município |
| | “Hospital de Pequeno Porte” | 1º atendimento vermelho , laranja e amarelo Atendimento vermelho , laranja e amarelo de acordo com protocolos Resolve amarelo e verde Resolve azul , fora do horário da UBS Acolhe azul | Município |
| SECUNDÁRIA | Unidade de Urgência não Hospitalar * | 1º atendimento vermelho e laranja Resolve amarelo e verde Resolve azul fora do horário da UBS Acolhe azul | Município > 200.000 habitantes |
| | Hospital Microrregional sem UTI | 1º atendimento vermelho e laranja Resolve vermelho e laranja conforme protocolos Resolve amarelo e verde Acolhe azul | Microrregião |
| | Hospital Microrregional com UTI | 1º atendimento para vermelho e laranja Resolve vermelho e laranja conforme protocolos Resolve amarelo e verde Atendimento referenciado segundo protocolo Acolhe azul | Microrregião |
| | SAMU | Atendimento a vermelho , laranja e amarelo Orientar verde e azul | Microrregião |
| TERCIÁRIA | SAMU | Atendimento a vermelho e laranja e amarelo Orientar verde e azul | Macrorregião |
| | Pronto Socorro Hosp. Macro | Atendimento a vermelho , laranja e amarelo Acolhe verde e azul | Macrorregião |
| | Hospital Macrorregional | Atendimento a vermelho , laranja e amarelo Acolhe verde e azul | Macrorregião |

QUADRO 01: Matriz das Redes de Atenção.

Fonte: Brasil: Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais

3.2 A Urgência e Emergência em Belo Horizonte

Assim como vimos a situação epidemiológica no Brasil, Belo Horizonte também apresentou aumento da demanda por atendimentos de urgências por causas violentas, sendo colisão a mais representativa (19,28%), seguida por atropelamento (BELO HORIZONTE, 2003).

Anteriormente à Política Nacional de Atenção às Urgências, a cidade não contava com um sistema organizado e sistematizado para esses atendimentos. Os atendimentos de urgência eram caracterizados por atendimentos hospitalares, os chamados “pronto-socorro”, tanto públicos quanto privados. Os pronto-socorros recebiam os agravos agudos à saúde não só da capital mineira, bem como das cidades da região metropolitana. Estimava-se que 30% dos atendimentos das urgências eram oriundos da região metropolitana (CARVALHO, 2008). Nesta conjuntura, as unidades de urgência de média e alta complexidade atendiam naquele momento às demandas da atenção primária, da atenção especializada ou de quaisquer outros níveis do sistema que apresentassem baixa resolutividade ou acolhimento inadequado (CARVALHO, 2008).

Para sanar o problema foram criadas, em 1985, as UAPUs - Unidade de Atendimento de Pequenas Urgências que tinham como objetivo descentralizar os atendimentos de urgência de menor complexidade, desafogando os hospitais da capital, dentre eles os Hospital de Pronto Socorro João XXIII e o Serviço de Urgências Clínicas e Cirúrgicas SUCC do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), implantado nas dependências da Santa Casa (ROCHA, 2005).

A criação da urgência e emergência municipal teve início em 2003, com o funcionamento do SAMU/BH. A partir disso, foi iniciada a construção formal da Grade de Urgência, que relaciona os serviços ao seu respectivo grau de complexidade, pactuada entre todas as portas de entrada da urgência, SAMU, atenção básica e especializada. No município essa grade foi organizada em: clínica, trauma, saúde mental e obstetrícia (CARVALHO, 2008).

Ainda para organizar a rede de urgência do município, foi realizada articulação entre os componentes pré-hospitalar fixo e móvel, hospitalar e pós hospitalar, associando a eles mecanismos de coordenação assistencial à partir do Centros de Saúde. Essa ação visava garantir fluxos de atendimentos mais coerentes e capazes de impactar na qualidade da assistência prestada (MARTINS; RATES; LIMA, 2012).

Ao longo desses anos, a urgência e emergência no município foi se organizando e consolidando seus serviços. Articulada com os demais níveis de atenção, tem permitido uma interface com a Atenção Primária à Saúde e as unidades hospitalares, constituindo-se cada vez mais como uma rede que objetiva promover o cuidado integral à saúde dos usuários do SUS-BH (MARTINS; RATES; LIMA, 2012).

Atualmente, Belo Horizonte possui nove Unidades de Pronto Atendimento, uma por regional do município, de modo a compor a organização de saúde das regionais e permitir o acesso da população aos serviços de urgência. Conta também com SAMU - 192 e 16 hospitais geral, dentro do próprio sistema, que perfazem a rede SUS-BH de atendimento às urgências, descrita no quadro 02.

Mesmo com todo esse processo de organização e articulação da rede de saúde do município, desde a implantação das UPAs no município, tem-se observado alta procura por esses serviços para demandas que deveriam ser atendidas em outros níveis de atenção à saúde. Alguns estudos demonstram a insatisfação dos usuários com a APS. De acordo com Rocha (2005), a falta de profissionais (médico), acolhimento com horário demarcado, demora na marcação de consultas especializadas, o que provoca longo tempo de espera (meses a anos), demora na marcação de exames laboratoriais, falta de exame radiológico são algumas das insatisfações apontadas por usuários em relação à atenção primária.

| Serviços | | |
|--|-------|--------------------|
| Pré Hospitalar | Móvel | SAMU |
| | Fixo | UPA Barreiro |
| | | UPA Centro Sul |
| | | UPA Leste |
| | | UPA Nordeste |
| | | UPA Noroeste – HOB |
| | | UPA Norte |
| | | UPA Oeste |
| | | UPA Pampulha |
| | | UPA Venda Nova |
| | | Hospitalar |
| Hospital das Clínicas | | |
| Hospital Metropolitano Odilon Behrens | | |
| Hospital Júlia Kubitscheck | | |
| Hospital Alberto Cavalcante | | |
| Hospital Risoleta Tolentino Neves | | |
| Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII/CGP) | | |

Quadro 02: Serviços da Rede de Urgência e Emergência do município de Belo Horizonte, 2019

Fonte: GEUG/SMSA

3.3 O cuidado às crianças na Atenção Primária Saúde em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, utilizamos a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídas nas unidades, denominadas de Centros de Saúde. A APS no município é orientada pelos princípios do SUS e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, que são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011a).

Os Centros de Saúde possuem as equipes de saúde da família formadas por enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal. Cada equipe é responsável por um determinado número de famílias em uma área geográfica definida e conta também com os profissionais de apoio: clínico, ginecologista, pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, educador físico e equipe de zoonoses. Todos estes profissionais compõem a APS e são responsáveis pela assistência, prevenção de doenças, promoção da saúde, coordenação do cuidado, monitoramento e acompanhamento da população de sua área de abrangência. Alguns dos serviços ofertados pela APS são: escuta pela equipe, vacinação, consultas, curativos, farmácia, grupos operativos, visitas domiciliares, controle de vetores (BELO HORIZONTE, 2020).

O SUS produz políticas públicas com enfoque para a saúde da criança, que em conjunto com outras políticas com enfoque social contribuem para promover o bem estar físico e social da criança. Podemos citar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), a Estratégia Brasileira e Brasileirinhos Saudáveis, como algumas das ações desenvolvidas no âmbito do SUS (BRASIL, 2015).

Em 2015 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), pautada em diretrizes e eixos estratégicos que visam promover cuidados integrais e integrados da criança, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015). É considerada um marco para a atenção integral à criança, por fomentar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e integralidade do cuidado.

O eixo III da PNAISC consiste na vigilância em saúde e estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI), por meio de ações e programas desenvolvidos na atenção básica à saúde (BRASIL, 2015).

Conforme diretrizes nacionais, o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, denominado de puericultura, é uma importante e prioritária oferta de cuidado à saúde infantil promovida pela Atenção Primária à Saúde, sob responsabilidade de todos os profissionais da ESF. Além disso, é uma ferramenta potente para a integralidade do cuidado infantil, pois é uma atividade dinâmica e de baixa complexidade, que oportuniza a implementação da vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil (VIEIRA et. al, 2018).

Belo Horizonte, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, criou e implantou seu Protocolo de Puericultura, pautado em ações estratégicas para promoção, prevenção e educação em saúde, cujas práticas são estruturadas para promover o desenvolvimento saudável da criança. No protocolo do município, o acompanhamento é ofertado às crianças do nascimento até os 5 anos de idade. As consultas ofertadas são intercaladas entre pediatra e enfermeiro, além do grupo educativo (ações educativas), propiciando a atuação de toda a equipe (BELO HORIZONTE, 2020).

Na “Estratégia Primeira Semana, Saúde Integral”, que ocorre na primeira semana de vida, estão programadas as visitas domiciliares nas primeiras 72 horas, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou pela ESF, e os “cuidados do quinto dia”, que devem ocorrer do 3º ao 5º dia de vida da criança. Tais ações envolvem: primeira consulta de puericultura da criança, primeira consulta da puérpera, avaliação do vínculo mãe e bebê, verificação das condições de alta da maternidade do bebê e da puérpera, apoio à mulher e bebê no aleitamento materno, teste do pezinho, vacinas, verificação de encaminhamentos da criança pela maternidade para acompanhamento em ambulatório especializado, identificação de bebês com vulnerabilidades clínicas e sociais e agendamento da consulta para a puérpera e bebê, conforme calendário de risco habitual ou de alto risco (BELO HORIZONTE, 2019).

O calendário de puericultura de risco habitual preconiza 07 consultas de puericultura e três grupos operativos no primeiro ano de vida. No segundo ano de vida, 02 consultas e, dos três aos os dezoito anos, uma consulta anual. O protocolo de puericultura define os meses de vida e a respectiva consulta a ser realizada pelo pediatra ou enfermeiro. Traz também as

condutas e ações desenvolvidas por cada profissional em sua consulta. Vale ressaltar que o profissional técnico de enfermagem também participa do cuidado na puericultura, ficando a cargo da pós consulta, com seu registro de dados e orientações sobre as condutas, dúvidas da consulta e sobre medidas preventivas e curativas (BELO HORIZONTE, 2020).

Apesar de vários programas de fortalecimento da Atenção Primária e de incentivos ao cuidado infantil, vários autores apontam fatores determinantes para não adesão dos pais à consulta de puericultura, bem como as fragilidades do sistema, que provocam o não seguimento da criança na puericultura. Em estudo sobre a frequência de utilização do serviço de puericultura no SUS e fatores associados, Vitoro *et al* (2010) identificaram que 66,2% das mães consideravam desnecessário o acompanhamento regular da criança na puericultura. Isto corrobora a hipótese dos autores que a percepção de saúde para muitos ainda é a ausência de doença. Dificuldades com acesso ao serviço foi relatado por 21,7% dos responsáveis, relacionadas ao agendamento de consulta e insatisfação com o atendimento dos profissionais.

Cabe lembrarmos que um dos preceitos principais do cuidado na APS é o vínculo com o usuário. Se esta relação de cuidado não ocorrer de maneira contínua e efetiva, há grandes chances de não haver acompanhamento da puericultura pelos responsáveis e, por consequência, desfavorecer o cuidado em saúde ao longo dos anos. A Educação em Saúde é uma das estratégias que pode potencializar a vinculação do usuário à ESF e fortalecer o cuidado. Utilizando a Educação Permanente em Saúde (EPS), Vansconcelos *et al* (2012) demonstra a importância da ferramenta como forma de aproximação das pessoas com a APS, com foco na promoção da saúde e no empoderamento do indivíduo sobre seus cuidados de saúde.

É importante também avaliarmos a cobertura do serviço de puericultura. Embora os dados na literatura sejam escassos e antigos sobre isso, estudos existentes apontam uma alta cobertura de puericultura. Em São Luiz, Silva *et. al* (1999) demonstraram cobertura de 80% em crianças de 1 a 23 meses e, em São Paulo, Monteiro *et. al* (1984-1985) observou uma cobertura de 98% em crianças de 12 a 59 meses de idade.

Em Belo Horizonte, o número de consultas de puericultura vem crescendo ao longo dos anos. De 2008 a 2017 a média de consultas anual dobrou em todas as faixas do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), embora ainda estejam longe do preconizado, que são 08 consultas na faixa etária de 0 a 2 anos.

| IVS | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Muito Elevado | 1,77 | 2,25 | 2,77 | 3,03 | 2,99 | 2,92 | 3,25 | 3,49 | 3,45 | 3,97 |
| Elevado | 1,74 | 2,17 | 2,96 | 3,29 | 3,05 | 3,05 | 3,39 | 3,38 | 3,48 | 3,79 |
| Médio | 1,82 | 2,26 | 2,90 | 3,18 | 3,22 | 3,11 | 3,40 | 3,42 | 3,52 | 3,96 |
| Baixo | 1,78 | 2,15 | 2,83 | 3,22 | 3,08 | 3,17 | 3,48 | 3,43 | 3,41 | 3,82 |
| S/ Classificação | 2,16 | 2,73 | 3,56 | 3,97 | 3,89 | 3,95 | 4,16 | 4,15 | 4,12 | 4,56 |
| Total | 1,87 | 2,32 | 3,02 | 3,36 | 3,29 | 3,28 | 3,57 | 3,58 | 3,62 | 4,04 |

Tabela 01: Média anual de consulta de puericultura em crianças menores de dois anos, segundo Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), 2008 a 2017.

Fonte: SISREDE

Diante dos desafios apresentados, é necessário que a equipe esteja preparada para desenvolver as atividades e seguir os fluxos estabelecidos no cuidado à saúde das crianças, com foco não somente na condição biológica de saúde, bem como nos aspectos psicossociais. Fomentar e efetivar práticas de Educação em Saúde, que promovam empoderamento dos pais/responsáveis pode contribuir para romper com a ideia de que assistência deve ser buscada apenas houver manifestação de alguma doença (VASCONCELOS et. al, 2012). Além disso, reorganizar o atendimento é fundamental, com mudanças, tais como: ampliar o horário de atendimento das UBS; promover um acolhimento resolutivo e durante todo período de funcionamento da unidade, para que os pais/responsáveis pela criança sejam acolhidos quando demandar o serviço. Outras ações podem ser realizadas pela equipe mesmo durante outros atendimentos das crianças na puericultura como verificar se o cartão de vacinas está em dia, se as consultas da puericultura têm sido realizadas conforme protocolos, se a caderneta da criança está preenchida, entre outras.

4 CENÁRIO INTERVENÇÃO

Esse projeto de intervenção ocorrerá na regional administrativa de Venda Nova, no município de Belo Horizonte, considerando a UPA Venda Nova e os Centros de Saúde da APS. A população dessa regional, de acordo com censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 é de 262.183 habitantes, com renda média mensal de aproximadamente 2 salários mínimos. Sua extensão territorial é de 28,30 Km², de acordo com a Lei Municipal 4.158, de 16 de julho de 1985, alterada pela Lei 4.318, de 10 de janeiro de 1986 (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2020).

Em relação ao setor saúde, Venda Nova possui 17 Centros de Saúde, uma Farmácia Regional, uma Central de Material Esterilizado, um Centro de Reabilitação, o Laboratório Distrital Norte/Venda Nova, um centro de Referência em Saúde Mental e um Centro de Convivência para portadores de sofrimento mental, um Centro de Especialidades Médicas e uma Unidade de Pronto Atendimento, com capacidade para atender 300 pacientes/dia (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2020). O território conta também, com o Hospital de Pronto Socorro Risoleta Tolentino Neves, gerenciado pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa - UFMG (FUNDEP).

A UPA Venda Nova possui capacidade de atendimento de 300 pacientes/dia e sua sistemática de trabalho é dividida de acordo com a condição clínica do paciente e a característica de atendimento, em setores: pronto-atendimento, observação, urgência (sala vermelha) e pediatria.

Esse serviço possui uma equipe multidisciplinar assistencial composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, farmacêutico, bioquímico e técnicos em patologia clínica e radiologia, além dos gerentes e coordenadores.

A equipe assistencial da pediatria é formada por três pediatras e 3 técnicos de enfermagem por plantão. Estruturalmente, compõe-se com 3 consultórios, um posto de enfermagem, sala de medicação, um leito de emergência, um leito isolado, 10 leitos de observação e um fraldário. Possui média mensal de 2100 atendimentos.

Na UPA Venda Nova, o perfil de atendimento da unidade é caracterizado por uma demanda de pacientes em situações clínicas de emergência, como crises hipertensivas, infarto agudo do miocárdio, crises convulsivas, entre outras. Porém, a maior demanda de atendimento é para condições clínicas estáveis, ou seja, sem risco de morte imediato. Dados estatísticos da

unidade mostram que, em 2019, a média mensal de atendimentos pediátricos por condições não urgentes (pacientes triados como verde ou azul) foi de 70% do total. Isto nos mostra uma alta procura pelo serviço de urgência por condições clínicas estáveis, passíveis de atendimento na APS.

Nos atendimentos pediátricos realizados na UPA, observamos que a unidade possui alta demanda para atendimento clínico para crianças de 0 a 2 anos, em situação não urgente, que poderiam ser atendidas na APS.

5 DESENVOLVIMENTO

O projeto aqui desenvolvido possui como locais de intervenção a UPA Venda Nova e unidades da APS localizadas na regional de Venda Nova. Nesse sentido, as etapas previstas levarão em conta gestores e profissionais que atuam em ambos serviços, as percepções dos pais/responsáveis, além dos dados disponíveis sobre as crianças atendidas na UPA Venda Nova.

O projeto será desenvolvido em 05 etapas, a saber:

- Etapa exploratória com gestor da APS
- Etapa de apresentação do projeto para a gestão regional
- Etapa de levantamento das percepções das equipes de saúde da família
- Etapa de levantamento das percepções dos pais/responsáveis
- Etapa de levantamento do perfil das crianças atendidas na UPA Venda Nova e sua distribuição no território, considerando local de residência

5.1. Etapa exploratória

Para compreender como as práticas e saberes relacionados à Atenção Primária se dão no cotidiano do trabalho na região de Venda Nova, foi proposta uma primeira etapa, que denominamos de exploratória. Essa etapa se tratará de uma entrevista em profundidade com gestor/a de uma unidade básica de saúde da regional de Venda Nova.

A escolha do gestor/a será intencional, considerando como critério ter conhecimento e vivência tanto da APS quanto na urgência e emergência, de modo que o diálogo possa fluir mais facilmente nos dois temas.

Para nortear a reunião, será utilizado roteiro semi-estruturado composto pelas seguintes questões:

- Como se dá o trabalho da equipe de saúde da família na APS em Belo Horizonte e na regional de Venda Nova?
- Como é estruturado o cuidado infantil na APS, especialmente para crianças de 0 a 2 anos?
- Na sua percepção, quais seriam os motivos que levam os pais/responsáveis a buscar atendimento na UPA por condições não urgentes?
- Quais são os desafios da ESF no cuidado de puericultura?

- Como está estruturado o acolhimento nos Centros de Saúde da regional?
- A UPA promove alguma ação que permita a continuidade do cuidado na APS das crianças atendidas e que demandam acompanhamento da equipe e/ou pediatra na UBS?

Espera-se que essa etapa exploratória possa trazer contribuições nas etapas seguintes do projeto.

5.2 Etapa de apresentação do projeto para a diretora de saúde da regional Venda Nova

Para que o projeto possa ser realizado, é necessário que o gestor regional tenha conhecimento do estudo a ser desenvolvido, visto que haverá coleta de dados e informações na região de saúde sob sua administração. Além disso, é de extrema importância o apoio e o engajamento dos profissionais atuantes na regional de saúde que será o cenário desse projeto. Para sensibilização do gestor regional, será realizada uma reunião entre a autora, o gestor da UPA e o gestor da Regional de Saúde de Venda Nova. A apresentação do projeto será feita pela autora, com apoio do gestor direto. Estima-se o tempo de 1 hora para apresentação e discussão.

5.3 Análise da distribuição territorial das crianças atendidas na UPA

É importante também fazermos um levantamento territorial da origem destas crianças que buscam atendimento na UPA. A demanda pelo serviço de urgência pode estar relacionada com alguma situação pontual em uma região ou em um centro de saúde. As informações obtidas, em conjunto com outras avaliações, poderão subsidiar uma análise sobre os serviços de saúde ofertados em determinada(s) área(s) do território que demanda(m) maior número de atendimento na UPA, e caso haja alguma lacuna no processo de cuidado, ações de melhorias poderão ser avaliadas e implementadas. Para tal, utilizaremos como fonte de dados a ficha de atendimento gerada na unidade. Dela levantaremos:

- 1) O bairro de residência
- 2) O Centro de Saúde de referência
- 3) O horário de procura por atendimento na UPA (ficha de atendimento)

Critérios de inclusão:

- Fichas de atendimento criadas de 07:00 às 19:00 segunda à sexta - feira
- Crianças triadas como não urgentes ou pouco urgente pela classificação de risco

Critérios de exclusão:

- Crianças encaminhadas por outra unidade de saúde

- Crianças de outro município

Com estes dados apurados, poderemos analisar se há uma região e/ou centro de saúde de Venda Nova que tenha uma demanda maior de crianças buscando atendimento na UPA.

Como ferramenta de trabalho, utilizaremos o excel para inserção e análise de dados. Os dados serão coletados durante 1 mês.

5.4 Etapa de levantamento das percepções das equipes de saúde da família

Para que este projeto não leve em consideração apenas informações e percepções oriundas do Pronto Atendimento (UPA Venda Nova) em relação à alta demanda por atendimento não urgente de crianças de 0 a 2 anos, pretendemos compreender a percepção dos profissionais que atuam na APS nessa regional. Acreditamos que cada experiência e cada vivência deve ser valorizada e que, de forma complementar, nos possibilitem melhor compreender a situação problema desse projeto de intervenção. Como as equipes de saúde da família são responsáveis pelo cuidado infantil no território, profissionais dessas equipes possuem uma rica informação sobre como isso ocorre no dia a dia do trabalho.

Para isso, serão realizados encontros em grupo com profissionais de equipes de Centros de Saúde da regional de Venda Nova. A seguir, apresentaremos como será a escolha desses participantes, o planejamento e a realização desses encontros.

5.4.1 Definição das Unidades de Saúde que participarão do projeto

O primeiro passo será definir quais centros de saúde da regional participarão dessa etapa do projeto. A regional conta com 17 centros de saúde e a proposta é abranger até 50% das unidades, o que corresponde a nove unidades. Para selecionar estas nove unidades dentro do território, utilizaremos como critério a localização geográfica na regional. Assim, dividiremos a regional pela rua Padre Pedro Pinto, que corta a regional até limites com município de Ribeirão das Neves. Do lado leste, serão selecionadas 04 unidades, por conter menor número de unidades de saúde (nesta divisão). Do lado oeste, serão 05 unidades. Esta divisão tem o propósito de abranger toda a extensão do território, o que poderia não ocorrer se fosse sorteio. Por ser um território grande e populoso, possui características sociais e econômicas diversas entre os bairros. Isto reforça a necessidade de que a amostragem considere o aspecto geográfico.

Assim, serão traçados pontos cardeais ao mapa, e serão escolhidas as unidades mais próximas dos pontos. Para o lado oeste, que serão 5 unidades, a unidade mais ao centro do território será a 5ª unidade.

Definidas as unidades, será agendada nova reunião com gestor regional, para apresentação das unidades selecionadas a participarem dos encontros. Neste momento, será pactuado com gestor a comunicação oficial às unidades sobre o encontro com as equipes destas unidades.

5.4.2 Seleção dos entrevistados e agendamento

Será encaminhado aos gerentes das unidades de saúde, e-mail contendo:

- Apresentação da autora do projeto (e profissional da rede SUS-BH).
- Apresentação sucinta do projeto
- Objetivo da reunião com equipe
- Calendário para agendamento do encontro

Este e-mail visa sensibilizar o gestor das unidades para a importância do trabalho e seu apoio para a escolha das equipes que participarão dos encontros. A definição das equipes ficará a critério do gestor, mas necessariamente deverá ser equipe completa, para que seja possível a contribuição de todos os profissionais nas discussões.

Para estes encontros, deixaremos um calendário de dois meses para agendamento. Sabe-se que a disponibilidade de tempo livre das equipes é baixa. Assim, haverá disponibilidade tanto no turno da manhã quanto da tarde. O calendário abrangerá das terças às sextas-feiras. Os encontros terão duração de 40 minutos a 1 hora.

5.4.3 Realização do encontro

A condução do encontro será feita pela autora, com base em um roteiro semi-estruturado. Para que a autora possa dedicar-se à conversa e possa interagir melhor com as equipes, de modo a extrair o máximo de informação, ela será auxiliada por outra pessoa, a ser definida, que ficará a cargo de anotar todas as falas dos encontros.

O roteiro semi-estruturado do encontro será composto pelas seguintes questões disparadoras:

- 1) Como é o trabalho da equipe no cuidado à criança de 0 a 2 anos?
- 2) Quais os desafios da equipe para promover este cuidado?

- 3) Os pais/responsáveis que buscam atendimento para as crianças são acolhidos e atendidos?
- 4) Quais estratégias vocês utilizam para construção de vínculo com as famílias que possuem crianças de 0 a 2 anos? Quais os desafios enfrentados?
- 5) Qual a demanda por atendimentos pouco urgentes para crianças de 0 a 2 anos na unidade? Como essas crianças nessas situações são acolhidas?
- 6) Quais os principais motivos de demanda pelo pediatra? São muito frequentes?
- 7) Na sua percepção, o que leva os pais/responsáveis de crianças de 0 a 2 anos procurem a UPA Venda Nova em situações pouco urgentes ou não urgentes?

Esperamos que as discussões suscitadas por essas questões orientadoras possam nos ajudar a compreender como tem ocorrido o cuidado às crianças de 0 a 2 anos na APS e como isso pode explicar a alta demanda de atendimento dessas crianças na UPA Venda Nova, em situações não urgentes.

5.5 Percepção dos pais e responsáveis

Para compreender a percepção dos pais/responsáveis de crianças de 0 a 2 anos, iremos utilizar um questionário a ser respondido por aqueles pais/responsáveis que buscam atendimento na UPA Venda Nova.

A coleta de dados será feita aplicando questionário semiestruturado, contendo questões abertas e fechadas. O questionário será aplicado pela autora deste projeto com o auxílio de um outro profissional da UPA, a ser definido. O momento da entrevista será durante as interconsultas ou ao final das consultas, para que os entrevistados possam ter mais disponibilidade de tempo para responder às questões.

Sua aplicação será interrompida quando houver saturação teórica das respostas, ou seja, quando não for possível identificar novos elementos a partir das entrevistas (NASCIMENTO, 2018).

A elaboração das perguntas foi realizada em conjunto com a equipe assistencial da UPA Venda Nova, com a participação de pediatras, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Para tal, foi feita uma reunião com a equipe no mês de setembro e explicado sobre o projeto de intervenção objeto deste trabalho. Após exposição do trabalho e da importância dos profissionais como parte neste estudo, pactuamos a colaboração da equipe na formulação das perguntas do questionário. Assim, podemos compartilhar das experiências e vivências de cada

profissional, de modo a contribuir com perguntas objetivas e assertivas em relação ao objetivo da pesquisa. O questionário encontra-se no anexo I.

6 CRONOGRAMA

| ATIVIDADE | 2020 | | | 2021 | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2º Trimestre | 3º Trimestre | 4º Trimestre | 1º Trimestre | 2º Trimestre | 3º Trimestre |
| Etapa exploratória | | | x | | | |
| Apresentação projeto diretora saúde de Venda Nova | | | | x | | |
| Levantamento distribuição territorial das crianças atendidas na UPA | | | | x | | |
| Encontro com as Equipes de Saúde da Família | | | | | x | |
| Aplicação do Questionário aos pais/responsáveis | | | | | | x |
| Apresentação resultados aos profissionais e gestores | | | | | | x |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção foi elaborado e proposto para elencar e analisar os fatores que determinam a alta procura por atendimento na UPA Venda Nova para crianças de 0 – 2 anos em condições não urgentes, uma vez que o esperado é que crianças nesta faixa etária sejam acompanhadas na puericultura na APS.

Importante ressaltar que essa proposta, portanto, demandará grande esforço e preparo na análise e consolidação dos dados. Assim, utilizaremos a pesquisa qualitativa como ferramenta de análise de conteúdo e discurso.

Esperamos que a análise das percepções dos profissionais das equipes de saúde família do território, juntamente com as percepções dos pais/responsáveis pelas crianças possam nos ajudar a compreender porque há alta procura da UPA em situações não urgentes.

Os dados trabalhados, em conjunto com análise crítica, poderão mostrar lacunas nos serviços de saúde que estejam impactando na busca pelo atendimento na UPA Venda Nova, em detrimento ao atendimento nas unidades de saúde de referência a essas famílias.

Os achados desse projeto de intervenção poderão ser também fontes de informações que possam fomentar mudanças e melhorias futuras na regional de Venda Nova. Além disso, poderá ser utilizado por outros locais e municípios que apresentem situação semelhante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão SMSA SUS-BH**. 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/relatoriogestao2003.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Coordenadoria de Atendimento Regional Venda Nova**. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/venda-nova>. Acesso em: 26 abr. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientações sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura)**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/puericultura.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Primária a Saúde**. 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria>. Acesso em: 24 maio 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/rag-2019.pdf>. Acesso em: 06 set. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRASÍLIA. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ministério da Saúde. **Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e do desempenho das unidades de pronto atendimento (upas)**. 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. Acesso em: 18 abr. 2020.

CARVALHO, Betty Kopit Lembi de. A rede de urgência em Belo Horizonte - MG - Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, p. 275-278, 2008. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/503>. Acesso em: 16 ago. 2020.

GARCIA, Vinicius Maniezo; REIS, Renata Karina. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 2, p.261-267, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>. Acesso em: 05 mai.2020.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. **Antropologia e Saúde collection**, pp. 15-26. Acessado em: 07 jun. 2020.

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (org.). **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium Editorial, 2018. 207 p.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: Autêntica Editora, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque_gestao_saude_minas_gerais.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

MARTINS, Paula; RATES, Susana Moreira; LIMA, Cristina Torres. Urgência e Emergência e sua interface com a Atenção Primária no município de Belo Horizonte. In: TEIXEIRA, Marcelo; RATES, Susana; FERREIRA, Janete (org). **O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona Editora, 2012. p. 18-390.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**: Organização Pan Americana de Saúde. 2. ed. Brasília: All Type Assessoria Editorial, 2011. 549 p. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf> Acesso em: 22 jan. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES nº 0393, de 30 de janeiro de 2004**. Aprova o plano estadual de atenção integral às urgências. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 18 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002**. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede-de-urgencia-e-emergencia-norte-minas-estudo-de-caso.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011a**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 18 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº3.390 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito de Sistema único de Saúde (SUS), estabelecendo -se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: 201. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 19 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011b**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 22 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 1130, de 05 agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 23 set. 2020.

Monteiro CA, Medina MCG, Benicio MHD'A, Meyer M. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 1984/1985: XI—Cobertura e qualidade da assistência materno-infantil. **Rev. Saúde Pública** 1988;22(3):170–178. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n3/02.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020.

Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018;71(1):228-33. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf. Acesso em: 03 out. 2020.

O'DWYER, Gisele *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00043716, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00043716.pdf>. Acesso em: 21 set. 2020.

O'DWYER, Gisele; KONDER, Mariana Teixeira; RECIPUTTI, Luciano Pereira; LOPES, Mônica Guimarães Macau; AGOSTINHO, Danielle Fernandes; ALVES, Gabriel Farias. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 125, 4 dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000072>. Acesso em: 23 abr.2020.

RATI, Rose Meire Silva et al. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n12/3663-3672/pt>. Acesso em: 26 abr. 2020.

ROCHA, Andréa Fonseca Silva. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SILVA, Antônio Augusto Moura da *et al.* Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís. **Revista Panameicana Salud Publica**.1999. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1999.v6n4/266-272/pt>. Acesso em: 23 set. 2020.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL S, LOBATO, LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.

SOUZA, Vânia de *et al.* Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 624-631, Dec. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103210020190006000624&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2020.

SULPINO, Fabíola Vieira. Instituto Econômico de Pesquisa Aplicada. **Nota Técnica nº26: Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Brasília, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf. Acesso em: 06 set. 2020.

VASCONCELOS, Viviane Mamede et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-331, junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2020.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>. Acesso em 12 abr. 2020.

VIEIRA, Daniele de Souza *et al.* A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n.4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e4890017.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

VITOLO, Márcia Regina; GAMA, Cíntia Mendes; CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal Pediatria. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v86n1/v86n1a14.pdf>. Acesso em: 24 set. 2020.

ANEXO

ANEXO I

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO NA UPA VENDA NOVA:

Dados Responsável:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Renda familiar (salário mínimo):

- Menor 1 salário mínimo
- Entre 1 e 2 salários mínimos
- Entre 3 e 3 salários mínimos
- Acima de 4 salários mínimos

Número de filhos:

Meio de transporte utilizado para deslocamento:

- À pé
- Transporte coletivo
- Transporte próprio
- Carro aplicativo
- Táxi

Criança:

- 1) Idade:
- 2) Sexo
- 3) Quais foram as sinais e sintomas (queixas) que a criança apresentou que a (o) motivou a procurar atendimento na UPA?
- 4) Dos sinais e sintomas (queixas) apresentados pela criança, qual (is) te fez perceber que era uma condição de urgência?

Centro de Saúde

- 5) Qual seu Centro de Saúde? Possui cadastro nele?
- 6) A criança utiliza os serviços de saúde do centro de saúde?
 - () Nunca
 - () Quase nunca
 - () Algumas vezes
 - () Muitas vezes
 - () Quase sempre
 - () SempreQuais?
- 7) A criança é levada às consultas de puericultura?
 - () Nunca
 - () Quase nunca
 - () Algumas vezes
 - () Muitas vezes
 - () Quase sempre
 - () Sempre
- 8) Existe algo que dificulta comparecer à consulta de puericultura?
 - () Sim

- Não
- 9) Como você avalia o cuidado de Puericultura?
- Ruim
- Regular
- Bom
- Ótimo
- 10) Você procura atendimento no centro de saúde quando a criança está doente? Se não, quais motivos?
- 11) Quando você procura atendimento para a criança no centro de saúde, existe algo que dificulta ou atrapalha conseguir a consulta?
- 12) Como você avalia os serviços do seu centro de saúde?
- Ruim
- Regular
- Bom
- Ótimo
- 13) Quais os motivos que a (o) leva a não procurar os serviços do centro de saúde?

UPA

- 14) Você procurou outro serviço de saúde antes de vir à UPA? Qual?
- 15) O que te motivou a procurar atendimento para a criança na UPA?
- 16) Como você avalia os serviços da UPA?
- Ruim
- Regular
- Bom
- Ótimo

17) Você considera que a UPA resolve a sua demanda de atendimento para a doença da criança?

Nunca

Quase nunca

Algumas vezes

Muitas vezes

Quase sempre

Sempre

18) Quais características do atendimento e serviços da UPA você considera importante para cuidado da criança?