

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ludmilla de Castro Oliveira Sícoli

**Avaliação da implantação de um protocolo de assistência às crianças com doença
falciforme no Hospital Regional de Ceilândia**

Rio de Janeiro

2022

Ludmilla de Castro Oliveira Sícóli

**Avaliação da implantação de um protocolo de assistência às crianças com doença
falciforme no Hospital Regional de Ceilândia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elizabeth Moreira dos Santos.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Juliana Fernandes Kabad.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Evaluation of the Implementation of an Assistance Protocol of Children with Sickle Cell Disease in the Regional Hospital of Ceilândia.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S567a Sicoli, Ludmilla de Castro Oliveira.
Avaliação da implantação de um protocolo de assistência às crianças com doença falciforme no Hospital Regional de Ceilândia / Ludmilla de Castro Oliveira Sicoli. -- 2022.
125 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos.
Coorientadora: Juliana Fernandes Kabad.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Avaliação em Saúde. 2. Anemia Falciforme. 3. Doença Falciforme. 4. Pessoal de Saúde. 5. Inquéritos e Questionários. 6. Avaliação da implantação. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.1527

Ludmilla de Castro Oliveira Sícoti

Avaliação da implantação de um protocolo de assistência às crianças com doença falciforme no Hospital Regional de Ceilândia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 18 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Andreia Ferreira de Oliveira
Fundação Cesgranrio

Prof.^a Dra. Ângela Escher
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Juliana Fernandes Kabad (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Elizabeth Moreira dos Santos (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho a todas as crianças
portadoras da Doença Falciforme.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me permitiu manter mente e corpo sãos, para mais esta jornada;

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por intermédio da sua política de qualificação profissional, que permitiu a realização do mestrado;

À Professora Dra. Elizabeth Moreira dos Santos, minha orientadora, pelo apoio, estímulo e, principalmente, pelo compartilhamento dos conhecimentos, fundamentais para a conclusão deste trabalho;

À Professora Dra. Juliana Fernandes Kabad, coorientadora, pela atenção, direcionamento e importantes sugestões;

Aos gestores do Hospital Regional de Ceilândia, que possibilitaram o acesso às informações necessárias à realização deste estudo;

À equipe da Diretoria do Hospital Regional de Ceilândia que permitiu que eu pudesse realizar este mestrado;

À amiga querida Tharsila por tudo o que aprendo com você, pelo privilégio da sua amizade e pela valiosa contribuição na construção deste trabalho. Obrigada por sua amizade;

À amiga Enilsa, pelo incentivo e motivação de seguir a carreira acadêmica;

Aos professores, por compartilharem seu conhecimento, nos fornecendo importantes ferramentas no aprendizado da pesquisa, incansáveis para que os objetivos propostos fossem alcançados;

Aos meus colegas de mestrado, que fizeram parte desta caminhada em busca de maior conhecimento;

Agradeço, finalmente, a meu companheiro Fábio por seu apoio, incentivo e compreensão com os momentos subtraídos de nosso convívio, que precisei para dedicar ao Mestrado.

Não sei... se a vida é curta ou longa demais pra nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se
não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço
que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura...enquanto durar...

CORALINA, 1965.

RESUMO

Esta dissertação trata da avaliação da implementação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme (PEADF) no Pronto Socorro do Hospital Regional de Ceilândia - DF, considerando a dimensão conformidade, bem como as subdimensões de oferta e qualidade na prestação de assistência às crianças com doença falciforme. Primeiramente, foi realizada a observação direta da unidade de saúde a fim de verificar a conformidade de recursos e processos existentes em relação às normas prescritas no protocolo, identificando os arranjos que facilitam a execução das ações. Em seguida, foram aplicados questionários para 42 profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, bem como entrevistas com 4 gestores atuais e passados da unidade de saúde. Com isso, obteve-se a caracterização do nível de implementação do protocolo por meio da discussão do nível de conhecimento, das atitudes e das práticas dos profissionais a ele relativas, bem como a análise da visão dos profissionais quanto à contribuição do PEAADF para a qualidade técnica da assistência prestada na emergência. Com base nos dados coletados, criou-se uma Matriz de Análise e Julgamento, que permitiu chegar às seguintes conclusões: quanto a Estrutura e Processo, o protocolo está com grau de implementação 76,4% (implantado), estando a dimensão da Estrutura e Recursos com 78,0% (implantado) e no que se refere a Processos está com grau de implementação 74,8% (parcialmente implantado). Finalmente, verificaram-se quais fatores facilitam ou dificultam o processo de implementação. Por exemplo, tendo em vista o grande desconhecimento do protocolo PEAADF, específico da unidade de saúde, verificou-se que os procedimentos são realizados independente dele. Por outro lado, algo que representa uma grande oportunidade de aperfeiçoamento é a grande disposição dos profissionais em serem capacitados. No sentido contrário, alguns pontos fracos são a dificuldade de comunicação da equipe da unidade, a falta de divulgação do protocolo e sua indisponibilidade na forma impressa para consultas rápidas.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Avaliação da implantação. Doença falciforme. Anemia falciforme. Assistência à saúde.

ABSTRACT

This dissertation deals with evaluating the implementation of the Protocol of Acute Events in Sickle Cell Disease (PEADF) in the Emergency Room of the Regional Hospital of Ceilândia - DF, considering the dimension of Quality in the provision of assistance to children with sickle cell disease. First, direct observation of the health unit was carried out in order to verify the compliance of existing resources and processes in relation to the norms prescribed in the protocol, identifying the arrangements that facilitate the execution of actions. Then, questionnaires were applied to 42 health professionals, including resident nurses, doctors and nursing technicians, as well as interviews with 4 current and past managers of the health unit. This way, the protocol implementation level was characterized and obtained through the discussion of the level of knowledge, attitudes and practices of professionals related to it, as well as the analysis of the professionals' view regarding the protocol's contribution to the technical quality of the assistance provided in the emergency. Based on the data collected, an Analysis and Judgment Matrix was created, which made it possible to reach the following conclusions: regarding Structures and Process, the protocol has a degree of implementation of 76.4% (implemented), having the Structure and Resources dimension a 78.0% level of implementation (implemented), whereas the Processes dimension has a 74.8% implementation level (partially implemented). Finally, it was verified which factors facilitate or hinder the implementation process. For example, in view of the great lack of knowledge regarding the specific health unit protocol, it was found that the procedures are performed independently of it. On the other hand, something that represents a great opportunity for improvement is the professionals great willingness to be trained. In the other direction, some weaknesses are communication difficulties of the unit's team, the lack of publicity of the protocol, and its unavailability in printed form for quick consultations.

Keywords: Health evaluation. Evaluation of the implementation. Sickle cell disease. Sickle cell anemia. Health assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Linha do tempo com os principais marcos normativos da Doença Falciforme no Brasil.....	20
Figura 2 – Frequência do Traço e da Doença Falciforme em alguns Estados Brasileiros	24
Figura 3 – Modelo Lógico do PEADF	30
Figura 4 – Fluxograma do Acolhimento e Classificação de Risco (ACR).....	31
Quadro 1 – Mapeamento dos <i>stakeholders</i> interessados e envolvidos na pesquisa avaliativa.	34
Figura 5 – Modelização da Avaliação	41
Figura 6 – Diagrama da Teia com as dimensões e subdimensões consideradas para a pesquisa avaliativa.....	46
Quadro 2 – Matriz de informações da pesquisa avaliativa.....	50
Quadro 3 – Matriz de relevância da avaliação do grau de implantação do PEADF do PS Pediatria HRC. Brasília, 2020	52
Quadro 4 – Matriz de Análise e Julgamento elaborada.....	54
Quadro 5 – Matriz de Análise e Julgamento preenchido e concluído	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ranqueamento das principais causas de óbito segundo número absoluto e taxa de mortalidade/1.000 NV entre menores de 5 anos no Brasil em 2015	23
Tabela 2 - Intervalos de escores para determinação do grau de implementação.....	54
Tabela 3 - Participantes do estudo que responderam ao questionário e participaram das entrevistas	62
Tabela 4 - Características sociodemográficas dos respondentes dos questionários	63
Tabela 5 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos quanto a aspectos epidemiológicos da DF.....	64
Tabela 6 - Respostas de Técnicos de Enfermagem quanto a aspectos epidemiológicos da DF65	
Tabela 7 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre o manejo de pacientes com a DF	67
Tabela 8 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre manejo de pacientes com a DF	69
Tabela 9 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre manifestações clínicas de pacientes da DF	71
Tabela 10 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre manifestações clínicas de pacientes da DF	74
Tabela 11 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre a apreciação de estrutura e recursos	75
Tabela 12 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre a apreciação dos processos de trabalho.....	77
Tabela 13 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre a apreciação de estrutura e recursos	79
Tabela 14 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre a apreciação dos processos de trabalho.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Notação da hemoglobina normal
ACR	Acolhimento e classificação de risco
AINH	Antiinflamatórios não hormonais
AS	Fenótipo do portador do traço da doença falciforme
CF	Constituição Federal
CHA	Concentrado de hemácias
CVO	Crise vaso-oclusiva
DF	Doença Falciforme
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IEF	Eletroforese por focalização isoelétrica Hb – hemoglobina
HbS	Hemoglobina S
HbA	Hemoglobina A
HBZ	Hospital Regional de Brazlândia
HCB	Hospital da Criança de Brasília
HPLC	Cromatografia Líquida de Alta Resolução
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
MS	Ministério da Saúde
PEADF	Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PS	Pronto Socorro
RJ	Rio de Janeiro
S β	Notação da hemoglobina da doença falciforme associada à talassemia beta
SC	Notação da hemoglobina da doença falciforme associada à hemoglobinopatia C
SEA	Sequestro esplênico agudo
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SS	Fenótipo da hemoglobina da doença falciforme

STA	Síndrome torácica aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TPD	Trabalho por Período Definido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	PRESSUPOSTO.....	27
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4	A INTERVENÇÃO OBJETO DA AVALIAÇÃO.....	29
4.1	MODELO LÓGICO DO PROTOCOLO DE EVENTOS AGUDOS EM DOENÇA FALCIFORME (PEADF).....	30
4.2	ANÁLISE DE STAKEHOLDERS.....	32
5	PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	36
6	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	37
7	MATERIAL E MÉTODOS: O DESENHO E A REPRESENTAÇÃO VISUAL DO PROCESSO AVALIATIVO.....	41
7.1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E PESQUISA DOCUMENTAL SOBRE O TEMA.....	42
7.2	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: O MODELO LÓGICO.....	43
7.3	ABORDAGEM, PROPÓSITO E DESENHO DA AVALIAÇÃO.....	44
7.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS (MATRIZ DE INFORMAÇÃO).....	46
7.5	VALORAÇÃO, ANÁLISE E JULGAMENTO.....	51
7.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E ESTRATÉGIAS DE DISSEMINAÇÃO..	56
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
8.1	DESCRIÇÃO DA CONFORMIDADE ÀS RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS.....	58
8.2	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	62
8.3	CONFORMIDADE À QUALIDADE TÉCNICA: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA FALCIFORME.....	64

8.4	CONFORMIDADE À QUALIDADE TÉCNICA: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DA CRIANÇA COM DOENÇA FALCIFORME.....	66
8.5	CONFORMIDADE À QUALIDADE TÉCNICA: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DOENÇA FALCIFORME.....	71
8.6	CONFORMIDADE À OFERTA/DISPONIBILIDADE: A VISÃO DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ESTRUTURA E OS PROCESSOS DE TRABALHO.....	75
8.7	A VISÃO DAS GESTORAS E SUPERVISORES DA UNIDADE DE SAÚDE.....	81
8.7.1	Importância do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme no PS.....	81
8.7.2	Capacitação sobre Doença Falciforme.....	84
8.7.3	Apreciação da Implementação dos processos de trabalhos.....	85
8.7.4	Fatores facilitadores e barreiras.....	86
8.7.5	Facilidades na implantação do PEADF.....	87
8.7.6	Ações para aperfeiçoar a implantação do PEADF.....	87
8.7.7	Mudanças após a implantação do protocolo.....	87
8.8	SÍNTESE AVALIATIVA.....	88
9	RECOMENDAÇÕES.....	94
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS E MÉDICOS.....	104
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	109
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES.....	113
	APÊNDICE D – ROTEIRO OBSERVAÇÃO DIRETA.....	115
	APÊNDICE E – TCLE - GESTORES DO PRONTO SOCORRO PEDIATRIA.....	120
	APÊNDICE F – TCLE - PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PRONTO SOCORRO PEDIATRIA.....	123

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação aborda a avaliação da implementação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme (PEADF) no Pronto Socorro do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), considerando a dimensão de qualidade na prestação de assistência às crianças com doença falciforme. Além disso, verifica a conformidade dos insumos, processos e práticas profissionais conforme o prescrito no protocolo, bem como a percepção da contribuição do PEA DF na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Atuo como enfermeira assistencial na emergência pediátrica há dez anos e cuidar de pacientes admitidos neste setor demanda tomada de decisões imediatas e ações rápidas, não só do enfermeiro, mas de toda a equipe, definindo muitas vezes o desfecho do atendimento e salvando vidas.

A iniciativa de realizar esta avaliação surgiu a partir de reflexões e discussões durante minha experiência como enfermeira assistencial e também dos conhecimentos adquiridos como discente do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde / ENSP – Fiocruz. Diariamente vivenciamos as dificuldades e oportunidades que nascem do trabalho de investigação e produção de informação no contexto hospitalar emergencial.

Aliando a prática do serviço ao mestrado profissionalizante, escolhi avaliar a implementação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme primeiramente pela importância da organização e da qualificação de processos, da definição de uma sequência lógica das ações emergenciais e da delegação de funções. Esses são fatores essenciais para que cada membro da equipe atue de forma sincronizada, especialmente nos procedimentos mais intensivos e emergenciais. Em segundo lugar, por acompanhar de perto a luta constante das crianças com essa doença e de suas famílias para terem uma vida normal. Cada alta hospitalar é considerada mais um desafio superado.

Esta pesquisa foi importante para o aprimoramento da minha prática profissional e espero que favoreça a sensibilização da instituição para mudanças na cultura de monitoramento e avaliação vigentes. Espera-se que ela também possa contribuir para melhoria no processo de comunicação entre gestores e profissionais assistenciais, para a coleta, registro e consolidação de informações, facilitando assim a definição de prioridades e reorientação das práticas no serviço.

Na Introdução, o tema do estudo é apresentado, bem como sua contextualização, justificativa da pesquisa e a revisão documental dos principais marcos legais, normativos e

protocolos referentes à doença falciforme. Neste capítulo, é ainda apresentada a revisão bibliográfica sobre o agravo, seus eventos agudos e as questões sociais envolvidas.

Em continuação, o capítulo 2 indica os pressupostos do trabalho desenvolvido. O capítulo 3 descreve os objetivos gerais e específicos do estudo realizado.

No capítulo 4, foi descrita a intervenção que será alvo das atividades avaliativas, fluxograma dos pacientes no acolhimento e classificação de risco (ACR) e um mapeamento dos principais *stakeholders* envolvidos, visando identificar uma representação comum da intervenção e caracterizar os interesses dos envolvidos na intervenção e na avaliação. Em seguida, o quinto capítulo, apresenta as perguntas avaliativas que foram elaboradas para o objeto da avaliação.

O capítulo 6 descreve os principais autores que tratam da avaliação em saúde e da avaliação de implantação no escopo do estudo realizado.

No capítulo 7, é apresentada a descrição detalhada do material e método do estudo realizado sintetizados no modelo teórico da avaliação, descrito em detalhes neste capítulo, que inclui o desenho do estudo, as técnicas de coleta de evidências e o plano de análise e de apreciação, bem como as considerações éticas deste trabalho.

No oitavo capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa, bem como uma discussão dos achados.

Por fim, o capítulo 9 contém recomendações sugeridas a partir desta pesquisa avaliativa.

1 INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) é uma das alterações genéticas mais frequentes no Brasil e no mundo (ANVISA, 2002). Constitui-se de uma mutação no gene que produz a hemoglobina A (HbA), originando outra em seu lugar, uma mutante, denominada hemoglobina S (HbS), de herança recessiva. A produção da hemoglobina S decorre da troca de um aminoácido na cadeia beta da globina, resultando em profundas alterações nas propriedades físico-químicas da molécula da Hb quando desoxigenada. Essas alterações culminam na mudança da forma da hemácia, de um disco bicôncavo para um formato de foice, sendo este um dos principais mecanismos fisiopatológicos da doença e a origem do nome *falciforme* (BRASIL, 2014).

A denominação “anemia falciforme” é reservada para a forma da doença que ocorre nos homozigotos SS. Ademais, o gene da HbS pode combinar-se com outras anormalidades hereditárias das hemoglobinas, como hemoglobina C (HbC), hemoglobina D (HbD), beta-talassemia, entre outros, gerando combinações que também são sintomáticas, denominadas, respectivamente, hemoglobinopatia SC, hemoblobinopatia SD, S/beta-talassemia. No conjunto, todas essas formas sintomáticas do gene da HbS, em homozigose ou em combinação, são conhecidas como doença falciforme (DF). Embora haja especificidades que as diferenciem e graus variados de gravidade, todas estas doenças têm um espectro epidemiológico e de manifestações clínicas e hematológicas superponíveis (ANVISA, 2002). O protocolo, objeto de avaliação deste estudo, refere-se ao manejo das crianças admitidas com o diagnóstico de anemia falciforme por se tratar dos casos mais frequentes no Pronto Socorro (PS).

Apesar de ocorrer predominantemente na população negra, deve-se atentar ao fato de que, principalmente devido ao processo de miscigenação de povos e etnias no Brasil, tal condição não é exclusiva dessas populações (BRASIL, 2015a). Tendo em vista as disparidades relacionadas aos estratos sociais e econômicos no Brasil, com predomínio de negros em grupos com níveis educacionais e condições financeiras mais baixas, as doenças falciformes, além de mais frequentes nestes grupos sociais, se expressam com maior gravidade devido às barreiras ao acesso aos serviços de saúde necessários, devendo ser vistas como um problema de saúde pública.

Há mais de trinta anos, os segmentos sociais organizados de homens e mulheres negras no Brasil vêm reivindicando o diagnóstico precoce e um programa de atenção integral

às pessoas com DF (CANÇADO e JESUS, 2007). Contudo, a trajetória da Política Pública de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias é muito recente, bem como as leis, projetos, protocolos e diretrizes clínicas por ela abarcados. Ademais, em meio à conjuntura e momento histórico da doença falciforme no Brasil, tendo em vista a implantação da política em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), ressalta-se a importância de avaliar a assistência prestada à criança com doença falciforme nas diferentes esferas de atenção à saúde.

A Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) foi incorporada ao SUS em 1992, quando da publicação da Portaria GM/MS nº 22 de 15 de Janeiro de 1992 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992). O documento determinava a obrigatoriedade da aplicação do procedimento em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. Apesar de não incluir nesse momento a DF, a triagem refletia o reconhecimento da importância dos programas de prevenção de deficiência mental e agravos à saúde do recém-nascido. O teste foi então incluído na tabela SIA/SUS em sua seção de Patologia Clínica, o que permitia que ele fosse cobrado por todos os laboratórios credenciados que o realizassem.

Anos mais tarde, houve um grande marco para pacientes com DF com a institucionalização do Programa de Anemia Falciforme (PAF) pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS nº 951 de 10 de maio de 1996. O programa visava melhorar o atendimento aos pacientes com essa doença. Ele dispunha sobre o diagnóstico precoce, prevenção de suas complicações, detecção dos portadores de traços falciformes e sobre ações educativas aos profissionais de saúde e à população em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Em 2001, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi instituído no âmbito do SUS pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 822 em 6 de junho de 2001. Dentre as hemoglobinopatias que o PNTN avalia, está incluída a doença falciforme. São objetivos do PNTN: a detecção precoce por meio do “Teste do Pezinho”, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e a instituição do tratamento adequado aos portadores da doença, o que possibilita uma melhor qualidade de vida aos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Ao incluir a detecção das hemoglobinopatias no PNTN, essa portaria corrigiu antigas distorções e trouxe vários benefícios, sobretudo a restauração de um dos princípios fundamentais do SUS que é o da igualdade, garantindo acesso igual aos testes de triagem a

todos os recém-nascidos, independente da origem geográfica, etnia e classe socioeconômica (CANÇADO e JESUS, 2007).

No ano seguinte, a Portaria nº 872 do Ministério da Saúde, de 6 de novembro de 2002, aprovou o uso de hidroxíureia (HU) para pacientes com DF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). De acordo com a portaria, a dispensa desse medicamento passou a ser de incumbência das Secretarias de Saúde dos Estados da União e do Distrito Federal.

O ano de 2005 foi marcado pela publicação de duas portarias importantes com o objetivo de promover a saúde das pessoas com a DF. O Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme foi definido na Portaria MS/GM nº 1.018, de 1º de julho de 2005 objetivando a diminuição da alta taxa de morbimortalidade da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). Foi estabelecida também a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias pela Portaria MS/GM nº 1.391, de 16 de agosto de 2005, evidenciando a promoção da garantia do seguimento das pessoas com diagnóstico de DF, a integralidade da atenção, do acesso ao aconselhamento genético, do acesso aos medicamentos essenciais e a estimulação da pesquisa em DF, entre outras diretrizes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b).

Em 2009, a DF foi incluída com destaque nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, nos termos da Portaria MS/GM nº 992, de 13 de maio de 2009. Dentre as estratégias de gestão dessa política, estão a articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com DF, incluindo a reorganização, qualificação e humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada nas internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

No mesmo ano, a regulamentação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c), publicada no Diário Oficial da União de 4 de setembro de 2009, estabeleceu que os pacientes com DF tenham primeiro acompanhamento multidisciplinar em triagem neonatal (AMTN) com médico pediatra, psicólogo e assistente social. Além disso, o documento indicou que suas famílias deveriam receber orientações sobre o diagnóstico e o tratamento, além de serem encaminhadas para aconselhamento genético. Por sua vez, a continuidade do atendimento deveria seguir o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para tratamento da DF em centros de referência.

Em 29 de janeiro de 2010, foi normatizado pela Portaria SAS/MS nº 55, o documento “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Doença Falciforme”. Dentre outras resoluções contidas no PCDT, estabeleceu-se o uso das técnicas laboratoriais eletroforese por focalização isoeletrica (IEF) e/ou pela cromatografia líquida de alta resolução (HPLC) para diagnóstico da DF e oficializou-se a terapia com Hidroxiureia (HU) a indivíduos a partir dos três anos. Por outro lado, para crianças menores de três anos, a instituição terapêutica deveria ser avaliada considerando-se o risco de morbimortalidade da DF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A Portaria nº 27 SCTIE/MS, de 12 de junho de 2013, incorporou a hidroxiureia no tratamento de crianças com doença falciforme no SUS, possibilitando aos laboratórios incluírem na bula do medicamento comercializado que ele é indicado para tratamento com DF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A HU apresenta um efeito citotóxico que, inibindo a enzima ribonucleotídeo redutase, gera diferentes efeitos benéficos nos pacientes com DF, como: aumento da produção de HbF, melhor hidratação da hemácia, incremento da taxa hemoglobínica, maior produção de óxido nítrico e redução da expressão de moléculas de adesão. Até a presente data, ela é considerada a terapia farmacológica mais bem sucedida para a DF (PLATT *et al.*, 1994).

No ano de 2015, a Portaria nº 1.321 MS/SAS, de 21 de Dezembro de 2015, incluiu a indicação de transplante de células-tronco hematopoéticas no tratamento da DF para pacientes de até 16 anos com DF tipo S homocigoto ou tipo S beta talassemia (Sbeta) em uso de hidroxiureia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Posteriormente, em 2018, foi publicada a Portaria nº 298 MS/GM, de 9 de Fevereiro de 2018, que ampliou o PCDT, incluindo a terapia curativa de DF por meio de transplante de células tronco pelo SUS, sem qualquer restrição por faixa etária dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

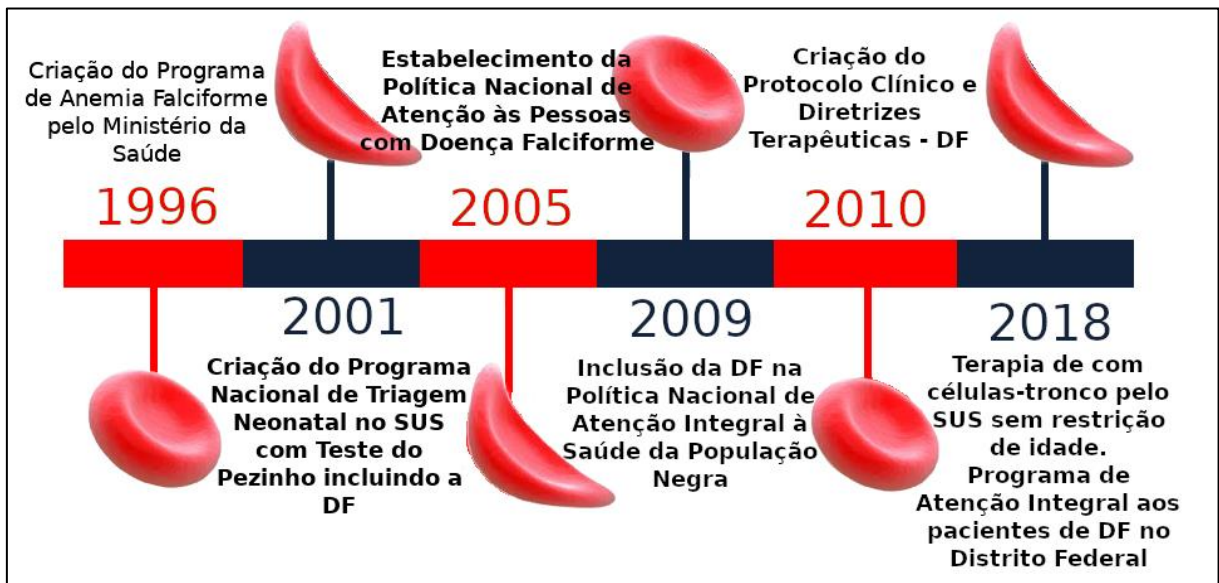
Finalmente, foi editada a Portaria Conjunta nº 05, de 19 de fevereiro de 2018, que aprovou a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Falciforme. No documento, atualizaram-se os parâmetros sobre a DF e as diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos portadores da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

E, complementando a portaria conjunta supracitada, no Distrito Federal, foi instituída a Portaria nº 1310 SES-DF, de 04 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a atenção integral a

saúde dos pacientes com Doença Falciforme, definindo a respectiva linha de cuidado no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde dessa unidade da federação (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF, 2018).

A Figura 1 a seguir apresenta em ordem cronológica os marcos regulatórios mais relevantes em relação à DF no Brasil e, especificamente, no Distrito Federal.

Figura 1 - Linha do tempo com os principais marcos normativos da Doença Falciforme no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Na história da saúde pública mundial é reconhecido que a Doença Falciforme (DF) tem características de uma doença negligenciada e permaneceu na invisibilidade por décadas (SCOTT, 1970). Além das alterações fisiológicas que a doença apresenta, as questões socioculturais também perpassam pela vida dos portadores da doença.

A mutação genética que causou a alteração da forma da hemoglobina que caracteriza a DF originou-se no continente africano e apresenta altas taxas de incidência na África, Arábia Saudita e Índia. No Brasil, a doença falciforme integra também o grupo de doenças e agravos que afetam a população afrodescendente (JESUS, 2010). Considerada a patologia genética de maior prevalência mundial, a anemia falciforme possui uma frequência de 25 a 40% em países africanos (ZAGO, 2001).

No Brasil das décadas de 1930 e 1940, a vinculação da anemia falciforme à população negra foi frequentemente acrescida da visão de que a miscigenação provocava uma epidemiologia singular da doença no País. Tal interpretação revelou consonância com a ideia

de que a singularidade do Brasil se exprimia devido à sua diversidade populacional (CAVALCANTI e MAIO, 2011).

Em termos de saúde pública, no Brasil, a concepção de que a DF consista em uma doença atribuída a um determinado grupo de identificação étnico-racial, causando uma maior suscetibilidade de indivíduos autoclassificados como pretos e pardos – de acordo com as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apoia-se em três aspectos principais: origem geográfica, etiologia genética e as estatísticas de prevalência (LAGUARDIA, 2006).

De um modo geral, há o reconhecimento da importância da dimensão étnico-racial para a compreensão do processo saúde-doença (KABAD, BASTOS e SANTOS, 2012). Ademais é notório que a DF tem a característica de estar mais prevalente em populações etnicamente específicas (CANÇADO e JESUS, 2007). Contudo, é preciso ter cuidado para não estigmatizar as populações acometidas devido a esse marcador genético e evitar um processo de “racialização” da doença (LAGUARDIA, 2006), ainda que se tenha a necessidade de elaborar políticas e programas direcionados a essas populações para a promoção de cuidado e acolhimento necessário. Nesse contexto, existe um claro paradoxo: muito embora a DF seja uma síndrome associada diretamente a um fator biológico transmitido geneticamente, é necessário ter cautela para não agravar a condição de vulnerabilidade ao aprofundar processos discriminatórios advindos do racismo científico.

Deve-se atentar ao fato de que a limitação dos fatores de risco às características individuais ou de um dado grupo fortalece o pressuposto de que as condições de saúde dos grupos étnico-raciais são de inteira responsabilidade dos seus membros. Com isso, tem-se o efeito negativo de culparem-se as vítimas, minimizar o papel do Estado na perpetuação das condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis a que estão submetidos esses grupos e ainda rotular negativamente seus membros por sua suposta predisposição a determinados agravos. A estigmatização enfrentada pelas pessoas com doenças genéticas, uma consequência da dificuldade da sociedade em acomodar aqueles que são diferentes, de algum modo, torna-se ainda mais grave quando acrescida da discriminação racial. A associação entre condição genética e raça pode reforçar ideias de que determinados grupos étnicos são desviantes e vulneráveis, portanto, sujeitos a um controle mais rígido pelas autoridades de saúde (LAGUARDIA, 2006).

Laguardia (2006) evidencia que, embora já se tenha um conhecimento razoável sobre a magnitude das diferenças étnico-raciais no processo saúde-doença, ainda estamos pouco cientes das dinâmicas causais que determinam a distribuição diferencial dos problemas de saúde, pré-requisito para o desenvolvimento e direcionamento de programas e serviços efetivos para redução das desigualdades. Nesse sentido, a correlação pouco crítica entre doença e raça, tomada como ente natural nas explicações sobre as iniquidades em saúde, pode limitar a prevenção primária e perpetuar ideias que, de modo simplista e inadequado, atribuem equivocadamente à raça o que é consequência de fatores socioeconômicos e ambientais.

Embora essa questão tenha melhorado, ainda não recebe a atenção que o problema exige, seja pelo grupo vulnerável que ela compromete, seja pelo próprio sistema de saúde (SCOTT, 1970). Torna-se evidente que as políticas públicas para a abordagem da doença falciforme não devem visar somente às questões assistenciais, tais como o diagnóstico e o tratamento. Assim, as políticas públicas devem também considerar os aspectos socioeconômicos e culturais dos pacientes como importantes determinantes da morbidade e mortalidade causadas pela doença (FERNANDES, 2007).

Estima-se que as desordens da hemoglobina, representadas na sua maioria pelas talassemias e pela DF, comprometam aproximadamente 7% da população mundial e que, quando não reconhecidas precocemente, levam à morte nos primeiros anos de vida. Devido à dimensão do problema, a Organização Mundial de Saúde recomendou maior atenção à enfermidade nas discussões dos órgãos governamentais (WEATHERALL e CLEGG, 2001).

No Brasil, nascem cerca de 3.500 crianças por ano com a doença (1 a cada mil nascidos vivos) e 200 mil (ou 1 a cada 35 nascidos vivos) com traço falciforme (que receberam de um dos pais o gene da doença). A pessoa com o traço falciforme não apresenta sintomas, portanto não precisa de tratamento especializado, mas deve saber que, se tiver filhos com outra pessoa que também herdou o traço, poderá ter uma criança com anemia falciforme (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, a maior parte dos óbitos na infância concentra-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês. No Brasil, as principais causas de mortalidade infantil, em 2015, foram a prematuridade (taxa de 3,1/1000 nascidos vivos-NV), seguida pelas anomalias congênitas (3,0/1000 NV) e asfixia/trauma no nascimento (1,9/1000 NV) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Na 14^a posição da Tabela 1, figuram as desordens endócrinas, metabólicas e sanguíneas, onde se enquadram os óbitos decorrentes da DF (FRANÇA *et al.*, 2017). No Brasil, observou-se que 78,6% dos óbitos devidos a DF ocorreram até os 29 anos de idade e 37,5% concentraram-se nos menores de nove anos. A elevada letalidade, que abrange especialmente os jovens, reflete a gravidade da doença e a baixa expectativa de vida (ALVES, 1996).

Tabela 1 - Ranqueamento das principais causas de óbito segundo número absoluto e taxa de mortalidade/1.000 NV entre menores de 5 anos no Brasil em 2015

Posição	Causas dos óbitos	Nº	Tx/ 1.000 NV
1	Prematuridade	9.588	3,18
2	Anomalias congênitas	9.242	3,06
3	Asfixia e trauma no nascimento	5.834	1,93
4	Septicemia e outras infecções neonatais	5.112	1,69
5	Infecções do trato respiratório inferior	4.677	1,55
6	Outras desordens neonatais	4.405	1,46
7	Doenças diarreicas	1.761	0,58
8	Meningite	945	0,31
9	Desnutrição	938	0,31
10	Aspiração de corpo estranho	806	0,27
11	Acidentes de trânsito	734	0,24
12	Afogamento	417	0,14
13	Homicídio	401	0,13
14	Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunes	396	0,13
15	Cardiomiopatia e miocardite	371	0,12
16	HIV/Aids	368	0,12
17	Leucemia	322	0,11
18	Outras doenças cardiovasculares e circulatórias	307	0,10
19	Síndrome da morte súbita infantil	258	0,09
20	Outras neoplasias	235	0,08
25	Doenças cerebrovasculares	211	0,07
26	Sífilis	208	0,07
27	Doenças hemolíticas e outras icterícias neonatais	199	0,07
30	Queimaduras	170	0,06
40	Coqueluche	80	0,03
74	Sarampo	3	0,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022), extraído e adaptado a partir da Revista Brasileira de Epidemiologia, Maio 2017; SUPPL 20, 1:53

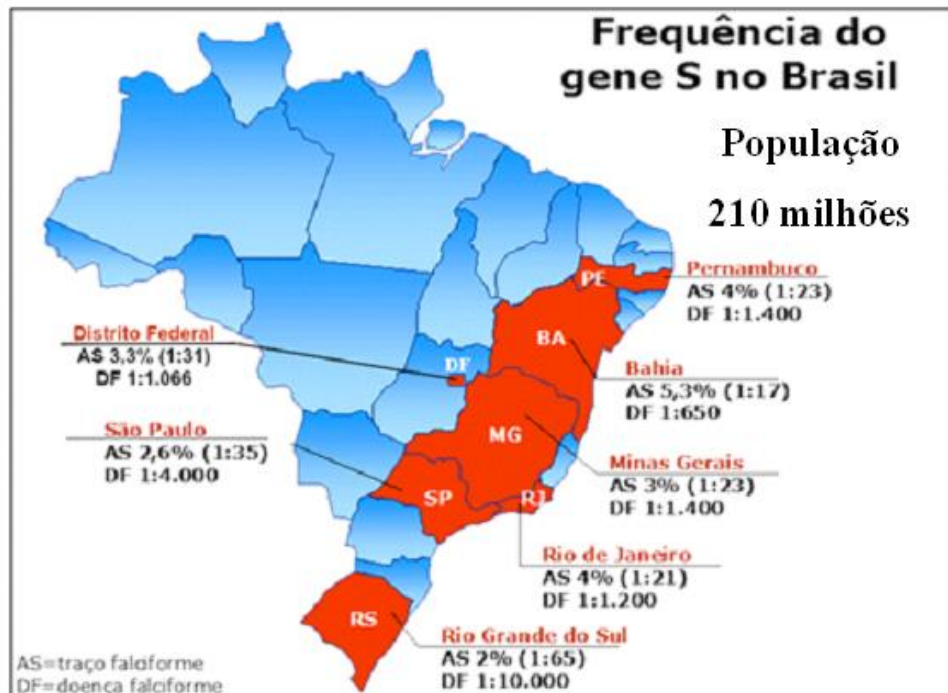
Em estudo conduzido por Arduini *et al* (2016). investigaram-se as principais causas de morte em pacientes com doença falciforme nos estados de Maranhão, Bahia, Minas Gerais,

Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul. As principais causas das mortes nesta população foram: infecções bacterianas, causadas principalmente pela disfunção esplênica secundária aos múltiplos infartos; a síndrome torácica aguda e o sequestro esplênico. De acordo com os autores, a maioria destas complicações ocorre no paciente com a anemia falciforme, no genótipo mais comum da doença e com a apresentação clínica mais severa.

A pesquisa ainda mostrou que, apesar do diagnóstico precoce por meio do Programa de Triagem Neonatal, da antibioticoterapia profilática com penicilina nos cinco primeiros anos de vida, da imunização rotineira, da sistematização no uso de hemocomponentes e quelantes de ferro, e da administração regular de hidroxiureia, a taxa de mortalidade da população com DF ainda é significativa em todo o mundo. No Brasil, variáveis como taxa de mortalidade, idade e causas da morte não são totalmente investigadas e, dessa forma, torna-se inviável uma análise mais precisa sobre a mortalidade por DF.

Conforme dados do Ministério da Saúde, o Distrito Federal registrou uma média anual de nascimento de 323 crianças com traço falciforme e 1 com a doença para cada 1.000 nascidos vivos entre 2004 e 2006 (DINIZ *et al.*, 2009), conforme mostrado na Figura 2. Estima-se que existam 5.000 pacientes nas cidades da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF) com a doença.

Figura 2 – Frequência do Traço e da Doença Falciforme em alguns Estados Brasileiros



Fonte: Ministério da Saúde (2015)

A gravidade clínica da DF é variável, mas um contingente significativo de pacientes tem a forma crônica e grave da doença, exacerbadas pelas chamadas “crises”, representadas pelos eventos agudos da doença. Outras intercorrências de relevância clínica são a síndrome torácica aguda e as infecções bacterianas, que com a crise dolorosa levam a internações hospitalares, morbidade e morte (LOUREIRO e ROZENFELD, 2005). É durante essa situação emergencial que o paciente costuma procurar o serviço de atendimento nos prontos socorros.

Observa-se que, nas emergências de média complexidade, grande parte dos profissionais de saúde não estão preparados para o atendimento à pessoa com Doença Falciforme como o recomendado, seja pelo ambiente inadequado ou pela falta ou inadequação dos insumos e equipamentos, como também pelo conhecimento insuficiente e falta de padronização no atendimento e nas condutas para enfrentar estas situações. Essas intercorrências emergenciais, se bem conduzidas, podem influenciar positivamente na diminuição da taxa de mortalidade decorrentes desses eventos agudos (RODRIGUES, MELO e ARAÚJO, 2010).

Essa situação problema, também vivenciada no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), trouxe à tona a necessidade de se criar um protocolo para sistematizar, direcionar e padronizar o processo de trabalho da equipe que presta assistência nas intercorrências clínicas no Pronto Socorro da Pediatria. O HRC tem importante papel na rede de atenção à saúde do Distrito Federal, pois é o hospital de referência na assistência às crianças da Região Oeste, que, desde cedo, começam a apresentar intercorrências clínicas decorrentes da DF.

Dessa forma, em 2019, o protocolo foi criado pela equipe, baseado no Manual de Eventos Agudos em Doença Falciforme do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a). Este protocolo assistencial descreve situações específicas do cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer e como fazer, com o objetivo de conduzir os profissionais nas decisões de assistência.

Esta pesquisa avaliativa visa descrever o grau de implementação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme no PS do HRC, considerando a dimensão da conformidade na prestação de assistência às crianças com doença falciforme. Objetiva-se também verificar se os insumos e processos nesta unidade seguem às normas prescritas no protocolo. E por fim, pretende-se averiguar a conformidade das práticas profissionais

preconizadas no protocolo e como os profissionais percebem a contribuição do protocolo para a qualidade da assistência prestada no setor.

A despeito do acometimento sistêmico da doença, em geral, o atendimento da pessoa com DF não exige condutas ou procedimentos complexos e onerosos. O tipo de manejo desses cuidados, seja no lar, na escola e principalmente a assistência prestada nas unidades de saúde, vai determinar o melhor ou pior prognóstico diante da ocorrência de um evento agudo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

Esta pesquisa avaliativa poderá possibilitar o alinhamento da prática profissional ao protocolo implementado, bem como, direcionar propostas para o aperfeiçoamento do mesmo e do processo de educação profissional sobre o tema. Desse modo, poderá contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, condição necessária, mas não o suficiente, baseado na condição do que é plausível e tangível no contexto analisado para a redução das comorbidades, bem como a redução da mortalidade das crianças acometidas pela DF.

2 PRESSUPOSTO

Pressupõe-se que, ao avaliar a implantação do protocolo de forma compartilhada com a equipe, aumenta-se a possibilidade de promover a visibilidade e a inclusão do tema entre as prioridades estratégicas do serviço, e, conseqüentemente, leva a melhoria na qualidade de atendimento aos pacientes com Doença Falciforme. Com a discussão e a reflexão propiciadas pela pesquisa avaliativa, pressupõe-se que a estrutura e os processos sejam aprimorados, facilitando a compreensão de fortalezas e fragilidades do processo de implantação do protocolo dentro do Pronto Socorro, com vistas ao seu aperfeiçoamento.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de implantação do “Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme” na prestação da assistência às crianças de 0 a 16 anos, 11 meses e 29 dias com doença falciforme no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), acometidas por intercorrências clínicas decorrentes da doença, atendidas no Pronto Socorro (PS) Pediátrico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a. Verificar a conformidade de recursos e processos existentes às normas prescritas no protocolo, identificando os arranjos que facilitam a execução das ações;

b. Analisar a visão dos profissionais e gestores quanto aos desafios e a contribuição do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme para a qualidade técnica da assistência prestada na emergência;

c. Caracterizar a implementação do protocolo por meio da discussão do nível de conhecimento, das atitudes e das práticas dos profissionais a ele relativas;

d. Verificar quais fatores facilitam ou dificultam o processo de implementação do protocolo no PS do HRC.

4 A INTERVENÇÃO OBJETO DA AVALIAÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é o “Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme” (PEADF). Um protocolo caracteriza-se como a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas para prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas, éticas, legais e científicas (PIMENTA *et al.*, 2015).

A implantação de um protocolo visa, em linhas gerais: resguardar o serviço, de modo a agilizar e uniformizar o atendimento; facilitar condutas descentralizadas; diminuir a margem de erro; possibilitar qualidade e eficácia nos serviços; padronizar as condutas; melhorar o planejamento e monitoramento dos procedimentos e dos resultados da instituição; garantir maior segurança; otimizar a utilização dos recursos operacionais; reduzir custos; rastrear todas as atividades operacionais e clínicas; realizar um controle mais apurado sobre os estoques; otimizar a produtividade dos trabalhadores; e, por fim, melhorar a qualidade de serviços prestados aos clientes e garantir uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes (CANAVEZI, 2008).

O PEAADF define a doença falciforme, contextualiza o profissional quanto à epidemiologia da doença e discorre sobre sua etiologia e fisiopatologia. A seguir, apresenta as principais intercorrências clínicas decorrentes da DF: crise álgica, infecções, síndrome torácica aguda, sequestro esplênico agudo, crise aplásica, priapismo, colecistite e acidente vascular cerebral. Todos os eventos clínicos apresentam seus respectivos fluxogramas, descrevendo os processos para manejo do problema, como administração de medicamentos, oxigenoterapia e necessidade de internação.

Mesmo considerando os avanços no alinhamento das práticas profissionais e a adoção do protocolo para padronização da assistência, na prática, alguns problemas têm sido observados desde a sua elaboração, divulgação, até seu uso pela equipe.

Com o intuito de representar de maneira mais explícita a intervenção avaliada, valeu-se da utilização da ferramenta do modelo lógico, conforme descrito na seção a seguir.

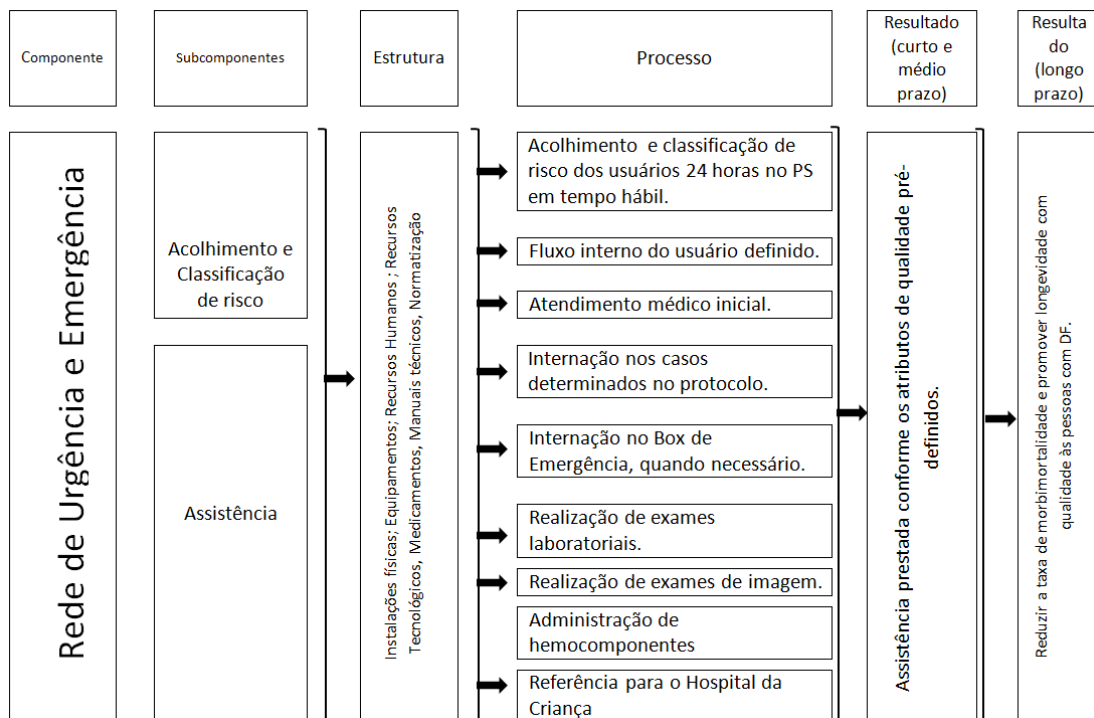
4.1 MODELO LÓGICO DO PROTOCOLO DE EVENTOS AGUDOS EM DOENÇA FALCIFORME (PEADF)

Para melhor explorar o protocolo, optou-se por descrevê-lo por meio da ferramenta do modelo lógico (ML). Construir um modelo lógico significa determinar todos os seus componentes e sua forma de operacionalização, discriminando todos os passos necessários para alcance de suas metas dispendo-os num diagrama (HARTZ *et al.*, 2005). O modelo lógico é a representação da racionalidade do programa e pode ser sistematizado em um fluxograma, uma tabela ou mapa. É a representação da realidade e não a realidade em si (BRASIL, 2005).

O modelo lógico adotado nessa pesquisa avaliativa foi o Modelo Lógico-Operacional, tal como descreveu Donabedian (1980, 1988, 1993), que estabeleceu o vínculo entre Estrutura, Processos e Resultados.

Tendo em vista que o uso do Protocolo está circunscrito na "Rede de Urgência e Emergência" do hospital, optou por situá-la como componente técnico composta pelos subcomponentes "Acolhimento e Classificação de Risco" e de "Assistência", conforme mostra a Figura 3.

Figura 3 – Modelo Lógico do PEADF

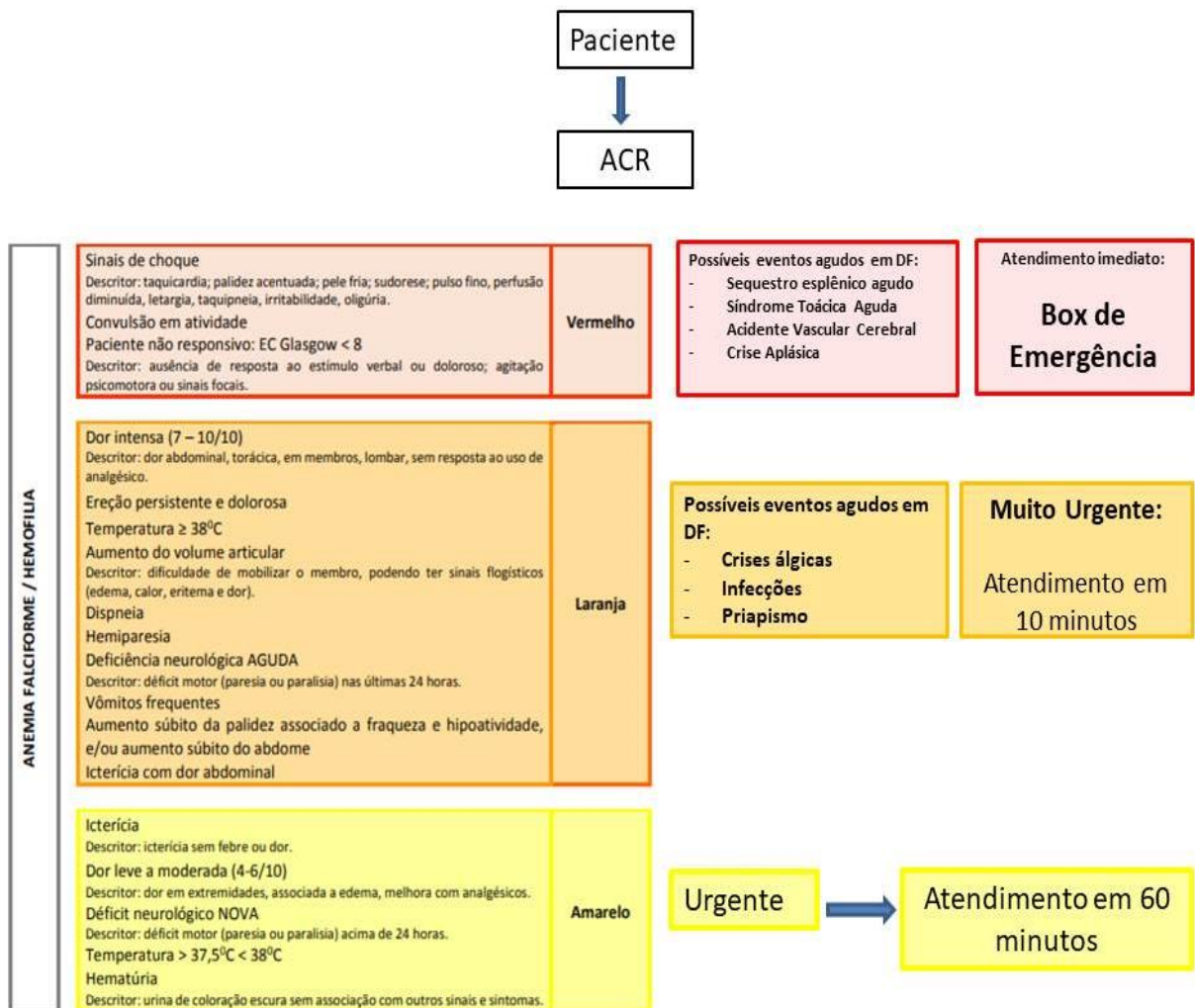


Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Prestar assistência é o primeiro cuidado das urgências e emergências e deve ocorrer em ambiente adequado. Dessa forma, para melhor compreensão do contexto interno, será descrito, em linhas gerais, o fluxo interno de atendimento do paciente com anemia falciforme, conforme a Figura 4.

O atendimento se inicia com o preenchimento da ficha para atendimento, passando pelo acolhimento com avaliação de riscos e de vulnerabilidades até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes da DF a outros serviços, quando necessário.

Figura 4 – Fluxograma do Acolhimento e Classificação de Risco (ACR)



Fonte: Elaborado pela autora (2022), adaptado do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da SES-DF (2018)

Após ser acolhido e classificado (Figura 4), o paciente recebe o atendimento médico e é devidamente diagnosticado de acordo com Código Internacional de Doença (CID) relacionado à doença falciforme, informados no campo “diagnóstico principal” ou

“diagnóstico secundário”: D57.0 (anemia falciforme com crise), D57.1 (anemia falciforme sem crise), D57.2 (transtornos falciformes heterozigotos duplos) ou D57.8 (outros transtornos falciformes).

Em seguida, conforme a manifestação clínica apresentada pelo paciente, o profissional médico decide por sua internação em leito comum ou box de emergência, pelo encaminhamento à atenção especializada ou pelo tratamento domiciliar, selecionando um dos fluxogramas e posteriormente uma das cores da classificação presente no protocolo.

Ao ser internado, os procedimentos mais frequentemente realizados são: a analgesia do paciente, realização de exames de imagem e laboratoriais, administração de antibióticos e oxigênio, hemotransfusão e, dependendo do nível de gravidade, intubação orotraqueal, encaminhamento para unidade de tratamento intensivo (UTI) ou centro cirúrgico (CC).

4.2 ANÁLISE DE *STAKEHOLDERS*

Para a elaboração e validação do modelo lógico, das matrizes de relevância e de análise e julgamento da pesquisa avaliativa, foram mapeados e selecionados atores envolvidos na atenção de emergência, conforme Quadro 1. O processo de envolvimento dos interessados neste processo avaliativo foi realizado por meio da apresentação deste projeto aos gestores (chefia médica e de enfermagem do PS, gerente geral de enfermagem e diretora clínica), médicos, enfermeiros assistenciais, enfermeiros do ACR e técnicos de enfermagem do Pronto Socorro da Pediatria do HRC.

Durante a apresentação do projeto à equipe assistencial e aos gestores, enfatizou-se a importância de verificar a compatibilização do protocolo elaborado ao atendimento das emergências da anemia falciforme. Em relação à equipe assistencial (médicos, enfermeiros assistenciais, enfermeiros do ACR, e técnicos de enfermagem), enfatizou-se a importância de que os dados coletados fossem usados para diagnósticos das ações em saúde e não para punição dos profissionais. Dessa forma, observou-se que existe divergências acerca da definição do que seja Avaliação. Em função deste fato, introduziu-se uma nova atividade no âmbito dessa pesquisa com o intuito de mitigar as dúvidas, com a promoção de uma roda de conversa para introduzir o tema Avaliação em Saúde para a equipe.

No que diz respeito aos supervisores médicos e de enfermagem do PS, foi abordada a necessidade de se utilizar os dados levantados na pesquisa avaliativa para identificar as

fragilidades e potencialidades do protocolo e, de fato, promover mudanças positivas na organização do atendimento do PS.

Por outro lado, houve o questionamento dos gestores quanto ao porquê da avaliação específica dos pacientes internados com anemia falciforme. Diante desta questão levantada, foi discutido com os mesmos dados referentes ao número de crianças admitidas com anemia falciforme no PS e apresentada a importância das redes de emergência na linha de cuidado destes pacientes.

Todo o processo de aproximação, diálogo, coleta de dados, encontros e atividades realizadas com os profissionais está em consonância com os trâmites éticos para a realização de uma pesquisa científica, conforme maior detalhamento na seção de Metodologia.

Quadro 1 – Mapeamento dos *stakeholders* interessados e envolvidos na pesquisa avaliativa

Atores envolvidos	Possível interesse na avaliação	Estratégia de envolvimento	Responsabilidades no monitoramento	Conflitos de interesse	Papel na utilização dos achados
Trabalhadores da saúde (enfermeiros assistenciais e do ACR, médicos, técnicos de enfermagem) que atuam no PS pediatria do HRC (54 profissionais)	- Aprimoramento da assistência prestada à população.	- Oficina de apresentação do projeto. - Participação na coleta de evidências. - Sensibilização quanto às práticas assistenciais baseadas no protocolo.	- Acompanhar as taxas de morbimortalidade das crianças com DF atendidas na unidade.	Os dados devem ser utilizados para diagnósticos das ações em saúde e não para punição dos profissionais.	- Mudança nas ações das práticas assistenciais que não estão em conformidade com o protocolo padrão. - Identificação de fragilidades e potencialidades dos componentes estruturais do modelo lógico para o alcance da assistência com melhor qualidade.
Supervisão médica e de enfermagem (dois)	- Interesse em garantir a assistência e cuidados em saúde prestada pelos profissionais conforme protocolo. - Papel em fiscalizar, acompanhar, avaliar e monitorar os dados em saúde da unidade do PS pediatria.	- Oficina de apresentação do projeto. - Reunião para apresentação e discussão dos resultados obtidos com a avaliação.	- Responsabilidade direta de fiscalização das ações de saúde executadas pela equipe assistencial baseadas no protocolo. - Revisão periódica do protocolo junto com a equipe assistencial.	- Priorizar a utilização dos dados da pesquisa para organização do serviço em detrimento de outros problemas do setor. - Tendência de querer avaliar positivamente a implantação do PEADF e omitir eventuais não-conformidades.	- Mudança na organização dos serviços em saúde. - Identificação de fragilidades e potencialidades dos componentes estruturais do modelo lógico para o alcance da assistência com melhor qualidade.

Atores envolvidos	Possível interesse na avaliação	Estratégia de envolvimento	Responsabilidades no monitoramento	Conflitos de interesse	Papel na utilização dos achados
Diretor clínico do HRC e Superintendente da Região Oeste de Saúde (dois)	Interesse em melhorar as metas e dados dos indicadores sob sua responsabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Oficina de apresentação do projeto. - Reunião para apresentação e discussão dos resultados obtidos com a avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade em monitorar os indicadores de saúde do HRC. - Acompanhar a execução das atividades assistenciais por meio de relatórios produzidos pelos gestores do serviço de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não privilegiar serviços específicos. - A garantia dos serviços de forma transparente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança na organização dos serviços em saúde. - Identificação de fragilidades e potencialidades nos serviços para o alcance de metas.
Diretora clínica do HCB (uma)	- Manter o canal de comunicação aberto com os profissionais que atendem as crianças com DF.	<ul style="list-style-type: none"> - Oficina de apresentação do projeto e discussões sobre possíveis sugestões. - Reunião para apresentação e discussão dos resultados obtidos com a avaliação. 	- Monitorar o sistema de referência e contra-referência dos pacientes que necessitam de acompanhamento na atenção especializada de saúde concentrada no HCB.	Não privilegiar grupos específicos.	Propor mudanças na organização do serviço de saúde com o objetivo de não deixar o paciente desassistido.

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

5 PERGUNTAS AVALIATIVAS

Considerando que o presente estudo teve como propósito avaliar o grau de implantação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme (PEADF) na prestação da assistência às crianças acometidas por intercorrências clínicas decorrentes da doença falciforme atendidos no Pronto Socorro Pediátrico do HRC, foram elaboradas as seguintes perguntas avaliativas:

1. Qual é a conformidade dos *insumos* existentes às normas vigentes para que o atendimento às intercorrências clínicas apresentadas pelos pacientes com anemia falciforme em crise seja realizado adequadamente?
2. Qual é a conformidade dos *processos* existentes às normas vigentes para que o atendimento às intercorrências clínicas apresentadas pelos pacientes com anemia falciforme em crise seja realizado adequadamente?
3. Qual o grau de implementação do protocolo para atendimento aos pacientes com doença falciforme no PS Pediatria do HRC? Quais fatores facilitam ou dificultam o processo de implementação?
4. Que fatores os profissionais e gestores enxergam como contribuintes para a implementação do PEAADF e para a qualidade da assistência prestada na emergência?

6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo tem o objetivo de apresentar definições, considerações e uma discussão acerca das atividades avaliativas em saúde no escopo de qualidade em saúde, considerando as práticas assistenciais na rede de emergência hospitalar.

Em um contexto de escassez de recursos econômicos, humanos, naturais e de tempo, a fim de fornecer serviços de saúde de qualidade à população, os tomadores de decisão precisam ter acesso a informações qualificadas sobre os programas de saúde, a fim de justificar suas escolhas de acordo com os objetivos almejados (SAMICO *et al.*, 2010). É justamente para produzir essas informações que se desenvolveram métodos de avaliação em saúde.

Em linhas gerais, é uma característica comum dos seres humanos querer medir, atribuir valor e emitir opiniões acerca das coisas que nos cercam. No campo da saúde, Patton afirmou que:

“A avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informação sobre as atividades, as características e os resultados desses programas, a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a esses programas.” (PATTON, 1997: 23).

A definição tida como referência para esse trabalho, a qual contempla as múltiplas dimensões da prática avaliativa é a de Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz e Denis (2011b), que afirmam:

“Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.” (CHAMPAGNE *et. al.*, 2011b: 44).

A definição citada explicita a vocação integradora da avaliação em saúde, que considera diferentes disciplinas com distintas tradições: a avaliação econômica, a avaliação baseada na prática clínica e na epidemiologia e a avaliação proveniente das ciências sociais.

A avaliação em saúde é um trabalho que vai além de procedimentos meramente técnicos. Os avaliadores, além de proceder a uma coleta sistemática de dados e caracterizar a intervenção, entendem sua estrutura e conteúdo, bem como identificam seus pontos fortes e frágeis, a fim de constatar se eles permitem alcançar os objetivos propostos. Dessa forma, os avaliadores têm um papel semelhante ao de um juiz, devendo assumir a responsabilidade de

reunir e explorar todos os dados necessários para poder atestar o valor e o mérito de um dado programa (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Complementarmente, os avaliadores devem apresentar sugestões de aperfeiçoamento e aumento de eficácia do programa, contando com uma participação pluralista, atuando como moderadores e levando em conta os pontos de vista dos atores, grupos envolvidos e o contexto político, cultural, social, econômico, científico e tecnológico em que a intervenção está inserida. Devem-se considerar também aspectos sociais, como combate às desigualdades de gênero, étnicas e econômicas, assim como a responsabilidade ecológica. Isso se dá em razão do fato de que a avaliação também é uma ferramenta a serviço de estratégias políticas (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

A avaliação também é necessária para conceber os programas, racionalizar o planejamento e a utilização dos recursos públicos e garantir a imputabilidade e *accountability*. Assim, as atividades avaliativas podem dar uma contribuição para mensurar, controlar, gerenciar, prever, priorizar e fornecer informações aos tomadores de decisão sobre os diferentes programas (COSTA e CASTANHAR, 2003).

Dessa forma, sugere-se que o procedimento avaliativo seja pragmático, podendo fazer uso de métodos variados e complementares. Não importa qual intervenção, diferentes tipos de avaliação são possíveis, cada uma podendo levantar questões diferentes. Ademais, deve-se atentar ao fato de que um modelo de avaliação é uma base conceitual e metodológica que deve ser adaptada, modificada e evoluída ao longo do tempo e de sua utilização, conforme surjam novas necessidades, desafios e metodologias (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a serem utilizados na avaliação, que possibilitarão responder as perguntas avaliativas. Além disso, dentre as mais variadas definições existentes, a qualidade é, portanto, determinada por um conjunto de atributos do processo que favorecem o melhor resultado possível, tendo em vista os conhecimentos, a tecnologia, as expectativas e as normas sociais (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Tradicionalmente, a maioria dos estudos focados na área de avaliação tem se baseado nos componentes do modelo proposto por Donabedian (1980) para avaliação de serviços de saúde. Para o autor, os componentes dos serviços a serem objeto de uma avaliação de qualidade seriam:

- a) Estrutura: abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos.
- b) Processo: refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde e envolvem a interação entre os profissionais de saúde e a população assistida.
- c) Resultados: diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos.

Segundo Donabedian (1990), a avaliação de qualidade implica em aplicar, quando pertinente, os sete pilares da qualidade aos componentes de estrutura, processo e resultado. Os pilares da qualidade são dimensões ou atributos que definem a qualidade, são eles: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

Conforme Vuori (1988), é preciso definir que dimensão da qualidade se pretende imprimir aos serviços de saúde. O termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados. Estas incluem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Uma das subdimensões abordadas neste estudo será a qualidade técnica baseada na perspectiva de Vuori.

Para Vuori (1988), a qualidade pode ser medida da com base em padrões preestabelecidos, seguida da implementação de ações corretivas adequadas, a fim de alcançar esses padrões. Assim, um conceito importante na avaliação em saúde é o de padrão. Esse conceito se refere a um valor especificado para distinguir a qualidade de práticas ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um certo indicador (DONABEDIAN, 1980b; REIS, 1995).

A necessidade de se avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos. Contudo, o conceito de qualidade é relativo e complexo, o que suscita interpretações pouco precisas (SAMICO *et al.*, 2010). A polissemia da qualidade impõe reconhecer e considerar a centralidade dos processos simbólicos e práticas discursivas dos atores envolvidos – em especial dos usuários, para a avaliação dos rumos da qualidade das ações desenvolvidas. Deve-se compreender, sobretudo, o que para eles significa qualidade, objeto ontologicamente distinto daqueles que se submetem à quantificação (BOSI e UCHIMURA, 2007).

Dessa forma, o entendimento do que é qualidade vai variar de acordo com o foco e interesse do serviço ou do programa, se o mesmo está voltado para os resultados, para a produção ou para os consumidores (SAMICO *et al.*, 2010). Nesse contexto, será analisada a

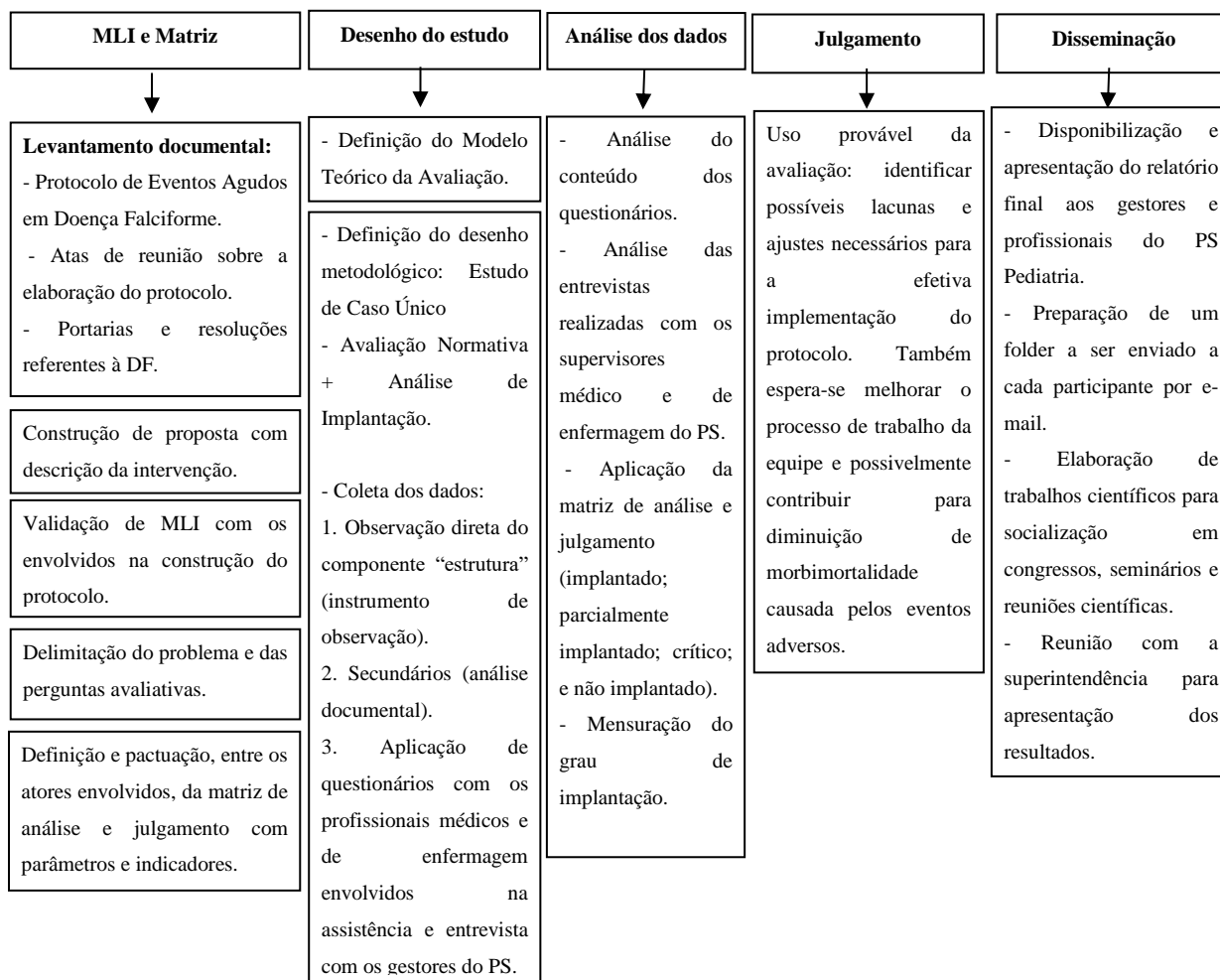
visão dos profissionais quanto à contribuição do PEADF para a qualidade da assistência prestada na emergência, ou seja, a implantação do protocolo será avaliada quanto à sua adequação e cumprimento no setor e também como os profissionais interpretam e assimilam as informações contidas no PEADF.

7 MATERIAL E MÉTODOS: O DESENHO E A REPRESENTAÇÃO VISUAL DO PROCESSO AVALIATIVO

A descrição detalhada de material e métodos está representada na Figura 5, “Modelo da Avaliação”, considerando as diferentes etapas metodológicas do processo avaliativo, que se constituíram em: a) revisão bibliográfica e a documental; b) a descrição da intervenção e a validação do Modelo Lógico da Intervenção (MLI); c) a abordagem, propósito e desenho da avaliação; d) a coleta e análise dos dados (Matriz de Informação); e) a Valoração (Matriz de Relevância) e a Análise e Julgamento (Matriz de Julgamento e Síntese avaliativa).

Para a apreciação da intervenção, foi detalhada a modelização da avaliação, considerando a elaboração do Modelo Lógico da Intervenção (MLI), a validação do MLI, o Desenho do Estudo, Coleta e a Análise dos Dados, conforme Figura 5.

Figura 5 – Modelização da Avaliação



Fonte: Elaborado pela autora (2022). Adaptado de (CARDOSO *et al.*, 2019, p. 58)

7.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E PESQUISA DOCUMENTAL SOBRE O TEMA

Realizou-se uma revisão bibliográfica do tipo Integrativa nas bases de dados de publicações científicas, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no *Scielo*, com o intuito de fundamentar a compreensão sobre os diversos aspectos que envolvem avaliação em saúde e doença falciforme. Os termos utilizados para identificar os artigos nas bases obedeceram ao padrão dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), tendo-se utilizado as seguintes estratégias de busca: (“anemia falciforme” OR “*sickle cell disease*”) AND (cuidado* OR assistencia* OR servico* OR atencao OR *assistance* OR *care*) AND (emergencia* OR “emergencia pediátrica” OR *emergency*) AND (crianca* OR *children**), (“Anemia Falciforme”) AND (“Profissionais de saúde”), (“Anemia Falciforme”) AND (“Profissionais de saúde”) AND (Avaliacao), (*Anemia*) AND (“*Sickle Cell Disease*”) AND (*evaluation*), “Anemia falciforme” OR “Doença falciforme” OR “Doença da Hemoglobina S” OR “Doença das células falciformes”.

Adicionalmente, foram realizadas buscas nos repositórios de teses e dissertações da Universidade de São Paulo (USP), do Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Universidade Federal de Minas Gerais (NUPAD - UFMG) por ter um núcleo de estudos em doença falciforme e da Fiocruz (ARCA) por ser referência no estudo de Avaliação em Saúde. Complementarmente, foi consultada a biblioteca virtual do Ministério da Saúde, em busca de protocolos e diretrizes que norteiam o manejo e conduta destes pacientes. Foram encontrados mais de 400 artigos sobre o tema nas plataformas consultadas. Foram selecionados e incluídos 124 estudos, entre eles artigos de revisão, manuais da OMS e Ministério da Saúde que embasaram e contribuíram para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Além da revisão bibliográfica integrativa, foi traçada a trajetória da Política Pública de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, por meio de um levantamento documental dos marcos legais, normativos e protocolos mais relevantes relativos à Doença Falciforme no País, seus eventos agudos e questões sociais envolvidas. Foram também consultados dados epidemiológicos nos sistemas de informação em saúde, que pudessem auxiliar na compreensão do contexto, tais como, taxa de mortalidade e causas de óbito infantil.

A revisão bibliográfica integrativa e a análise documental, além de contribuírem para a caracterização do problema e das ações de controle do agravo, permitiram a construção da

linha do tempo da intervenção, a elaboração de seu modelo descritivo e de uma identificação inicial dos atores envolvidos na elaboração e implementação do protocolo.

7.2 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: O MODELO LÓGICO

Ao pretender avaliar uma intervenção, faz-se necessário defini-la primeiramente e representá-la por meio do modelo lógico (ML) (BROUSSELLE *et al.*, 2011). O desenvolvimento do ML foi a primeira atividade do estudo e precedeu a escolha das perguntas avaliativas. Foram consideradas na intervenção as atividades previstas para o cuidado, os indicadores de qualidade que estão relacionados à intervenção, os benefícios que a intervenção se propõe a produzir e as estratégias e táticas que foram adotadas para o alcance de suas metas e objetivos.

Os processos descritos no ML subsidiaram a elaboração dos indicadores, a escolha de fontes de informações e a construção dos instrumentos para coleta de dados para avaliar a implantação do protocolo. A construção do modelo da intervenção considerou o que é necessário e suficiente estar inserido no protocolo para que o atendimento tenha um bom desfecho.

A construção do modelo lógico da intervenção foi um processo embasado na literatura e compartilhado com os *stakeholders*, a partir do levantamento do problema que incitou esta pesquisa avaliativa. Para a sua validação, optou-se pela realização de rodas de conversa. Foram realizadas quatro rodas de conversa em horários diversos com a equipe assistencial (médicos, enfermeiros assistenciais, enfermeiros do ACR, e técnicos de enfermagem), com a intenção de envolver os profissionais que trabalham nos turnos do dia e da noite. Naquele momento, foi apresentado o modelo lógico desenvolvido pela avaliadora e discutido com a equipe quais seriam os principais processos atrelados à prática assistencial do paciente com DF e que deveriam ser incluídos no modelo lógico para avaliação. Por sugestão do grupo, os componentes Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) e a Assistência foram divididos em subcomponentes diferentes.

Portanto, a proposta de construção e validação do modelo lógico do protocolo (incluindo estrutura, processos e resultados) (DONABEDIAN, 1980), foi consensuada com os principais atores envolvidos na construção do protocolo e que atuam na prestação da assistência ao paciente com anemia falciforme.

7.3 ABORDAGEM, PROPÓSITO E DESENHO DA AVALIAÇÃO

Nesta pesquisa avaliativa utilizou-se métodos mistos de caráter complementar. Deu-se ênfase na análise de dados quantitativo com complementariedade da abordagem qualitativa. Foram exploradas as diferentes perspectivas dos diversos atores (gestores e os profissionais da assistência direta) em relação a estrutura e processos, e quanto às dimensões e subdimensões definidas, além de ter também uma abordagem colaborativa e formativa. A abordagem colaborativa pressupõe uma aliança entre os avaliadores e os *stakeholders*, sendo os avaliadores os responsáveis pela condução do processo. O envolvimento dos *stakeholders* promove o fortalecimento do desenho avaliativo, facilitando a coleta de informações e a compreensão dos achados pelos interessados (CARDOSO *et al.*, 2019). A avaliação é considerada formativa, na medida que viabiliza o aprendizado e a melhoria dos processos organizacionais envolvidos (CARDOSO *et al.*, 2019).

Por considerar os critérios e normas previamente definidas pelo PEADF como padrão para explorar a qualidade técnica, este estudo avaliativo foi considerado com uma apreciação normativa. Foi realizado um estudo de caso único e transversal. Para Denis, Champagne e Hartz (1997), o estudo de caso caracteriza-se pelo foco do estudo ser o próprio caso e onde existe a necessidade de investigar questões em profundidade.

O processo de implantação da intervenção foi abordado sob a perspectiva de dimensões avaliativas pré-definidas, tendo como padrão o protocolo do PS Pediatria do Hospital Regional de Ceilândia – DF (HRC). Este protocolo foi criado em 2019 e é específico para Doença Falciforme, sendo sua construção baseada no Manual de Eventos Agudos do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a), denominando-se “*Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme*” (PEADF).

Em uma avaliação, o procedimento de elaborar, esclarecer, negociar e aplicar critérios para determinar o valor (ou mérito) do objeto avaliado faz parte de um exercício metodológico que deve ser cuidadoso (ESHER *et al.*, 2012).

A análise do grau de implementação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme foi baseada na tipologia proposta por Champagne *et al.* (2011a). Estes autores identificam quatro tipos de avaliação de implementação: 1A, 1B, 2 e 3. A análise do tipo 1 visa compreender as variações na forma da intervenção; a do tipo 1A procura explicar o processo de transformação da intervenção em um determinado contexto; e a do tipo 1B, utilizada neste estudo, visa explicar a diferença entre a intervenção tal como foi planejada e

aquela realmente implantada. Essa análise procura compreender as variações observadas no grau de implementação de uma intervenção ou no nível de integralidade de sua implantação (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Em relação aos componentes estruturais, ou seja, a arquitetura da intervenção adotada nessa pesquisa avaliativa foi o lógico operacional, tal como previa Donabedian (1980, 1988, 1993), que estabeleceu o vínculo entre estrutura, processos e resultados. No que concerne às subdimensões da avaliação, este estudo teve embasamento na perspectiva de Vuori (1988). Esta escolha objetivou determinar, direta ou indiretamente, se a estrutura e os processos envolvidos atendem aos requisitos técnicos especificados no protocolo.

A conformidade foi escolhida como a principal dimensão da análise para implementação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme (PEADF). As subdimensões eleitas para o modelo foram: oferta e qualidade técnica, descritas na Figura 6. Esta seleção se deu a partir da literatura que discute os conceitos-chave e a aplicação de instrumentos para medir a implantação do protocolo (VUORI, 1988). Assim, a dimensão de *conformidade* reflete todos os aspectos envolvidos no cumprimento do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme (PEADF).

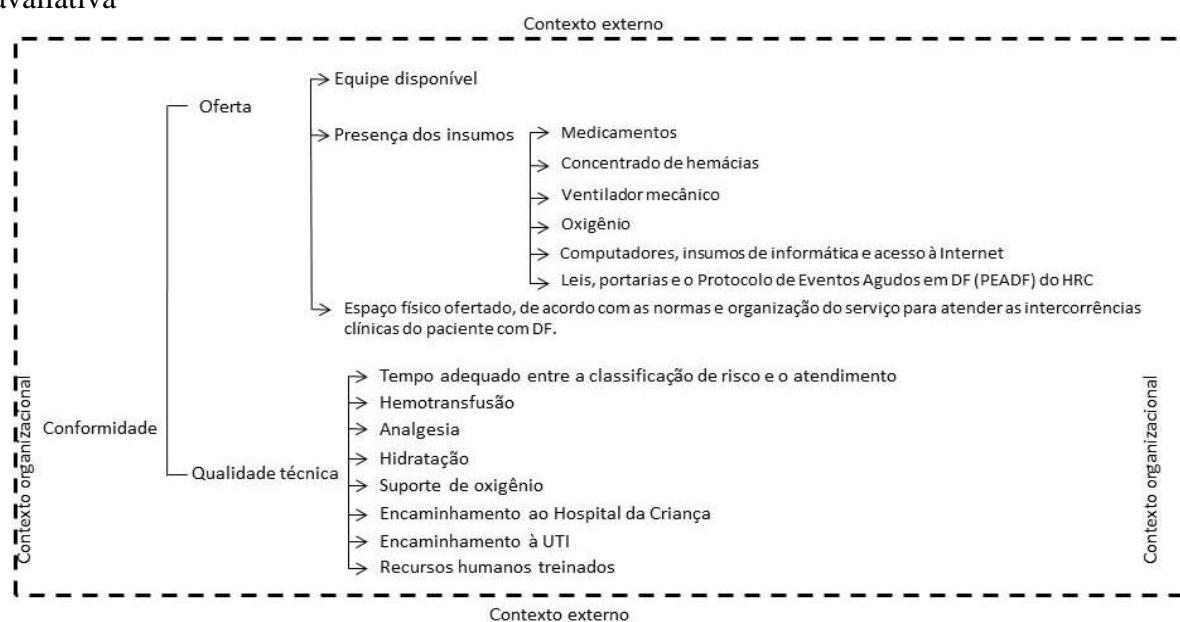
A subdimensão *oferta* refere-se aos recursos necessários à produção dos serviços, sendo aqueles que devem existir para que o serviço aconteça: profissionais capacitados, equipamentos, medicamentos, portarias, protocolo específico e espaço físico ofertado, de acordo com as normas e organização do serviço para atender as intercorrências clínicas do paciente com DF.

A percepção da qualidade dos processos desenvolvidos pela equipe do PS no atendimento ao paciente com DF foi analisada considerando a subdimensão da *qualidade técnica* (VUORI, 1988). Ao utilizar a qualidade técnica do serviço de saúde como foco da atenção ofertada, o padrão de cuidado adequadamente qualificado terá que ser definido, neste caso, na forma de diretrizes do protocolo. Assim, considera-se que um serviço de emergência tenha qualidade técnica se, dentre outros atributos, ele responda em tempo hábil com soluções resolutivas às necessidades apresentadas pelo usuário. Uma vez que a qualidade técnica é uma subdimensão da conformidade, os processos de cuidado e o nível de conhecimento foram examinados pelo questionário aplicado aos profissionais e pela entrevista com a ex-diretora clínica, ex-superintendente, supervisora médica e de enfermagem do setor.

O questionário para verificação da percepção dos profissionais foi composto de um conjunto de variáveis distribuídas em cinco núcleos de sentidos: percepção sobre a definição da doença; quem são os pacientes; as ações técnicas do serviço para com a doença (diagnóstico, acolhimento, condutas terapêuticas e encaminhamentos). Ressalta-se que cada ponto foi abordado a partir da perspectiva do profissional, para então levá-lo a contrastar sua percepção com as diretrizes do protocolo. Esta estratégia parte do pressuposto que os procedimentos adotados pelos profissionais de saúde são influenciados por seu conhecimento científico, diretivas presentes nos protocolos e experiência na prestação de assistência em saúde.

As dimensões, subdimensões e seus componentes estão sintetizadas no diagrama de teia representado na Figura 6.

Figura 6 – Diagrama da Teia com as dimensões e subdimensões consideradas para a pesquisa avaliativa



Fonte: Elaborado pela autora (2022) a partir da perspectiva de Vuori (1988), adaptada do *Projeto Nascer* (SANTOS e CRUZ, 2014)

7.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS (MATRIZ DE INFORMAÇÃO)

A pesquisa avaliativa descrita nesta dissertação foi realizada em Ceilândia. Trata-se da cidade-satélite mais populosa do Distrito Federal e, junto com a cidade-satélite vizinha de Brazlândia, compõe a Região Oeste, totalizando aproximadamente 541.638 habitantes (CODEPLAN, 2015). A Região Oeste contempla dois hospitais regionais, sendo eles: o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e o Hospital Regional de Brazlândia (HBZ). O HRC,

unidade escolhida para avaliação da intervenção, é o hospital de referência para atender os pacientes em situação de emergência na Região Oeste. É um hospital de grande porte, que possui uma unidade de pronto socorro pediátrico, com 13 leitos comuns e um box de emergência.

Para responder as perguntas avaliativas, foram realizadas as seguintes etapas: a caracterização do local da pesquisa por meio da observação direta do ambiente de trabalho utilizando-se de uma lista de verificação; a aplicação de questionário estruturado aos profissionais médicos e enfermeiros da assistência e classificação de risco; aplicação de questionário aos técnicos de enfermagem envolvidos no atendimento emergencial; entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice C) com os supervisores médicos (um), de enfermagem (um) e gestores (dois) que atuaram na diretoria clínica e superintendência (n=4 profissionais). Foram considerados elegíveis para o estudo todos os médicos, enfermeiros e técnicos que atuam no Pronto-Socorro do Hospital Regional de Ceilândia (PS-HRC). Atualmente, existem no setor 22 técnicos de enfermagem, doze enfermeiros assistenciais e do ACR e vinte médicos pediatras, totalizando 54 profissionais. O critério de exclusão foi estar de férias, estar afastado, de licença médica ou se recusar a responder.

Na etapa da observação direta, orientada por instrumento de observação do tipo *check list*, avaliou-se a conformidade do componente “estrutura”: insumos, espaço físico, presença de consultórios, equipamentos de emergência (ventilador mecânico, rede de oxigênio, desfibrilador), computadores, normas/protocolos e pontos de acesso à internet nas dependências de trabalho (Apêndice D).

Ela foi realizada por meio de visita técnica, dividida em duas etapas, nos dias 16 e 17 de novembro de 2021 e em turnos aleatórios. Foram observados aspectos relacionados à ambiência, localização do estabelecimento, abrangência do atendimento, caracterização do setor de acolhimento, classificação de risco dos pacientes, medicamentos e equipamentos necessários para a prestação de serviços.

Neste estudo, por se tratar de estabelecimento hospitalar, dois documentos foram base para a construção da lista de verificação: a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 50/02 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002); e a Portaria nº 354/14, que estabelece a Resolução de "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Entendendo que a conformidade foi escolhida como a principal dimensão desta pesquisa avaliativa, essas normativas têm o papel de estabelecer normas e padrões regulamentares, cujo objetivo é atribuir responsabilidades a instituições e profissionais, a fim de garantir as boas práticas e manter os padrões de qualidade dos produtos e serviços destinados à saúde da população.

A abordagem dos profissionais teve como objetivo examinar seu nível de conhecimento acerca da Doença Falciforme (DF), sua epidemiologia, suas manifestações clínicas, manejo de pacientes, estrutura disponível e processos de trabalho. Foi aplicado um questionário semiestruturado, autopreenchido. O questionário foi entregue presencialmente aos profissionais, que foram: pediatras, enfermeiros assistenciais, enfermeiros do Acolhimento e Classificação de Risco (ACR), e técnicos que atuam diretamente na assistência aos pacientes. Foi utilizado um questionário elaborado e validado por (GOMES, 2010), baseado nos pontos importantes para o atendimento da criança com doença falciforme, estabelecido pelas linhas diretivas do Estado de Minas Gerais e do Ministério da Saúde. A análise do conhecimento sobre doença falciforme foi realizada por meio do julgamento de afirmativas como verdadeiras ou falsas. Para apreciação dos profissionais quanto à estrutura e os processos de trabalho, foram oferecidas 25 alternativas, que questionavam sua concordância ou discordância. Esse questionário possui 61 questões e foi dividido em quatro domínios, a saber:

- Epidemiologia: 8 (oito) questões;
- Manifestações clínicas: 13 (treze) questões que abordaram fisiopatologia, crises de dor, sequestro esplênico agudo, síndrome torácica aguda, acidente vascular cerebral e infecções;
- Manejo da criança com doença falciforme: 18 (dezoito) questões relacionadas aos cuidados com o ambiente, hidratação, crescimento, desenvolvimento, nutrição, uso de imunobiológicos, antibioticoterapia profilática, uso de ácido fólico, exame físico, sinais de alerta, consultas especializadas, transfusões, aconselhamento genético, orientações aos pais, entre outros;
- Estrutura e processos de trabalho: 25 (vinte e cinco) questões.

Ressalta-se que, em relação aos três primeiros domínios, cada questão respondida corretamente soma um ponto no número de acertos. O desempenho no teste foi aferido por meio da média de acertos para as questões propostas. Para simplificar o desempenho dos

profissionais, os escores totais de acertos foram categorizados em desempenho abaixo da média e desempenho acima da média. Já o quarto domínio que trata sobre estrutura e processo de trabalho trata sobre a visão dos profissionais acerca do protocolo. Este domínio continha 25 afirmativas (B37 a B61) que obtiveram das(os) participantes uma aferição quanto à estrutura e aos processos de trabalho na unidade de saúde. Foram avaliados pelos respondentes a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos, tempo de atendimento, desempenho em alguns procedimentos, conhecimento da equipe, dentre outros aspectos. Nessa seção do questionário, não havia respostas corretas ou erradas. Os questionários foram incluídos nos Apêndices A e B desta dissertação.

Para abranger todos os aspectos que pudessem influenciar na avaliação do grau de implantação do protocolo sob uma visão gerencial, gestores vinculados à administração da Rede de Urgência e Emergência Pediátrica da Cidade de Ceilândia – DF, ocupando cargos de Supervisão, Direção ou Superintendência, foram entrevistados. As perguntas englobavam sua atuação pessoal, entendimento sobre o protocolo, recursos físicos e humanos para atendimento ao paciente, dentre outros aspectos. As entrevistas foram presenciais com três dos profissionais e virtualmente com outro deles. As entrevistas foram gravadas com a autorização da(o) entrevistada(o), após assinatura do TCLE, duraram entre uma 1h e 1h20m e ocorreram no período de novembro de 2021 e janeiro de 2022. Em relação às entrevistas, considerando a especificidade dos cargos, foram tomadas precauções para que fossem citados de modo genérico. Assim, foi solicitada a autorização para sua citação.

Os critérios de exclusão foram: gestores da saúde afastados das suas atividades laborais, que estivessem de férias ou que se recusassem a participar.

Em síntese, a avaliação da implantação do protocolo foi realizada por meio do roteiro de observação direta da estrutura, entrevista realizada com os supervisores do PS Pediatria (médico e de enfermagem) e ex-gestores do hospital e questionário semiestruturado com a equipe (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem). As atividades de coleta e fontes de verificação estão sistematizadas na matriz de informação (Quadro 2) a seguir:

Quadro 2 – Matriz de informações da pesquisa avaliativa

Qual é a conformidade dos insumos e dos processos existentes às normas vigentes para que o atendimento às intercorrências clínicas apresentadas pelos pacientes com anemia falciforme em crise seja realizado adequadamente?				
Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Fonte de verificação	Instrumento
Conformidade	Oferta	Média do tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico	Questionário semiestruturado para profissionais	Questionário semiestruturado para profissionais
		Disponibilidade de analgésicos e antiinflamatórios		
		Percentual de crianças que necessitam de hemotransfusão e receberam o concentrado de hemácias		
		Presença de ventilador mecânico	Observação direta	Relatório de visita técnica
		Presença de rede de oxigênio e ar comprimido		
		Acesso à Internet		
		Computadores suficientes	Questionário semiestruturado para profissionais	Questionário semiestruturado para profissionais
		Normas e protocolos disponíveis		
		Espaço físico ofertado, de acordo com as normas e organização do serviço para atender as intercorrências clínicas do paciente com DF	Observação direta	Relatório de visita técnica e entrevista semiestruturada
		Existência de laboratório	Observação direta e análise documental	Relatório de visita técnica
Existência de radiologia				
Higiene e Conforto				

Quadro 2 - CONTINUAÇÃO

Qual é a conformidade das práticas profissionais preconizadas pelo protocolo?				
Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Fonte de verificação	Instrumento
Conformidade	Qualidade técnica	Percentual de prescrição e administração de analgésicos orais, no primeiro momento da crise de dor	Entrevista com gestores e questionário aplicado	Relatório de entrevista e questionário aplicado
		Percentual de prescrição e administração de antiinflamatórios associados aos analgésicos, se necessário		
		Percentual de prescrição e administração de analgésico venoso após a internação, se necessário		
		Percentual de prescrição e administração de opioides em pacientes com queixa de dor		
		Média do tempo de uso de opioides		
		Percentual de solicitação de exames laboratoriais, se necessário		
		Percentual de solicitação de exames de imagem		
		Percentual de prescrição e administração de		

		antibióticos, se infecção		
		Percentual de punção, se derrame pleural		
		Percentual de solicitação de gasometria arterial		
		Percentual de uso de oxigênio, se hipoxemia		
		Percentual de prescrição e administração de hemotransfusão, se necessário		
		Percentual de prescrição e administração de broncodilatadores		
		Percentual de realização de fisioterapia respiratória		
		Percentual de crianças encaminhadas para o hematologista no HCB		
		Conhecimento da existência do protocolo no setor		
		Proporção de profissionais capacitados		
		Percentual de resposta do questionário acerca da Doença Falciforme		

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

7.5 VALORAÇÃO, ANÁLISE E JULGAMENTO

Para realizar a classificação do grau de implantação do PEADF, foram construídas a Matriz de Relevância e a Matriz de Análise de Julgamento, que podem ser visualizadas nos Quadros 3 e 4, respectivamente, para avaliar a dimensão de Conformidade.

Por meio da técnica de consenso da equipe de assistência e de gestores promovida em rodas de conversa e reuniões com a equipe definiu-se a relevância dos indicadores, destacando os itens da “estrutura” e “processos” que são críticos para o setor. A matriz de relevância foi construída utilizando uma escala referida como: muito relevante (RRR, valendo 30 pontos), relevante (RR, valendo 20 pontos) e pouco relevante (R, valendo 10 pontos). A escala foi aplicada a cada recurso e a cada processo. A matriz de relevância identifica quais componentes devem ser priorizados e confere maior transparência à elaboração da matriz de análise e julgamento da implementação.

Quadro 3 – Matriz de relevância da avaliação do grau de implantação do PEADF do PS
Pediatría HRC. Brasília, 2020

Componentes		Conformidade	
		Oferta	Qualidade técnica
Estrutura e recursos	Espaço físico ofertado, de acordo com as normas e organização do serviço para atender as intercorrências clínicas do paciente com DF.	RRR	RRR
	Ambiência (limpeza, conforto, adequação de mobiliário, proteção contra calor, frio, chuva)	RRR	RR
	Existência de equipamentos para prestar assistência aos pacientes	RRR	RRR
	Consultório médico para atendimento da criança	RRR	RR
	Box de emergência equipado para as situações de emergência	RRR	RRR
	Presença de rede de oxigênio e ar comprimido	RRR	RR
	Profissionais capacitados para atender as intercorrências	RRR	RRR
	Protocolo interno (PEADF) disponível	RR	RRR
	Normas, Leis e Portarias sobre DF disponíveis	RR	RRR
	Capacitação teórica e prática dos profissionais do PS	RRR	RRR
	Disponibilidade de computadores em nº adequado para a demanda dos profissionais da assistência	RRR	RRR
	Acesso à internet em todos os computadores do PS	RRR	Não se aplica
	Existência de laboratório para realização de exames	RRR	RRR
	Existência de radiologia para realização de exames	RRR	RR
	Disponibilidade de analgésicos	RRR	RR
	Disponibilidade de opioides	RRR	RR
	Disponibilidade de antiinflamatórios	RRR	RR
	Disponibilidade de antibióticos	RRR	RR
	Disponibilidade de hemocomponentes	RRR	RR
TOTAL	55R Total 550 pts	45R Total 450 pts	

Quadro 3 - CONTINUAÇÃO

Componentes		Conformidade	
		Oferta	Qualidade técnica
Processos	Tempo adequado entre a classificação de risco e o atendimento médico	RR	RRR
	Prestação de assistência e os primeiros cuidados a urgência e emergência em ambiente adequado	RR	RRR
	Realização de procedimentos rotineiros de analgesia para o atendimento às crises algicas na anemia falciforme, conforme orientação do MS	RR	RRR
	Prescrição e administração de analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor.	RR	RRR
	Prescrição e administração de analgésico venoso após a internação	RR	RRR
	Prescrição e administração de opioides	RR	RRR
	Prescrição e administração antiinflamatórios associados aos analgésicos	RR	RRR
	Solicitação de exames laboratoriais	RR	RRR
	Solicitação de exames de imagem	RR	RRR

Prescrição e administração de antibióticos, se infecção	RR	RRR
Punção, se derrame pleural	RR	RRR
Solicitação de gasometria arterial	RR	RRR
Uso de oxigênio, se hipoxemia	RR	RRR
Prescrição e administração de hemocomponente, se necessário	RR	RRR
Prescrição e administração de broncodilatadores	RR	RRR
Realização de fisioterapia respiratória	RR	RRR
Crianças encaminhadas para o HCB, se necessário	RR	RRR
Conhecimento da existência do protocolo do setor	RRR	RRR
Conhecimento do conteúdo do protocolo do setor	RRR	RRR
Proporção de profissionais capacitados no protocolo	RRR	RRR
Percentual de resposta do questionário acerca da Doença Falciforme	Não se aplica	Não se aplica
TOTAL	43R Total 430 pts	60R Total 600 pts

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Legenda: RRR=muito relevante; RR=relevante e R=pouco relevante

Em seguida, para a construção da matriz de análise e julgamento, foram estabelecidos critérios, indicadores e pontos de corte com uma pontuação para cada um, segundo a normatização e a partir da dimensão de conformidade, das subdimensões previamente estipuladas e dos componentes de estrutura e processos.

O grau de implementação foi definido a partir do atendimento aos critérios definidos na Tabela 2. Para o caso de um componente que tenha atendido dois ou mais critérios, foi considerado como “implantado”. Por outro lado, se tiver atendido apenas um critério, foi classificado como “parcialmente implantado”. Finalmente, caso não tenha atendido qualquer dos dois critérios, foi considerado como “não implantado”.

Os pontos de corte que foram adotados para estabelecer os intervalos dos escores dos indicadores (estrutura e processos) da matriz de julgamento para caracterizar o grau de implantação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme do PS-HRC foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey, Hartz e Bermudez (2003).

Os intervalos de escores foram os seguintes: **implantado**, para o grau de implantação (GI) maior que 75%; **parcialmente implantado**, para o grau de implementação entre 50% e 75%; **crítico**, para os valores entre 25% e 49%; **não implantado** para os valores abaixo de 25%.

Tabela 2 - Intervalos de escores para determinação do grau de implementação

Percentual	Grau de implementação
> 75%	Implantado
50 ~75%	Parcialmente implantado
25 ~49%	Crítico
< 25%	Não implantado

Fonte: Adaptado de Cosendey, Hartz e Bermudez (2003)

Com base nesses intervalos, foi possível atribuir aos indicadores uma pontuação que os classificou em graus de implantação, conforme o Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Matriz de Análise e Julgamento elaborada

	INDICADOR / CRITÉRIO	Conformidade		Grau de Implementação
		Oferta (sim/não)	Qualidade técnica (sim/não)	
ESTRUTURA E RECURSOS	Espaço físico ofertado, de acordo com as normas e organização do serviço para atender as intercorrências clínicas do paciente com DF.			
	Ambiência (limpeza, conforto, adequação de mobiliário, proteção contra calor, frio, chuva)			
	Existência de equipamentos para prestar assistência aos pacientes			
	Consultório médico para atendimento da criança			
	Box de emergência equipado para as situações de emergência			
	Presença de rede de oxigênio e ar comprimido			
	Profissionais capacitados para atender as intercorrências			
	Protocolo interno (PEADF) disponível			
	Normas, Leis e Portarias sobre DF disponíveis			
	Capacitação teórica e prática dos profissionais do PS			
	Disponibilidade de computadores em nº adequado para a demanda dos profissionais da assistência			
	Acesso à Internet em todos os computadores do PS			
	Existência de laboratório para realização de exames			
	Existência de radiologia para realização de exames			
	Disponibilidade de analgésicos			
	Disponibilidade de opioides			
	Disponibilidade de antiinflamatórios			
	Disponibilidade de antibióticos			
	Disponibilidade de hemocomponentes			
	TOTAL			

Quadro 4 - CONTINUAÇÃO

	INDICADOR / CRITÉRIO	Conformidade		Grau de Implementação
		Oferta (sim/não)	Qualidade técnica (sim/não)	
PROCESSOS	Tempo adequado entre a classificação de risco e o atendimento médico			
	Prestação de assistência e os primeiros cuidados a urgência e emergência em ambiente adequado			
	Realização de procedimentos rotineiros de analgesia para o atendimento às crises álgicas na anemia falciforme, conforme orientação do MS			
	Prescrição e administração de analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor			
	Prescrição e administração de analgésico venoso após a internação			
	Prescrição e administração de opioides			
	Prescrição e administração antiinflamatórios associados aos analgésicos			
	Solicitação de exames laboratoriais			
	Solicitação de exames de imagem			
	Prescrição e administração de antibióticos, se infecção			
	Punção, se derrame pleural			
	Solicitação de gasometria arterial			
	Uso de oxigênio, se hipoxemia			
	Prescrição e administração de hemocomponente, se necessário			
	Prescrição e administração de broncodilatadores			
	Realização de fisioterapia respiratória			
	Crianças encaminhadas para o HCB, se necessário			
	Conhecimento da existência do protocolo do setor			
	Conhecimento do conteúdo do protocolo do setor			
	Proporção de profissionais capacitados no protocolo			
	Percentual de resposta do questionário acerca da Doença Falciforme			
	TOTAL			

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

7.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E ESTRATÉGIAS DE DISSEMINAÇÃO

O projeto desta dissertação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF) sob o número de parecer n° 5.108.252.

Os preceitos éticos foram plenamente respeitados. Os dados coletados serão mantidos em sigilo, assegurando a confidencialidade e a privacidade dos envolvidos, conforme as resoluções n° 466, de 2012 e 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Para a participação na pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices E e F).

Tanto em relação às gestoras entrevistadas quanto aos profissionais que responderam ao questionário semiestruturado, um possível risco que esta pesquisa poderia trazer seria o de constrangimento ao responder a algumas perguntas. Então foi informado que o entrevistado poderia se recusar a responder a qualquer pergunta que o constrangesse. Além disso, os participantes poderiam se sentir cansados e estressados com sua participação. Porém, foi ressaltado que sua participação seria voluntária e que nenhuma forma de identificação seria divulgada. Quanto aos questionários, os participantes teriam um prazo para respondê-lo com tranquilidade, conforme suas disponibilidades individuais. Já em relação às entrevistas, considerando a especificidade do cargo, existia um risco de identificação. No entanto, foram tomadas precauções para que os cargos fossem citados de modo genérico, sem distinção por setor, para que a identidade dos entrevistados não fosse revelada. Assim, foi solicitada a autorização para citação do cargo, caso algum trecho da entrevista tivesse que ser transcrito na dissertação.

Foi ressaltado que os profissionais (gestores ou assistenciais) poderiam deixar de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo, seja moral ou financeiro. Adicionalmente, toda despesa relacionada à pesquisa foi de responsabilidade dos pesquisadores.

A pesquisa avaliativa terá o benefício de subsidiar tomadas de decisão na rede de urgência e emergência da cidade de Ceilândia – DF. Poderá corrigir fluxos, processos, bem como identificar necessidades em saúde e potencializar estratégias positivas para aprimorar as práticas profissionais.

Será garantido aos participantes da pesquisa, o acesso aos resultados por meio da preparação de um *folder* a ser enviado a cada participante por e-mail. Além disso, serão

apresentados à equipe e disponibilizados em local de fácil acesso e visibilidade os principais achados, no formato de *cards* explicativos. Às gestoras pretende-se realizar uma reunião apresentando uma síntese avaliativa. Complementarmente, serão elaborados artigos e trabalhos científicos para difusão do conhecimento em congressos, seminários e reuniões científicas. Por fim, haverá uma reunião com a superintendência para apresentação dos resultados.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, descrevem-se os resultados da pesquisa realizada e a discussão relacionadas a esses achados. Eles estão organizados em quatro itens, que coincidem com os objetivos específicos da pesquisa, a saber: verificação da conformidade de recursos e processos existentes às normas prescritas no protocolo, identificando os arranjos que facilitam a execução das ações; caracterização da implementação do protocolo por meio da discussão do nível de conhecimento, das atitudes e das práticas dos profissionais a ele relativas; análise da visão dos profissionais quanto à contribuição do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme para a qualidade técnica da assistência prestada na emergência e verificação de quais fatores facilitam ou dificultam o processo de implementação.

Nas subseções a seguir, estão detalhados os resultados organizados da seguinte forma: a) descrição da conformidade às recomendações técnicas realizada por observação presencial; b) características dos participantes; c) implementação do protocolo segundo a visão dos profissionais; d) implementação do protocolo segundo as gestoras e supervisoras; e a síntese avaliativa da implementação.

8.1 DESCRIÇÃO DA CONFORMIDADE ÀS RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

A visita técnica seguiu a lista de verificação e teve o acompanhamento de enfermeira assistencial plantonista, sem intercorrências ou interrupções, enquanto o restante da equipe continuava em suas atividades. Durante a visita ao setor, verificou-se que a área de internação do Pronto Socorro de Pediatria possui 14 leitos, sendo 11 leitos comuns, 2 leitos para isolamento de doenças infectocontagiosas e 1 leito no Box de Emergência. Há 4 consultórios médicos, 1 sala para acolhimento e classificação de risco, 1 sala de procedimentos, 1 sala para realização de medicamentos e outra de nebulização para as crianças que não serão internadas. As salas referentes a parte administrativa integram a área disponibilizada para o setor.

O local onde os pacientes ficam internados é denominado Observação, os leitos ficam dispostos um do lado do outro e não há divisória entre eles, há apenas cadeira de repouso para os acompanhantes. Existe 01 posto de enfermagem organizado e com pia. Há apenas um banheiro que é dividido entre acompanhantes e as crianças internadas, com dois vasos sanitários e um chuveiro funcionando, ao contrário do que preconiza as normas estabelecidas para a organização do serviço. Em relação aos recursos humanos da unidade, observou-se que

atualmente há 07 enfermeiros assistenciais, 05 enfermeiros para o acolhimento e classificação de risco, 22 técnicos de enfermagem e 20 médicos pediatras.

Observou-se na área, iluminação e ventilação suficientes, bem como limpeza adequada no setor e acondicionamento adequado do lixo. Contudo, no Box de Emergência e no quarto de Isolamento não há a climatização adequada, o que contraria o estabelecido na RDC nº 50/02. Além disso, observou-se a falta de sinalização pertinente dos ambientes e não foi observado expurgo em condições de uso. Existe uma sala que é utilizada como depósito e onde se realiza desinfecção dos artigos hospitalares utilizados, antes de serem enviados para a Central de Material de Esterilização.

A área de circulação é desobstruída, observado presença de dispensadores de álcool em gel e pias em locais estratégicos e dentro dos consultórios, o que corresponde ao esperado. Contudo, não há pia na sala de procedimentos e não há presença de telas nas janelas, o que deveria existir.

O setor não dispõe de documentos impressos com normas e rotinas, nem protocolos operacionais padrão. Não está disponível também, no formato impresso, o Protocolo para Eventos Agudos em Doença Falciforme.

As últimas reuniões realizadas e registradas pela equipe do PS foram relativas à definição da escala de férias, sendo a última realizada dia 11/11/2020. Contudo, não é habitual realizarem-se reuniões clínicas periódicas com toda a equipe do setor.

Existe o livro de registros de atendimentos de urgência e emergência e o livro de registros de internação e alta. Os registros de óbito são realizados em setor específico.

Existe o programa de residência médica na pediatria, mas não existe o programa de residência multiprofissional neste setor. Foi observado apenas a presença de acadêmicos de medicina. As pesquisas e estudos de pós-graduação são realizados de modo independente com vínculo com as universidades e centros de pesquisa. Existe o Núcleo de Educação Continuada, mas não foram registradas atividades relativas ao Pronto Socorro da Pediatria.

Há disponibilidade de insumos e equipamentos básicos necessários para prestação da assistência ao paciente com doença falciforme, como: equipamentos de proteção individual (máscaras, gorros, luvas, capotes, etc.), carro de curativo, medicamentos dentro do prazo de validade acondicionados em armários fechados, termômetro, glicosímetro, oxímetro de pulso, estetoscópio, esfigmomanômetro, álcool a 70%, macas e camas hospitalares, mesa de atendimento e cadeiras para o profissional e para o paciente, abaixador de língua,

negatoscópio, os impressos necessários para atendimento, sistema de assistência respiratória de parede, bomba de infusão, suporte de soro, pérfuro–cortantes acondicionados corretamente, disponibilidade de roupa hospitalar limpa, bem como acondicionamento correto da roupa suja.

Em relação aos equipamentos para atendimento emergencial, foi observada a presença de desfibrilador e monitor multiparâmetros, aparelho de ECG, ventilador neonatal e pediátrico, aspirador de secreções, carro para material de emergência, medicamentos de emergência disponíveis, reanimador pulmonar manual, laringoscópio.

Quanto aos recursos materiais e de informática, há materiais de escritório (papel, tinta, envelopes, pastas, etc.), linha telefônica exclusiva, pontos de acesso à Internet disponíveis e computadores nos setores para acessar o prontuário eletrônico, contudo não em número suficiente para a demanda dos profissionais. A impressora fica localizada em outro setor.

A observação direta contribuiu para a avaliação da estrutura do local, considerando a dimensão de conformidade e, principalmente a subdimensão de oferta, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros estabelecidos pelo *checklist*.

Por meio da observação direta do local, verificou-se que no geral, as condições físicas são suficientes para a prestação dos serviços. Os aspectos avaliados de acessibilidade, conforto ambiental, materiais de acabamento, mobiliários e instalações também estão de acordo com a RDC nº 50/02 (ANVISA, 2002), contribuindo para o adequado funcionamento do espaço e garantindo a segurança.

Porém, observa-se a necessidade de aprimoramento na estrutura em alguns tópicos específicos para a oferta de condições mais favoráveis à prestação de uma boa assistência aos pacientes acometidos pela Doença Falciforme. As limitações na estrutura não ocorrem somente nos estabelecimentos de saúde. Neste sentido, um documento do TCU destaca que 70% das unidades da Administração Direta (19 órgãos) ainda não dispõem de adequada estrutura organizacional (UBARANA, 2017). Em alguns estudos, relata-se como o problema estrutural acaba por influenciar negativamente os processos de trabalho (FREITAS e PINTO, 2005).

Os consultórios, a sala de medicamento e a sala de nebulização utilizados para atendimento do paciente estão em conformidade com as normas estipuladas pelo Ministério da Saúde. Além disso, no local de Observação dos pacientes, é mantida a distância adequada entre os leitos.

Por outro lado, a não existência de uma pia na sala de procedimentos, contraria a RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (ANVISA, 2002). Esta norma determina que sempre que houver paciente (acamado ou não), examinado, manuseado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos para a higienização das mãos por meio de lavatórios ou pias para uso da equipe de assistência.

Outro ponto negativo é que não existem banheiros separados para crianças e adultos, em oposição ao que determina a RDC nº 50/02 (ANVISA, 2002). Isso causa desconforto aos pacientes, já que crianças necessitam de assentos sanitários adaptados para seu uso.

Em relação ao sistema de ventilação da sala de isolamento, vai de encontro a RDC nº 50/02: *“Quando o risco de contaminação através da exposição aos aerossóis infecciosos estiver presente, níveis mais elevados de contenção primária e barreiras de proteção secundárias poderão ser necessários para evitar que agentes infecciosos escapem para o meio ambiente”*. Além disso, a norma citada ainda determina que: *“Estas características do projeto incluem sistemas de ventilação especializados em assegurar o fluxo de ar unidirecionado, sistemas de tratamento de ar para a descontaminação ou remoção do ar liberado, zonas de acesso controlado, câmaras pressurizadas”* (ANVISA, 2002)

Em relação ao indicador referente a normas e rotinas, tendo em vista que o PEADF não estava disponível de forma impressa na unidade de saúde, isso pode afetar negativamente a padronização e a conformidade do processo da atenção. Situação semelhante foi descrita por alguns autores em outros estabelecimentos de saúde (da COSTA et al., 2009; NIQUINI et al., 2010; FACCHINI et al., 2006). A importância do protocolo impresso disponível seria facilitar seu acesso, uma vez que a alta demanda de serviço e a quantidade inadequada de computadores dificulta a consulta rápida da versão online do protocolo em caso de dúvida.

Quanto aos recursos humanos disponíveis na unidade, verificou-se que o dimensionamento de profissionais estava aquém da quantidade ideal. No momento da visita, havia apenas um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e dois médicos para atender a demanda espontânea e as intercorrências na Sala de Observação e na unidade de Pediatria Internação. O ideal para o funcionamento adequado, considerando a quantidade de pacientes e leitos seria de dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e três médicos no atendimento.

8.2 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

A Tabela 3 a seguir descreve o conjunto de participantes que responderam ao questionário e os entrevistados. Eles também foram caracterizados segundo algumas variáveis demográficas e quanto ao nível de conhecimento sobre o agravo em estudo.

Tabela 3 - Participantes do estudo que responderam ao questionário e participaram das entrevistas

Questionário	Previstos	Realizados	Indisponibilidade
Médicos	20	12	8
Enfermeiros	12	9	3
Técnicos de enfermagem	22	21	1
Total	54	42	12
Entrevistas	Previstas	Realizadas	Indisponibilidade
Supervisores	2	2	0
Gestoras	2	2	0
Total	4	4	0

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

A população do presente estudo foi constituída por 54 profissionais de saúde, do Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Regional de Ceilândia – DF, que representam 100% da população a ser incluída. A composição da amostra dos profissionais incluiu: 9 enfermeiras(os) assistenciais e do acolhimento e classificação de risco (ACR), 12 médicas(os) e 21 técnicas(os) em enfermagem.

Os dados a seguir correspondem às respostas do questionário semiestruturado. Destaca-se que 42 profissionais responderam o questionário, sendo que 12 se encontravam de férias ou de atestado médico e, em decorrência da pandemia de COVID-19, observou-se aumento de profissionais licenciados do serviço por questões de saúde. Não houve recusa direta à participação. Contudo, houve perda de sujeitos de pesquisa por indisponibilidade de tempo e/ou de saúde. Ressalta-se que todos os participantes responderam a todas as questões do questionário.

O perfil sociodemográfico dos participantes pode ser visualizado na Tabela 4. Dentre os participantes, notou-se o predomínio do sexo feminino, representando 88,1% (n=37) dos indivíduos. Além disso, 66,7% (n=28) se identificaram como pretos e/ou pardos.

Por sua vez, a média de idade foi de 43,3 anos, variando no intervalo entre 25 anos e 66 anos e o tempo médio de serviço na Unidade de Saúde informado foi de 8,8 anos, variando entre menos de dois anos e mais de 19 anos de trabalho na unidade.

Em relação às supervisoras e gestoras entrevistadas, todas as profissionais convidadas, aceitaram participar da entrevista. Observou-se que 100% eram do sexo feminino e também se identificaram como pardas. Todas as entrevistadas tinham mais de uma década de serviço na saúde pública, tendo atuado por diferentes períodos na unidade de saúde estudada. A mais experiente, a Supervisora de Enfermagem, acumulava 32 anos de experiência de trabalho na assistência sanitária pública. No outro extremo, estava a Supervisora Médica, com cerca de 10 anos de experiência profissional.

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos respondentes dos questionários

Sexo	n	Percentual
Feminino	37	88,1%
Masculino	5	11,9%
Total	42	100%
Faixa etária (anos)		
< 25	0	0,0%
25-34	8	19,0%
35-44	17	40,5%
45-54	11	26,2%
55-65	6	14,3%
> 65	0	0,0%
Total	42	100%
Idade média (anos)	43,3	
Tempo na Unidade de Saúde (anos)		
< 3	7	16,7%
3-8	19	45,2%
9-14	8	19,0%
15-19	3	7,1%
> 19	5	11,9%
Total	42	100%
Tempo médio (anos)	8,8	
Identificação Étnico-racial		
Branco	13	31,0%
Preto	5	11,9%
Pardo	23	54,8%
Indígena	0	0,0%
Amarelo	1	2,4%
Total	42	100%

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

8.3 CONFORMIDADE À QUALIDADE TÉCNICA: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DOENÇA FALCIFORME

Para analisar o nível do conhecimento em epidemiologia de enfermeiros e médicos em relação à doença falciforme, foram utilizadas cinco afirmações (B1 a B5), que estão exibidas na Tabela 5. Neste domínio, apenas a questão B2 é considerada falsa.

De maneira geral, as (os) participantes demonstraram conhecer bem a epidemiologia da doença falciforme. Das cinco questões deste domínio, os participantes acertaram em média 79,0%. No entanto, 14,3% dos participantes (n=3) informaram não conhecer algum dos itens deste domínio.

Dentre as (os) participantes, 85,7% (n=18) afirmaram corretamente que a doença é um dos distúrbios genéticos mais frequentes no Brasil (B1). Ao serem questionados sobre a predominância da doença entre brancos e pardos, 85,7% (n=18) dos participantes reconheceram a afirmação como falsa (B2) e 76,2% (n= 16) corretamente apontaram que a doença se constitui por distúrbios com predominância da hemoglobina S nas hemácias (B4). Por sua vez, 66,7% (n= 14) bem apontaram que febre reumática e anemia ferropriva podem ser confundidas com DF (B5).

Tabela 5 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos quanto a aspectos epidemiológicos da DF

Epidemiologia	Acertos	(%)	Erros	(%)	Não sabe	(%)
B1 - A doença falciforme é um dos distúrbios genéticos mais comuns no Brasil.	18	85,7	2	9,5	1	4,8
B2 - No Brasil, a predominância da doença é entre brancos e pardos, também ocorrendo entre negros.	18	85,7	3	14,3	0	0,0
B3 - O traço falciforme - heterozigose para o gene da hemoglobina S - constitui uma condição relativamente comum e clinicamente benigna em que o indivíduo herda de um dos pais o gene para a hemoglobina A e do outro o gene para a hemoglobina S.	17	81,0	4	19,0	0	0,0
B4 - A doença se constitui por distúrbios caracterizados pela predominância da hemoglobina S nas hemácias: SS, SC, S-talassemias e outras mais raras.	16	76,2	3	14,3	2	9,5
B5 - Outras doenças da infância como a febre reumática e anemia ferropriva podem ser confundidas com a doença falciforme.	14	66,7	7	33,3	0	0,0

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Para avaliar o conhecimento dos técnicos de enfermagem em relação à epidemiologia da doença falciforme, utilizaram-se oito afirmações (B1 a B8), que estão apresentadas na Tabela 6. Neste domínio, apenas as questões B3, B5 e B6 são consideradas falsas.

De maneira geral, as (os) participantes demonstraram conhecer bem a epidemiologia da doença falciforme. Das oito questões deste domínio, acertaram em média 84,5% das questões (Tabela 6).

Todos os indagados afirmaram corretamente que a doença falciforme é hereditária (B1). Além disso, 81,0% (n=17) apontaram corretamente de que se trata de um dos distúrbios genéticos mais frequentes no País (B2) e que a doença foi trazida pela imigração de escravos da África (B4). Por outro lado, 76,2% (n=16) discordaram corretamente da afirmação que a doença falciforme não é considerada um problema de saúde pública no Brasil (B3). Ao serem questionados sobre a predominância da doença entre brancos e pardos, 85,7% (n=18) dos participantes reconheceram a afirmação como falsa (B5), enquanto 61,9% (n=13) discordaram corretamente da afirmação de que o genótipo SS é caracterizado por gravidade clínica leve (B6). Finalmente, quase a totalidade 95,2% (n=20) dos participantes apontaram que o teste do pezinho detecta a DF (B7) e todos de que mesmo pais sadios podem ser portadores do traço falciforme (B8).

Tabela 6 - Respostas de Técnicos de Enfermagem quanto a aspectos epidemiológicos da DF

Epidemiologia	Acertos	(%)	Erros	(%)	Não sabe	(%)
B1 - A doença falciforme pode ser transmitida dos pais para os filhos, ou seja, é uma doença hereditária.	21	100,0	0	0,0	0	0,0
B2 - A doença falciforme é um dos distúrbios genéticos mais comuns no Brasil e no mundo.	17	81,0	4	19,0	0	0,0
B3 - A doença falciforme não é considerada um problema de Saúde Pública no Brasil.	16	76,2	4	19,0	1	4,8
B4 - A doença originou-se na África e foi trazida às Américas pela imigração forçada dos escravos.	16	76,2	5	23,8	0	0,0
B5 - No Brasil, a predominância da doença é entre brancos e pardos, também ocorrendo menor quantidade nos negros.	18	85,7	2	9,5	1	4,8
B6 - O genótipo SS é caracterizado por uma gravidade clínica leve.	13	61,9	3	14,3	5	23,8
B7 - A doença falciforme é detectada pelo teste do pezinho.	20	95,2	1	4,8	0	0,0
B8 - Os pais podem ser sadios, porém portadores do gene Hb S (traço falciforme).	21	100,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Em relação à análise do conhecimento da equipe sobre a epidemiologia da doença falciforme, observou-se um bom desempenho dos respondentes. Enfermeiros e médicos

acertaram em média 79,0% das questões deste domínio, enquanto os técnicos em enfermagem acertaram em média 84,5%. Desempenho similar foi encontrado no estudo que utilizou originalmente essas questões (GOMES *et al.*, 2011). Destaca-se que a grande presença de casos da DF na área de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto no estudo citado quanto no HRC, juntamente com o dever da equipe de prestar assistência a este paciente, estimula o profissional a buscar conhecimentos específicos sobre a doença.

8.4 CONFORMIDADE À QUALIDADE TÉCNICA: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O MANEJO DA CRIANÇA COM DOENÇA FALCIFORME

No questionário aplicado aos médicos e enfermeiros, este domínio continha 18 questões (B19 a B36) que avaliaram o conhecimento das(os) participantes em relação ao manejo das crianças com doença falciforme. Nesse segmento do questionário, as afirmações B23, B24, B27, B29, B30, B33 e B35 são consideradas falsas. Neste domínio, os participantes acertaram em média 78,6% das questões (Tabela 7).

As questões desse domínio focavam em abordagens de cunho preventivo e sinais de alerta em relação a pacientes com a DF. Dos indagados, 47,6% (n=10) indicaram corretamente que crianças com DF precisam evitar ambientes demasiadamente quentes ou frios (B19). Por outro lado, 100,0% (n=21) concordaram com a afirmação de que esses mesmos pacientes precisam ser mantidos hidratados para evitar crises de dor (B20).

Por sua vez, 90,5% (n=19) concordaram com a questão que apontava que, além das vacinas de rotina, a esses pacientes seria também necessário administrar as vacinas contra varicela, hepatite A, gripe, pneumococos e meningococos (B21). No que tange o uso de antibióticos, 85,7% (n=18) discordaram corretamente da afirmação de que a criança com DF não necessita fazer uso profilático de antibiótico (B24). Por outro lado, apenas 33,3% (n=7) concordam com a afirmação que a antibioticoterapia precisa ser iniciada precocemente em casos de gripes e/ou resfriados (B25).

Quanto ao monitoramento da criança em relação ao uso profilático de ácido fólico (B26), 90,5% (n=19) dos participantes indicaram que tal prática deve ser realizada.

Em relação ao atendimento, 90,5% (n=19) discordaram da afirmação de que pacientes com sinais de alerta da DF não devem ter atendimento priorizado ou diferenciado na unidade de saúde (B27). Foram considerados pelos participantes sinais de alerta: acentuação da palidez

(B28) 100% (n=21); icterícia (B30) 90,5% (n=19); aumento do volume abdominal (B31) 100,0% (n=21).

Quanto ao exame físico da criança, 95,2% (n=20) afirmam de que devem ser registradas as dimensões do fígado e do baço (B32), enquanto 85,7% (n=18) dos indagados discordam corretamente da afirmação de que não há necessidade de avaliar a presença de sopro cardíaco nos pacientes (B33). Já em relação aos exames laboratoriais da criança, 100,0% (n=21) afirmam que os valores de hemoglobina, leucócitos e reticulócitos devem ser medidos e acompanhados (B34). Além disso, 76,2% (n=16) indicaram corretamente como falsa a afirmação de que as crianças com doença falciforme podem desenvolver hipoglicemia devido às transfusões de sangue frequentes (B35), enquanto 85,7% (n=18) concordaram com a afirmação de que é necessário ensinar sobre a palpação do baço aos pais de crianças com doença falciforme (B36).

Uma questão que gerou bastante dúvida aos pacientes foi a B23. Dos participantes, tão somente 23,8% (n=5) indicaram como falsa a afirmação de que os pais devem ser orientados sobre a necessidade de uma dieta rica em ferro e proteínas. Outro achado é que somente 38,1% (n=8) apontaram corretamente a coceira na região do pé e pernas como não sendo sinal de alerta para a DF (B29).

Tabela 7 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre o manejo de pacientes com a DF

Manejo da criança com doença falciforme	Acertos	(%)	Erros	(%)	Não sabe	(%)
B19 - A criança com doença falciforme precisa evitar ambientes muito quentes ou muito frios.	10	47,6	9	42,9	2	9,5
B20 - A criança com doença falciforme precisa ser mantida hidratada para evitar crises de dor.	21	100,0	0	0,0	0	0,0
B21 - Em relação à imunização, além das vacinas de rotina, estes pacientes necessitam de vacina contra varicela, hepatite A, gripe e contra germes capsulados: pneumococo, meningococo.	19	90,5	0	0,0	2	9,5
B22 - Em relação ao crescimento e desenvolvimento, no caso específico de déficits de estatura, a causa mais provável é a associação entre dieta deficiente e ocorrência de infecções pregressas.	16	76,2	2	9,5	3	14,3
B23 - Os pais devem ser orientados sobre a necessidade de uma dieta rica em ferro e proteínas.	5	23,8	15	71,4	1	4,8
B24 - A criança com doença falciforme não necessita fazer uso profilático de antibiótico.	18	85,7	3	14,3	0	0,0
B25 - A antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente em casos de gripes e/ou resfriados.	7	33,3	13	61,9	1	4,8
B26 - A criança com doença falciforme precisa ser monitorada quanto ao uso profilático de ácido fólico.	19	90,5	1	4,8	1	4,8

B27 - O atendimento às crianças com doença falciforme na presença de qualquer um dos sinais de alerta não deve ser diferenciado ou priorizado na unidade de saúde.	19	90,5	2	9,5	0	0,0
B28 - A acentuação da palidez constitui um sinal de alerta.	21	100,0	0	0,0	0	0,0
B29 - Coceira na região do pé e pernas é considerado um sinal de alerta.	8	38,1	9	42,9	4	19,0
B30 - A icterícia não é considerada um sinal de alerta.	19	90,5	2	9,5	0	0,0
B31 - O aumento do volume abdominal é considerado um sinal de alerta.	21	100,0	0	0,0	0	0,0
B32 - No exame físico da criança com doença falciforme devem ser anotadas as dimensões do fígado e do baço.	20	95,2	0	0,0	1	4,8
B33 - No exame físico da criança com doença falciforme não há necessidade de se avaliar a presença ou ausência de sopro cardíaco.	18	85,7	2	9,5	1	4,8
B34 - Em relação aos exames laboratoriais, os valores de hemoglobina, leucócitos e reticulócitos devem ser monitorizados.	21	100,0	0	0,0	0	0,0
B35 - A criança com doença falciforme pode desenvolver hipoglicemia devido às transfusões sanguíneas repetidas.	16	76,2	4	19,0	1	4,8
B36 - Há necessidade de ensinar aos pais sobre a palpação do baço na criança com doença falciforme.	18	85,7	3	14,3	0	0,0

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Em relação ao conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre o manejo de crianças com doença falciforme, ele foi avaliado por meio de 17 questões (B18 a B34), conforme Tabela 8. Nesse segmento do questionário, somente as afirmações B22, B24, B26, B28, B31 e B32 são consideradas falsas. Neste domínio, os participantes acertaram em média 71,4% das questões.

As afirmativas desse domínio focavam em abordagens de cunho preventivo e sinais de alerta em relação a pacientes com a DF. Dos indagados, 76,2% (n=16) indicaram corretamente que crianças com DF precisam evitar ambientes excessivamente quentes ou frios (B18) e 95,2% (n=20) que precisam ser mantidas hidratadas para evitar crises de dor (B19).

Quanto a aspectos nutricionais de pacientes com doença falciforme, 81,0% (n=17) dos indagados apontaram que essas crianças precisam ser avaliadas constantemente quanto a sua nutrição e relação peso/altura (B21). No entanto, 52,4% (n=11) apontaram que alimentação rica em vitamina C protege crianças das crises de dor (B23) e 47,6% (n=10) discordaram corretamente da afirmação de que leites e derivados possam aumentar a frequência de crises de dor (B24).

Em relação ao desempenho escolar das crianças com DF, 66,7% (n=14) dos indagados indicaram que pode ser prejudicado pela doença (B25). Por outro lado, 85,7% (n=18)

discordaram da afirmação de que crianças portadoras da DF não necessitam usar antibióticos para evitar infecções (B26). Uma mesma porcentagem indicou a necessidade de monitoramento desses pacientes quanto ao uso profilático de ácido fólico (B27), já 90,5% (n=19) discordaram da afirmação de que o atendimento a esses pacientes na presença de sinais de alerta deveria ser igual aos dos outros pacientes, sem qualquer priorização (B28). Ainda quanto aos sinais de alerta, foram considerados pelos respondentes como tal: acentuação da palidez (B29) 95,2% (n=20); gripes e resfriados (B30) e icterícia (B32) 82,4% (n=17); aumento do volume abdominal (B33) 95,2% (n=20).

Finalmente, 95,2% (n=20) dos indagados concordaram com a afirmação de que os pais devem ser aconselhados quanto às possibilidades genéticas de uma futura gravidez (B34).

Tabela 8 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre manejo de pacientes com a DF

Manejo da criança com doença falciforme	Acertos	(%)	Erros	(%)	Não sabe	(%)
B18 - A criança com doença falciforme precisa evitar ambientes muito quentes ou muito frios.	16	76,2	4	19,0	1	4,8
B19 - A criança com doença falciforme precisa ser mantida hidratada para evitar crises de dor.	20	95,2	1	4,8	0	0,0
B20 - Em relação à imunização, criança com doença falciforme necessita de receber vacinas especiais além das preconizadas.	6	28,6	10	47,6	5	23,8
B21 - A criança com doença falciforme precisa ser avaliada constantemente quanto a sua nutrição, verificando sempre a relação peso/estatura.	17	81,0	3	14,3	1	4,8
B22 - Os pais devem ser orientados sobre a necessidade de uma dieta rica em vitamina C, ferro e proteínas.	3	14,3	16	76,2	2	9,5
B23 - A alimentação rica em vitamina C protege a criança das crises de dor.	11	52,4	5	23,8	5	23,8
B24 - Leites e derivados podem provocar crises de dor mais frequentemente.	10	47,6	7	33,3	4	19,0
B25 - A criança com doença falciforme tem um maior risco de ter um desempenho escolar prejudicado.	14	66,7	7	33,3	0	0,0
B26 - A criança com doença falciforme não necessita fazer uso de antibiótico para evitar infecções.	18	85,7	2	9,5	1	4,8
B27 - A criança com doença falciforme precisa ser monitorada quanto ao uso profilático de uma vitamina chamada ácido fólico.	18	85,7	3	14,3	0	0,0
B28 - O atendimento às crianças com doença falciforme na presença de qualquer um dos sinais de alerta deve ser igual aos dos outros pacientes não havendo necessidade de priorizar na unidade de saúde.	19	90,5	1	4,8	1	4,8
B29 - A acentuação da palidez constitui um sinal de alerta.	20	95,2	1	4,8	0	0,0
B30 - Gripes e resfriados constituem sinal de alerta.	17	81,0	3	14,3	1	4,3
B31 - Coceira na região do pé e pernas é considerado um sinal de alerta.	8	38,1	9	42,9	4	19,0

B32 - A icterícia não é considerada um sinal de alerta.	17	81,0	2	9,5	2	9,5
B33 - O aumento do volume abdominal é considerado um sinal de alerta.	20	95,2	1	4,8	0	0,0
B34 - Os pais devem ser aconselhados quanto às possibilidades genéticas de uma futura gravidez.	20	95,2	0	0,0	1	4,8

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Cabe ressaltar alguns aspectos menos positivos observados por meio da análise dos resultados. Um ponto ignorado por grande parte dos participantes é em relação à imunização diferenciada de crianças com DF. Somente 28,6% (n=6) apontaram que essas crianças necessitam receber vacinas especiais, além das normalmente preconizadas (B20). De maneira semelhante ao ocorrido com participantes médicos e enfermeiros na afirmativa B29 (38,1%, n=8), houve um conhecimento pouco expressivo, já que apenas 38,9% (n=8) dos técnicos de enfermagem afirmaram que coceira na região do pé e pernas não é um sinal de alerta para a DF (B31). Ademais, os dois grupos não demonstraram pleno conhecimento sobre o risco de sobrecarga de ferro em crianças com doença falciforme. Dos técnicos de enfermagem, somente 14,3% (n=3) corretamente discordaram da afirmação de que os pais das crianças devem ser orientados a dar-lhes uma dieta rica em ferro (B22). A taxa de acerto para esse tópico entre os participantes enfermeiros e médicos foi de 23,8% (n=5) (afirmativa B23).

Dos participantes, tão somente 23,8% (n=5) dos técnicos de enfermagem e 14,3% (n=3) dos médicos e enfermeiros indicaram como falsa a afirmação de que os pais devem ser orientados sobre a necessidade de uma dieta rica em ferro e proteínas. Eventualmente, os pacientes que realizam transfusões de sangue contínuas, como ocorre na doença falciforme, podem ter uma sobrecarga de ferro nos órgãos, sendo necessárias algumas restrições alimentares com moderação do ferro. Esse quadro, que pode ser agravado pela destruição crônica das hemácias e a consequente liberação do ferro presente nas hemoglobinas, torna necessário o uso de quelantes de ferro, substâncias capazes de retirar o nutriente do organismo (BRASIL, 2015a).

Outro achado é que somente 38,1% (n=8) apontaram corretamente a coceira na região do pé e pernas como não sendo sinal de alerta para a DF (B29). A Dactilite Falcêmica, também conhecida como Síndrome mão-pé é o primeiro sinal da doença. É uma inflamação aguda dos tecidos que revertem os ossos dos tornozelos, punhos, mãos e pés. A região pode ficar avermelhada e quente. A dor é muito intensa e a criança fica extremamente irritada e inquieta, chorosa e com dificuldade de mobilidade nas regiões acometidas. Ocorre no primeiro ano de vida, principalmente após o quarto mês. (ANVISA, 2002).

É salutar o fato de que 85,7% (n=36) dos técnicos de enfermagem e dos profissionais de nível superior afirmaram que a criança com doença falciforme necessita usar profilaticamente antibióticos. Esta conduta é uma intervenção importante para reduzir os danos que podem ser causados aos pacientes (CANÇADO, 2011).

Outro problema importante observado por meio dos resultados deste estudo foi em relação à imunização com vacinas especiais da criança com doença falciforme, que necessita de receber vacinas além das preconizadas: apenas 28,6% (n=6) dos médicos acertaram essa questão, ao passo que 90,5% (n=19) dos técnicos acertaram essa questão. As pessoas com doença falciforme têm maior propensão a infecções e sobretudo as crianças podem ter mais pneumonias e meningites. Por isso, elas devem receber vacinas especiais para prevenir estas complicações (BRASIL, 2015a).

As crianças com doença falciforme são vulneráveis para complicações causadas por infecções, principalmente as causadas pelo pneumococo, consideradas o principal agente de sepsis nessas crianças. Assim, é recomendado que, além de receber todas as vacinas do calendário anual, elas recebam vacinas adicionais, como a vacina habitual contra o pneumococo, meningite e vírus influenza (BRAGA, 2007).

8.5 CONFORMIDADE À QUALIDADE TÉCNICA: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS, MÉDICOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DOENÇA FALCIFORME

Para apreciação do conhecimento de enfermeiros e médicos, foram consideradas as 13 afirmações (B6 a B18) que compõem o domínio das manifestações clínicas da doença falciforme retratadas na Tabela 9, assim como os resultados obtidos. Dessas afirmações, são falsas as B7, B9 a B11, e B14 a B17. Nesse domínio, as(os) participantes acertaram, em média, 76,2% das questões.

Tabela 9 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre manifestações clínicas de pacientes da DF

Manifestações Clínicas	Acertos	(%)	Erros	(%)	Não sabe	(%)
B6 - A produção da hemoglobina S decorre da troca de um aminoácido na cadeia beta da globina, resultando em profundas alterações nas propriedades da molécula da hemoglobina quando desoxigenada.	16	76,2	1	4,8	4	19,0
B7 - O genótipo SS é caracterizado por uma gravidade clínica leve.	19	90,5	0	0,0	2	9,5

B8 - Qualquer que seja a forma da doença, classicamente ela se manifesta por anemia hemolítica presente na grande maioria dos casos já no primeiro ano de vida e pelas crises de dor decorrentes dos fenômenos de vaso-oclusão.	10	47,6	10	47,6	1	4,8
B9 - As crises de dor são as complicações menos frequentes da doença falciforme.	20	95,2	1	4,8	0	0,0
B10 - A dor da doença falciforme é invariável tanto em intensidade, duração e localização, no mesmo indivíduo e de um indivíduo para o outro.	14	66,7	7	33,3	0	0,0
B11 - O sequestro esplênico agudo não é uma importante causa de morte em crianças com doença falciforme abaixo de 5 anos.	17	81,0	4	19,0	0	0,0
B12 - O sequestro esplênico agudo caracteriza-se por esplenomegalia maciça e súbita, com aprisionamento de parte considerável da massa eritrocitária.	19	90,5	1	4,8	1	4,8
B13 - Clinicamente, além de esplenomegalia e palidez no sequestro esplênico agudo, há dor abdominal e gemência.	20	95,2	1	4,8	0	0,0
B14 - A Síndrome torácica aguda é a principal causa de óbito após 5 anos de idade.	5	23,8	13	61,9	3	14,3
B15 - A Síndrome torácica aguda caracteriza-se por dor torácica, acompanhada de epistaxe, apesar da tosse ausente.	16	76,2	4	19,0	1	4,8
B16 - O acidente vascular cerebral (AVC) não é uma das mais graves complicações da doença falciforme.	17	81,0	4	19,0	0	0,0
B17 - O AVC ocorre, principalmente, em pacientes com Hb SC, sendo raro naqueles com Hb SS e S beta-talassemias.	16	76,2	1	4,8	4	19,0
B18 - As infecções constituem em uma das principais causas de mortalidade na doença falciforme.	19	90,5	2	9,5	0	0,0

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quanto às crises de dor, 95,2%, dos participantes (n=20) acertaram a questão B9, indicando que são complicações frequentes dos pacientes. Ainda questionados sobre a dor causada pela doença falciforme, se era invariável em intensidade, duração e localização, no mesmo indivíduo e entre diferentes indivíduos, 66,7% dos participantes (n=14) acertaram a questão B10.

Quando indagados sobre o sequestro esplênico agudo, os resultados apontaram que 81,0% (n=17) dos participantes foram contrários à afirmação que esta condição não consiste em uma causa de óbito frequente em crianças com doença falciforme menores de cinco anos (B11). Ainda sobre o sequestro esplênico agudo, 90,5% (n=19) afirmaram que esse quadro se caracteriza por esplenomegalia maciça e súbita, com aprisionamento de parte considerável da massa eritrocitária (B12). Da mesma forma, 95,2% (n=20) responderam que palidez, dor abdominal, gemência e esplenomegalia compõem o quadro clínico (B13). Além disso, 81,0% (n=17) dos participantes acertaram a questão B16, discordando da afirmação de que o AVC não é uma das mais graves complicações da doença falciforme. Finalmente, ainda no

questionário, foi perguntado se as infecções constituem uma das principais causas de óbito na doença falciforme e 90,5% (n=19) dos indagados concordaram com a afirmação, acertando a questão B18.

Alguns achados pouco positivos foram observados sobre as manifestações clínicas. Apenas 47,6% (n=10) dos participantes indicaram como falsa a afirmação de que, qualquer que seja a forma da DF, classicamente ela se manifesta por anemia hemolítica na grande maioria dos casos já no primeiro ano da criança e pelas crises de dor em razão dos fenômenos de vaso-occlusão (B8). De maneira semelhante, é notável o desconhecimento sobre a frequência de mortes em crianças acima de 5 anos em razão da síndrome torácica aguda. Tão somente 23,8% (n=5) dos participantes acertaram a questão B14, indicando seu conhecimento desta informação.

Em relação às respostas dos técnicos de enfermagem, as 9 afirmações (B9 a B17) que compõem o domínio das manifestações clínicas da doença falciforme são retratadas na Tabela 10. Dessas afirmações, são inverídicas as B9, B11, B15 e B17. Nesse domínio, as (os) participantes acertaram, em média, 85% das questões.

Cerca de 81,0% (n=17) discordaram corretamente da afirmação de que as crises de dor são as complicações menos frequentes da DF (B9) ao passo que 90,5% (n=19) discordaram de que febre e calor não contribuem para o desenvolvimento e agravamento da dor (B11). Além disso, todos concordam que frio e desidratação contribuem para o desenvolvimento e agravamento da dor (B12). Por sua vez, 95,2% (n=20) apontaram que a dor em razão da doença varia no tempo, localização e em entre os indivíduos (B10).

Quando indagados sobre a principal causa de morte dos pacientes, 76,2% (n=16) apontaram corretamente as infecções (B13). Além disso, 90,5% (n=19) estavam de acordo com a afirmação de que a criança com doença falciforme apresenta sinais de perigo que devem ser monitorados (B14). Já 85,7% (n=18) discordou corretamente de que dor abdominal e gemência não possam ser sinais de manifestações graves (B15).

Finalmente, 85,7% (n=18) apontaram que pacientes da DF necessitam mais frequentemente de transfusões de sangue (B16). Além disso, 76,2% (n=16) dos participantes acertaram a questão B17, discordando da afirmação de que o AVC não é um exemplo de complicação grave da DF.

Tabela 10 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre manifestações clínicas de pacientes da DF

Manifestações Clínicas	Acertos	(%)	Erros	(%)	Não sabe	(%)
B9 - As crises de dor são as complicações menos frequentes da doença falciforme.	17	81,0	3	14,3	1	4,8
B10 - A dor da doença falciforme varia em intensidade, duração e localização, no mesmo indivíduo e de um indivíduo para o outro.	20	95,2	0	0,0	1	4,8
B11 - As situações de febre e calor não contribuem para o desenvolvimento e agravamento da dor.	19	90,5	1	4,8	1	4,8
B12 - As situações de frio e desidratação contribuem para o desenvolvimento e agravamento da dor.	21	100,0	0	0,0	0	0,0
B13 - As infecções constituem principal causa de mortalidade na doença falciforme.	16	76,2	4	19,0	1	4,8
B14 - A criança com doença falciforme apresenta sinais de perigo que devem ser monitorados.	19	90,5	2	9,5	0	0,0
B15 - Em casos de dor abdominal e gemência, dentre outros sinais, não se deve pensar em uma manifestação grave.	18	85,7	0	0,0	3	14,3
B16 - A pessoa com doença falciforme, em geral, necessita de transfusões sanguíneas mais frequentemente.	18	85,7	2	9,5	1	4,8
B17 - O acidente vascular cerebral (AVC) não é uma grave complicação da doença falciforme.	16	76,2	3	14,3	2	9,5

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Com base nos resultados apresentados, referente às manifestações clínicas, pode-se afirmar que a maior parte da população deste estudo é capaz de identificar tais sinais. Considerando médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem em conjunto, a média de acertos nesse domínio foi de 81,5% das questões. Avaliando separadamente, a média de acertos das manifestações clínicas para técnicos de enfermagens foi de 86,8% (7,8 questões certas das 9 do domínio), sendo que médicos e enfermeiros acertaram em média 76,2% (9,9 questões respondidas corretamente dentre as 13 do domínio). Verifica-se ainda dificuldades na identificação de algumas afirmativas, com destaque para a crise dolorosa e a síndrome torácica aguda.

O conhecimento da verdadeira magnitude das manifestações clínicas que atingem os pacientes portadores da doença falciforme é um fator importante para reduzir a vulnerabilidade desta população. Adicionalmente, é sabido que as crises dolorosas são a causa da maioria dos atendimentos de emergência e internações hospitalares, bem como pela má qualidade de vida das crianças acometidas (SANTORO, MATOS e FIDLARCZYK, 2011).

Em pesquisa conduzida por Guedes e Marques (2017), foram avaliados os manejos da equipe de enfermagem nas crises dolorosas em pacientes com doença falciforme. Nele, mostrou-se que a hidratação por via oral ou endovenosa é capaz de gerar um resultado

benéfico em relação à crise. O estudo apresenta que essa simples medida representa o principal cuidado para evitar a ocorrência da crise vasoclusiva, assim como a diminuição da dor quando a criança se encontra em crise.

Além disso, um estudo realizado por Fernandes (2010), cujo objetivo foi o de descrever os óbitos de crianças com doença falciforme, concluiu que existe uma dificuldade em reconhecer o sequestro esplênico, uma das mais graves manifestações clínicas. O autor ainda infere que este resultado é consequência da dificuldade da equipe de saúde em reconhecer a doença falciforme e suas complicações agudas. No geral, é importante salientar que a maior parte dos participantes da pesquisa tiveram um bom desempenho, considerando que se trata de uma doença com diversas especificidades.

Na próxima seção, serão apresentados e discutidos os dados referentes ao conhecimento dos profissionais participantes da pesquisa sobre a estrutura, recursos e processos de trabalho.

8.6 CONFORMIDADE À OFERTA/DISPONIBILIDADE: A VISÃO DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ESTRUTURA E OS PROCESSOS DE TRABALHO

Este domínio contém 25 afirmativas (B37 a B61) que obtiveram das (os) participantes uma aferição quanto à estrutura, recursos e dos processos de trabalho na unidade de saúde.

Foram avaliados pelos respondentes, médicos e enfermeiros, a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos, tempo de atendimento, desempenho em alguns procedimentos, capacitação da equipe. Nessa seção do questionário, não havia respostas corretas ou erradas e para facilitar a apreciação do resultado as perguntas foram separadas pelos componentes estrutura e processos de trabalho (Tabelas 11 e 12).

Tabela 11 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre a apreciação de estrutura e recursos

Estrutura e Recursos		Sim	(%)	Não	(%)	Não sabe	(%)
Oferta	B38 - O Box de emergência do PS Ped está equipado para atender as situações de emergência da criança com anemia falciforme?	18	85,7	3	14,3	0	0,0
	B58 - Há computadores em nº adequado no setor para evoluir e prescrever os pacientes e para solicitar UTI?	9	42,9%	11	52,4	1	4,8
	B59 - Há acesso à internet em todos os computadores do PS?	21	100,0%	0	0,0	0	0,0

B40 – Há analgésicos disponíveis?	21	100,0	0	0,0	0	0,0
B41 – Há antiinflamatórios disponíveis?	20	95,2	0	0,0	1	4,8
B42 – Há opioides disponíveis?	19	90,5	1	4,8	1	4,8
B43 – Há antibióticos disponíveis?	18	85,7	2	9,5	1	4,8
B5	17	81,0	3	14,3	1	4,8
5 - Há hemocomponentes disponíveis caso a criança necessite de uma hemotransfusão?						
B57 - O Protocolo interno para atendimento às crianças com anemia falciforme está disponível?	4	19,0	9	42,9	8	38,1

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Entre os respondentes, 85,7% (n=18) indicaram que o box de emergência da unidade estava equipado para atender as situações de emergência dos pacientes com DF (B38).

Por outro lado, apenas 19,0% (n=4) dos participantes afirmaram que o protocolo interno para atendimento às crianças com anemia falciforme está disponível (B57) e 42,9% (n=9) de que há computadores em número adequado no setor (B58), embora 100% afirmem que esses computadores têm acesso à Internet (B59).

Quanto à disponibilidade de medicamentos na unidade, a avaliação positiva de sua presença foi de 100% (n=21) para analgésicos (B40), 95,2% (n=20) para antiinflamatórios (B41), 90,5% (n=19) para opioides (B42) e 85,7 (n=18) para antibióticos (B43). Além disso, 81,0% (n=17) dos participantes concordaram com a afirmação de que há hemocomponentes disponíveis caso o paciente necessite de uma hemotransfusão (B55).

Em relação aos processos de trabalho, 61,9% (n=13) dos participantes responderam que o tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico estava conforme o protocolo da SES-DF (B37). Referente ao manejo da dor, 71,4% (n=15) afirmaram que são realizados procedimentos de analgesia para crises algicas conforme orientação do MS (B39).

Já quanto aos serviços de rotina, 76,2% (n=16) indicaram que são prescritos analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor (B44). Por sua vez, 95,2% (n=20) responderam que são prescritos e administrados adequadamente analgésicos venosos (B45). No caso de antiinflamatórios associados a analgésicos, 85,7% (n=18) avaliaram como adequada sua prescrição e administração (B47). Por outro lado, 81,0% (n=17) concordaram com a afirmação de que era feita sem dificuldades a solicitação de exames laboratoriais (B48), ao passo que 47,6% (n=10) disseram o mesmo quanto a de exames de imagem (B49) e 71,4% (n=15) quanto a gasometria arterial (B51).

Para respectivamente 85,7% (n=18) e 90,5% (n=19) dos participantes, hemocomponentes (B52), bem como antiinflamatórios e broncodilatadores (B53), são

prescritos e administrados quando necessário. A fisioterapia respiratória é realizada quando necessário para 57,1% (n=12) dos respondentes (B54). Além disso, 90,5% (n=19) que crianças são encaminhadas para o HCB quando necessário (B56).

Finalmente, acende-se uma luz de alerta ao se observar que somente 4,8% (n=1) dos indagados concordaram com a afirmação de que a punção é realizada sem dificuldades em caso de derrame pleural (B50).

Tabela 12 - Respostas dos profissionais Enfermeiros e Médicos sobre a apreciação dos processos de trabalho

	Processos de Trabalho		Sim (%)		Não (%)		Não sabe (%)	
	Sim	(%)	Não	(%)	Não sabe	(%)		
Qualidade Técnica	B37 - Você observa que o tempo de execução entre a classificação de risco e o atendimento médico está em conformidade com o Protocolo de Classificação dos pacientes da SES?	13	61,9	7	33,3	1	4,8	
	B39 - Existe a realização de procedimentos rotineiros de analgesia para o atendimento às crises álgicas na anemia falciforme, conforme orientação do MS?	15	71,4	1	4,8	5	23,8	
	B44 - São prescritos analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor?	16	76,2	3	14,3	2	9,5	
	B45 - É prescrito e administrado analgésico venoso após a internação?	20	95,2	1	4,8	0	0,0	
	B46 - São prescritos e administrados opioides, quando necessário?	18	85,7	1	4,8	2	9,5	
	B47 - São prescritos e administrados antiinflamatórios associados aos analgésicos, quando necessário?	18	85,7	0	0,0	3	14,3	
	B48 - A solicitação de exames laboratoriais é feita sem dificuldades no setor?	17	81,0	4	19,0	0	0,0	
	B49 - A solicitação de exames de imagem é feita sem dificuldades no setor?	10	47,6	10	47,6	1	4,8	
	B50 - A punção é realizada sem dificuldades em caso de derrame pleural?	1	4,8	17	81,0	3	14,3	
	B51 - A solicitação de gasometria arterial é realizada sem dificuldades no setor?	15	71,4	5	23,8	1	4,8	
	B52 - São prescritos e administrados hemocomponentes, se necessário?	18	85,7	0	0,0	3	14,3	
	B53 - São prescritos e administrados antiinflamatórios e broncodilatadores, se necessário?	19	90,5	0	0,0	2	9,5	
	B54 - A fisioterapia respiratória é realizada, quando necessário?	12	57,1	7	33,3	2	9,5	
	B56 - As crianças são encaminhadas para o HCB, se necessário?	19	90,5	1	4,8	1	4,8	
	B60 - Você se sente capacitado para atender às intercorrências das crianças com anemia falciforme?	17	81,0%	4	19,0	0	0,0	
	B61 - Você recebeu algum tipo de capacitação teórica ou prática para atendimento às crianças com anemia falciforme?	4	19,0%	17	81,0	0	0,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

A apreciação dos técnicos de enfermagem sobre a estrutura, a oferta de insumos e sobre a implementação dos processos de trabalho, encontra-se detalhada nas Tabelas 13 e 14. Este domínio continha 25 afirmativas (B35 a B59). Foram avaliados pelos participantes a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos, tempo de atendimento, desempenho em procedimentos, conhecimento da equipe, além de outros pontos. Nessa parte do questionário, não havia respostas certas ou erradas (Tabelas 13 e 14).

Referente à estrutura, observou-se os seguintes achados: 95,2% (n=20) dos indagados responderam que o box de emergência da unidade estava equipado para atender as emergências dos pacientes com DF (B36). Quanto à disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, a avaliação positiva de sua presença foi de 100% (n=21) para analgésicos (B38), 90,5% (n=19) para antiinflamatórios (B39) e opioides (B40) e 85,7% (n=18) para antibióticos (B41). Além disso, 90,5% (n=19) dos participantes concordaram com a afirmação de que há hemocomponentes disponíveis caso o paciente requeira uma hemotransfusão (B53).

Além disso, somente 28,6% (n=6) dos participantes afirmaram que o protocolo interno para atendimento às crianças com anemia falciforme está disponível (B55) e 33,3% (n=7) afirmaram que há computadores em número adequado no setor (B56), embora 85,7% (n=18) afirmem que esses computadores têm acesso à Internet (B57).

Outro aspecto notável é que, embora 71,4% (n=15) dos técnicos em enfermagem indagados se sintam capacitados para atender as intercorrências das crianças com DF (B58), apenas 14,3% (n=3) afirmaram já ter recebido alguma capacitação teórica ou prática para atendimento a esses pacientes (B59). Um percentual baixo de capacitação específica para a DF também foi relatado pelos técnicos de enfermagem, quando somente 19,0% (n=4) indicaram já terem recebido um treinamento dessa natureza (B59).

Em relação aos processos de trabalho, chama a atenção que somente a 38,1% (n=8) dos participantes o tempo entre a classificação de risco e o atendimento médico estava conforme o protocolo da SES-DF (B35). Aproximadamente 61,9% (n=13) afirmaram que se realizam procedimentos de analgesia para crises álgicas conforme orientação do MS (B37).

No que se refere aos serviços de rotina, 76,2% (n=16) indicaram que são prescritos analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor (B42). Por sua vez, 100% (n=21) responderam que são prescritos e administrados adequadamente analgésicos venosos (B43) e 90,5% (n=19) para o caso de opioides (B44). No caso de antiinflamatórios associados a analgésicos, 100% (n=21) avaliaram como adequada sua prescrição e administração (B45).

Por outro lado, 90,5% (n=19) concordaram com a afirmação de que era feita sem dificuldades a solicitação de exames laboratoriais (B46), ao passo que 81,0% (n=17) disseram o mesmo quanto a de exames de imagem (B47) e 76,2% (n=16) quanto a gasometria arterial (B49).

Já a fisioterapia respiratória é realizada quando necessário para 47,6% (n=10) dos respondentes (B52).

Outro ponto digno de observação, referente à oferta de capacitação é que, muito embora 81,0% (n=17) dos indagados se sintam capacitados para atender as intercorrências das crianças com DF (B60), apenas 19,0% (n=4) afirmaram já ter recebido alguma capacitação teórica ou prática para atendimento a esses pacientes (B61).

Finalmente, preocupa a constatação de que somente 28,6% (n=6) dos indagados concordaram com a afirmação de que a punção é realizada sem dificuldades em caso de derrame pleural (B48).

Tabela 13 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre a apreciação de estrutura e recursos

	Estrutura e Recursos	Sim		Não		Não sabe	
			(%)		(%)		(%)
Oferta	B36 - O Box de emergência do PS Ped está equipado para atender as situações de emergência da criança com anemia falciforme?	20	95,2	1	4,8	0	0,0
	B56 - Há computadores em nº adequado no setor para evoluir e prescrever os pacientes, para solicitar UTI?	7	33,3	14	66,7	0	0,0
	B57- Há acesso à internet em todos os computadores do PS?	18	85,7	3	14,3	0	0,0
	B38- Há analgésicos disponíveis?	21	100	0	0,0	0	0,0
	B39- Há antiinflamatórios disponíveis?	19	90,5	1	4,8	1	4,8
	B40 – Há Opioides disponíveis?	19	90,5	0	0,0	2	9,5
	B41 - Há Antibióticos disponíveis?	18	85,7	2	9,5	1	4,8
	B53 - Há hemocomponentes disponíveis caso a criança necessite de uma hemotransfusão?	19	90,5	1	4,8	1	4,8
	B55 - O Protocolo interno para atendimento às crianças com anemia falciforme está disponível?	6	28,6	8	38,1	7	33,3

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Tabela 14 - Respostas dos profissionais Técnicos de Enfermagem sobre a apreciação dos processos de trabalho

Processos de Trabalho		Sim	(%)	Não	(%)	Não sabe	(%)
Qualidade técnica	B35 – Você observa que o tempo de execução entre a classificação de risco e o atendimento médico está em conformidade com o Protocolo de Classificação dos pacientes da SES?	8	38,1	6	28,6	7	33,3
	B37 - Existe a realização de procedimentos rotineiros de analgesia para o atendimento às crises álgicas na anemia falciforme, conforme orientação do MS?	13	61,9	5	23,8	3	14,3
	B42 - São prescritos analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor?	16	76,2	5	23,8	0	0,0
	B43 - É prescrito e administrado analgésico venoso após a internação?	21	100,0	0	0,0	0	0,0
	B44 - São prescritos e administrados opioides, quando necessário?	19	90,5	0	0,0	2	9,5
	B45 - São prescritos e administrados antiinflamatórios associados aos analgésicos, quando necessário?	21	100,0	0	0,0	0	0,0
	B46 - A solicitação de exames laboratoriais é feita sem dificuldades no setor?	19	90,5	2	9,5	0	0,0
	B47 - A solicitação de exames de imagem é feita sem dificuldades no setor?	17	81,0	4	19,0	0	0,0
	B48 - A punção é realizada sem dificuldades em caso de derrame pleural?	6	28,6	13	61,9	2	9,5
	B49 - A solicitação de gasometria arterial é realizada sem dificuldades no setor?	16	76,2	5	23,8	0	0,0
	B50 - São prescritos e administrados hemocomponentes, se necessário?	20	95,2	0	0,0	1	4,8
	B51 - São prescritos e administrados antiinflamatórios e broncodilatadores, se necessário?	14	66,7	2	9,5	5	23,8
	B52 - A fisioterapia respiratória é realizada, quando necessário?	10	47,6	6	28,6	5	23,8
	B54 - As crianças são encaminhadas para o HCB, se necessário?	20	95,2	0	0,0	1	4,8
	B58 - Você se sente capacitado para atender às intercorrências das crianças com anemia falciforme?	15	71,4	4	19,0	2	9,5
B59 - Você recebeu algum tipo de capacitação teórica ou prática para atendimento às crianças com anemia falciforme?	3	14,3	17	81,0	1	4,8	

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Não foram identificadas estratégias adotadas pelo setor de educação continuada aos profissionais sobre a possibilidade de as normas serem disponibilizadas de forma virtual ou impressa, tampouco, serem repassadas com frequência ou após a entrada de um novo profissional.

De qualquer forma, é importante ressaltar que uma parte significativa dos profissionais teve desempenho muito positivo nos questionários, considerando que se trata de uma doença que contém uma série de peculiaridades.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (BRASIL, 2005) determina a existência de capacitação para todos os profissionais de saúde, com o objetivo de estabelecer uma rede hierarquizada de atenção aos pacientes com a doença falciforme, incentivando a descentralização da assistência a esses pacientes. Além disso, incentiva a promoção, prevenção, realização de diagnóstico precoce, no tratamento e reabilitação de agravos à saúde destes pacientes. Essa política, então, poderia instrumentalizar profissionais de saúde para o enfrentamento da DF.

8.7 A VISÃO DAS GESTORAS E SUPERVISORES DA UNIDADE DE SAÚDE

Esta subseção discorrerá sobre as quatro entrevistas e os resultados estão organizados conforme os blocos de perguntas do roteiro estruturado. Os participantes se mostraram colaborativos a dar informações e em nenhum momento foi observado alguma resistência à pesquisa. Na primeira entrevista com a Supervisora de Enfermagem, houve algumas interrupções dos profissionais que estavam na assistência no dia. As outras entrevistas ocorreram sem interrupções, não houve desconforto ou constrangimento em responder nenhuma das perguntas.

8.7.1 Importância do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme no PS

As gestoras entrevistadas foram unânimes em defender a grande necessidade de utilização de protocolos que padronizem o atendimento na unidade. Por exemplo, a Supervisora de Enfermagem afirma que utilizar-se protocolos é *“de suma importância, porque, com protocolos, não tem o que se discutir e nem o que se achar, os protocolos têm que ser cumpridos”*. Afirma ainda que os protocolos *“são feitos com muito critério”* e passam por várias instâncias para validação.

Nessa mesma linha, a Supervisora Médica afirma que *“protocolos são extremamente necessários para manter uma equipe concisa, uma equipe que atue da mesma forma para que as coisas não fiquem de formas diferentes”*. Complementa dizendo que *“quando a gente tem o protocolo a gente sabe exatamente como seguir e fazer com que funcione de uma forma mais consistente”*. Finalmente, enfatiza que sua utilização facilita a comunicação entre as equipes de enfermagem e médica e que protocolos são essenciais em prontos-socorros, em especial no pediátrico.

Ainda de acordo com uma ex-Diretora Clínica, protocolos “*são necessários para alinhar as condutas, alinhar as equipes e organizar a oferta dos insumos*”. Adiciona ainda que “*são uma base a partir da qual a gente constrói o formato do cuidado no serviço*”. No entanto, ela faz a ressalva que a equipe “*não pode se reduzir aos protocolos por que ele dá conta da previsão de comportamento das doenças e não das pessoas*”. Conclui afirmando que as equipes “*têm que dominar os protocolos para cuidar bem das doenças, mas tem que ter a sensibilidade para resgatar a pessoa que está sendo cuidada e quando se trata da pessoa tudo é singular, cada um é um*”.

Já a ex-Superintendente do hospital afirma que sempre trabalhou baseada em protocolos e que é obrigatório segui-los. Conclui afirmando que “*a equipe trabalha desarticulada quando não tem protocolos*”. Todos os entrevistados afirmaram conhecer o Protocolo de Eventos Adversos em Doença Falciforme (PEADF).

A Supervisora de Enfermagem afirma que não houve uma divulgação eficiente do protocolo na unidade de saúde. Conta que “*nós da Pediatria tínhamos conhecimento, mas não tinha chegado para nós por escrito. Comentava-se que havia um protocolo que era seguido no Hospital de Base e no Hospital da Criança*”. No entanto, cita que atualmente o PEADEF “*faz parte do protocolo da classificação de risco, tanto dos falcêmicos quanto das crianças com distúrbios psiquiátricos ou dependentes químicos*”.

A Supervisora Médica também confirma conhecer o PEADEF e afirma que “*em 2012 nós desenvolvemos alguns protocolos na residência que foram seguidos inclusive, durante um tempo e foi muito bom*”. Entretanto, diz que a adesão aos protocolos foi diminuindo ao longo do tempo, quando afirma: “*só que foi se perdendo e a gente começou a ver que cada um vai seguindo um modelo diferente, livros diferentes, pesquisas diferentes, protocolos de outras regionais, de outros estados inclusive, de outras instituições*”.

A ex-Diretora Clínica ressalta a gravidade dos eventos agudos e diz que acha o PEADEF essencial “*porque da forma como a linha de cuidado está construída, a gente é um Hospital Regional que cuida da criança nos eventos agudos, que podem se complicar rapidamente e podem levar a morte rapidamente*”. Ela enumera: “*infecção, sequestro esplênico, síndrome torácica aguda... Tudo isso pode levar a criança com doença falciforme à morte*”. Defende então ser imprescindível ter protocolos para os eventos agudos e que a equipe de saúde precisa estar bem alinhada para prestar o atendimento às crianças com agilidade e segurança.

Em seguida, baseado nos achados dos questionários semiestruturado, apresentou-se um diagnóstico do grau de conhecimento dos diversos profissionais de saúde envolvidos. Ressalta-se que este aspecto é foco de recomendação nos protocolos para prevenção, manejo e tratamento do agravo em estudo.

Todos os entrevistados afirmaram que a disponibilidade de recursos humanos para atendimento aos pacientes é inferior ao ideal. A Supervisora de Enfermagem afirma que *“o RH é muito deficitário no quantitativo. A qualidade da equipe é muito boa, mas a demanda é muito grande. Com isso, nós acabamos sobrecarregados”*.

Na mesma linha, a Supervisora Médica diz que *“os recursos humanos, nós não temos disponível para isso. É difícil até para fazer treinamento: nós não temos recursos humanos o suficiente para tirar da assistência para fazer o treinamento”*. Afirma ainda que *“mesmo quando tem assistência, você não tem o suficiente para cada posto que precisaria para cada evento daquele protocolo”*.

Já a ex-Superintendente afirma que, embora pareça haver um número suficiente de servidores, na prática não há profissionais disponíveis a contento. Dentre as razões de indisponibilidade, cita licenças sem vencimento, afastamentos permanentes, férias, licenças médicas, seção para outros órgãos, viagens e processos judiciais. Afirma ainda que a demanda na pediatria é sazonal, sendo maior de janeiro a maio. Finalmente, cita os casos de afastamentos em razão da pandemia de COVID-19, com servidores sobrecarregados para cobrir os colegas que foram infectados e estão em recuperação.

Finalmente, a ex-Diretora Clínica também cita o déficit de pediatras na unidade e supõe que haja falta de pessoal na equipe de enfermagem. Conclui afirmando que *“RH é o essencial: não é que precise ter excesso, mas tem que ter o que está previsto na parametrização”*.

Não há consenso entre os entrevistados quanto à disponibilidade de materiais e equipamentos na unidade de saúde. Para a Supervisora de Enfermagem, a disponibilidade de insumos *“é um problema sério. Nós trabalhamos com o que temos e não com o que é preconizado pelos protocolos. Então a gente dá um ‘jeitinho’”*. Considera-a defasada também pela Supervisora Médica. Segundo ela, *“está faltando um pouco de tudo”*. Afirma também que às vezes os servidores não sabem operar adequadamente os aparelhos. Como exemplo, diz que não sabe operar corretamente uma bomba de infusão. Cita ainda a dificuldade de manusear os respiradores.

Por outro lado, a ex-Diretora Clínica tem uma percepção diferente. Diz que os insumos estão disponíveis de forma adequada. Afirma que *“não tem nada gritante em doença falciforme que falte. Eu não sei como é nos outros estados, mas, no DF, a criança nasce, passa pelo Teste do Pezinho e aí ela já vai ter sangue fenotipado no Hemocentro.”* Ela complementa: *“Então quando a gente pede transfusão, se não for uma emergência para acontecer agora, ainda vai buscar no Hemocentro mais adequado para ela. Eu acho isso lindo de ver”*.

A ex-Superintendente, por sua vez, relata desconhecer se, no período atual, há dificuldade na disponibilização de insumos.

A Supervisora de Enfermagem diz que é fundamental que sejam firmados contratos de manutenção dos equipamentos. Além disso, conta que os aparelhos estão em grande parte sucateados e que há com frequência improvisações para que os equipamentos entrem em funcionamento, ao contrário da realização do serviço por uma empresa especializada. De maneira semelhante, a Supervisora Médica afirma que infelizmente é frequente a falta de materiais na saúde pública. Por sua vez, a ex-Superintendente indica que há mais problemas com bombas de infusão e equipos para infusão. Para a Supervisora de Enfermagem, uma atitude primordial é ter sempre treinamentos em dia, interesse em aprender e conhecer o funcionamento dos equipamentos. No entanto, faz a ressalva que a equipe está muito cansada e sobrecarregada, o que diminui o interesse dos funcionários em participar de ações de capacitação. Nessa mesma linha, a Supervisora Médica indica que primeiramente o servidor deve querer se qualificar, entender que isso é fundamental e que é para o benefício de todos com objetivo de prestar uma melhor assistência. Por sua vez, a ex-Diretora Clínica ressalta que é importante a equipe dialogar sobre o protocolo, bem como ter momentos, dentro do horário de trabalho, para realização de educação continuada e permanente. Em consonância com esse entendimento, a ex-Superintendente cita a dificuldade de qualificar os profissionais durante o horário de trabalho, já que não são disponibilizadas horas para o servidor deixar de prestar assistência e se qualificar.

8.7.2 Capacitação sobre Doença Falciforme

Os entrevistados foram unânimes ao afirmar que desconhecem qualquer treinamento que tenha sido dado às equipes de saúde sobre o manejo específico de pacientes com Doença Falciforme.

Para a Supervisora de Enfermagem e a ex-Superintendente, os funcionários são bem capacitados e experientes. A ex-Diretora Clínica também avalia como positiva a capacidade dos funcionários, com a ressalva que, com frequência, as equipes subestimam intensidade das dores sentidas pelos pacientes. Por outro lado, a Supervisora Médica acredita que nem todos os funcionários estejam capacitados da maneira mais adequada. Além disso, ressalta a importância do protocolo para que todos sigam as melhores práticas.

A Supervisora de Enfermagem relata que não é comum a equipe receber capacitações periódicas. Já a Supervisora Médica cita que ultimamente está havendo iniciativas de qualificação, mas que muitas vezes não há publicidade o suficiente para que os profissionais se interessem e se inscrevam. A ex-Superintendente enumera os cursos que são oferecidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, mas cuja oferta é esporádica.

Em linhas gerais, os entrevistados confirmaram que as normatizações estão disponíveis no site do Ministério da Saúde. No entanto, acreditam que se houvesse versões impressas para consulta, o acesso seria melhorado.

8.7.3 **Apreciação da Implementação dos processos de trabalhos**

A ex-Superintendente e a Supervisora de Enfermagem consideram o acolhimento e classificação de risco (ACR) adequado. Esta última cita que esses processos são bem alinhados com os protocolos e enfatiza que o PEADF é seguido à risca.

Por outro lado, a Supervisora Médica e a ex-Diretora Clínica acreditam que o ACR pode ser aperfeiçoado. A primeira afirma que, para ela, todo falcêmicos deveria ser classificado de amarelo para cima. Ambas citam casos graves, como o sequestro esplênico, e dizem que os protocolos de qualificação poderiam ser melhorados para considerar algumas condições peculiares da DF.

A Supervisora de Enfermagem afirma que a equipe de enfermagem segue as prescrições. Diz ainda que os profissionais são grandes conhecedores dos protocolos de analgesia de pacientes com DF. Por outro lado, a Supervisora Médica indica que protocolos são seguidos, mas que diferentes profissionais usam diferentes protocolos. Ela afirma que *“são protocolos que variam; a gente não tem um pra seguir. Um vai seguir o da USP, outro vai seguir o do Rio, outro do serviço de BH, da UFMG... Então isso vai misturando, porque cada um segue um protocolo diferente. O princípio é o mesmo e a base é a mesma, mas varia”*. A ex-Diretora Clínica diz que, no geral, as ações realizadas estão em conformidade

com o PEADF, mas que adaptações devem ser executadas em razão de limitações dos recursos disponíveis, como exames e medicamentos.

8.7.4 Fatores facilitadores e barreiras

Os entrevistados são unânimes em afirmar que há resistência a mudanças pelas equipes, que pode variar de acordo com a personalidade ou experiência dos profissionais.

Para a Supervisora de Enfermagem, uns aceitam novas práticas e outros não, independente de idade e tempo de serviço. Para a Supervisora Médica, a resistência é muito grande, mesmo com profissionais mais novos. Ela cita ainda a equipe de enfermagem que é mais experiente e ainda mais resistente a mudanças. Da mesma forma, a ex-Superintendente acredita que as pessoas mais experientes são mais resistentes a adoção de novas práticas. A ex-Superintendente considera que as mudanças geram um impacto emocional, pela resistência natural a coisas novas, ao passo que cita que o HRC tem uma grande presença de residentes, o que facilita a adoção de novas práticas por esses profissionais.

Para a ex-Diretora Clínica, a maior fragilidade é fazer com que a informação seja capilarizada adequadamente para os diferentes profissionais que irão executar o atendimento. Acrescenta que muitas decisões em relação ao PEADF ocorrem de forma “top-down”, o que traz um distanciamento a quem efetivamente irá executar as ações do protocolo, gerando dificuldades de aceitação pelas equipes. Essa opinião é em grande parte compartilhada pela ex-Superintendente, que cita a comunicação como grande dificuldade. No entanto, como principal fragilidade cita a cobrança por um atendimento médico excessivamente rápido, o que impede os médicos de fazerem uma pesquisa ou consultarem o próprio protocolo, e ainda aumenta as chances de equívocos.

De maneira análoga, a Supervisora de Enfermagem cita como fragilidade a alta demanda de atendimento por um número reduzido de profissionais de saúde. Menciona também alguns aspectos peculiares, como a resistência de alguns servidores a prestar o atendimento a adolescentes com Doença Falciforme com idades entre 14 e 17 anos, o que é uma exceção à regra de idade máxima de 13 anos, 11 meses e 30 dias dos demais pacientes da pediatria.

No ponto de vista da Supervisora Médica, há uma sobrecarga das equipes e diz que os profissionais veem principalmente a necessidade do protocolo quando têm que responder

administrativamente ou judicialmente quanto a algum procedimento adotado, em caso de investigação de erros ou acidentes médicos.

8.7.5 Facilidades na implantação do PEADF

Para a ex-Superintendente, uma importante facilidade é que o espaço da enfermaria é bem dividido. Ela cita ainda a existência de uma equipe de enfermagem exclusiva da pediatria, o que é um motivo de grande orgulho para ela. Por sua vez, a Supervisora de Enfermagem afirma que há uma grande aceitação da equipe de enfermagem ao protocolo, que o seguem sem questionamentos. Já a Supervisora Médica cita como facilidade o fato de a equipe médica ser jovem, com uma grande presença de residentes, que passam uma grande parte do tempo estudando. Finalmente, a ex-Diretora Clínica enumera diferentes aspectos facilitadores: boa disponibilidade de recursos materiais; grande engajamento da equipe pediátrica no êxito das ações; existência de protocolos; presença de residência médica e multiprofissional.

8.7.6 Ações para aperfeiçoar a implantação do PEADF

A Supervisora Médica afirma que deveriam atualizar o protocolo e dar maior publicidade à sua existência, deixando-o mais disponível para consultas quando necessário. Por sua vez, a Supervisora de Enfermagem afirma que é necessário aumentar a disponibilidade de recursos humanos na equipe para que tenham tempo de se capacitar em relação ao PEADF. A ex-Diretora Clínica afirma que é necessário monitorar de tempos em tempos a implantação do protocolo e fazer os ajustes necessários. Já para a ex-Superintendente, o protocolo deveria ser desenvolvido por uma área especializada, aprovado por uma câmara técnica da regional, e distribuído de forma impressa em todas as áreas da pediatria do HRC.

8.7.7 Mudanças após a implantação do protocolo

Para a ex-Superintendente, não há atualmente uma adesão absoluta ao protocolo, mas que essa adesão vai aumentando com o tempo. Complementa de que houve uma melhora na disponibilidade dos insumos indicados no protocolo. Por sua vez, a Supervisora de Enfermagem indica que há uma melhor sintonia entre os profissionais da assistência após a implantação do PEADF. A ex-Diretora Clínica concorda ao afirmar que toda a equipe de saúde passou a falar a mesma língua e que houve uma maior sinergia de ações, o que

aumentou a qualidade do cuidado e melhorou a segurança do paciente. Finaliza dizendo que houve mudanças relevantes na organização de processos assistenciais e que, dados os benefícios, indicaria o protocolo a outros serviços de saúde.

Uma contribuição do programa, citada pela Supervisora Médica é a possibilidade de rastrear os casos mais graves e não deixar passarem despercebidos os eventos mais graves da Anemia Falciforme. Nesse mesmo sentido, a ex-Diretora Clínica afirma que protocolos são importantes, porque eles orientam as equipes para uma abordagem sistematizada, deixando mais difícil deixar passar alguma coisa despercebida. Complementa afirmando que todos ficam atentos aos critérios para diagnóstico e intervenções terapêuticas. Por sua vez, a ex-Superintendente cita que a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde e os pacientes no que tange a DF passou a ser a mesma. Já a Supervisora de Enfermagem afirma que o PEADF mantém todos os profissionais de saúde em uma conduta uniforme.

8.8 SÍNTESE AVALIATIVA

A partir da aplicação dos critérios para avaliação do Grau de Implantação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme, foi possível verificar que o Protocolo está implantado no PS da Pediatria, alcançando o percentual de 76,4% (Quadro 5), estando a dimensão da Estrutura e Recursos com 78,0% (implantado) e dos Processos com 74,8% (parcialmente implantado).

Quadro 5 – Matriz de Análise e Julgamento preenchido e concluído

	INDICADOR / CRITÉRIO	Conformidade		Grau de Implementação
		Oferta (sim/não)	Qualidade técnica (sim/não)	
ESTRUTURA E RECURSOS	Espaço físico ofertado, de acordo com as normas e organização do serviço para atender as intercorrências clínicas do paciente com DF	30	30	I
	Ambiência (limpeza, conforto, adequação de mobiliário, proteção contra calor, frio, chuva)	30	20	I
	Existência de equipamentos para prestar assistência aos pacientes	30	30	I
	Consultório médico para atendimento da criança	30	20	I
	Box de emergência equipado para as situações de emergência	30	30	I
	Presença de rede de oxigênio e ar comprimido	30	20	I
	Profissionais capacitados para atender as intercorrências	30	30	I
	Protocolo interno (PEADF) disponível	Não	Não	NI
	Normas, Leis e Portarias sobre DF disponíveis	Não	Não	NI
	Capacitação teórica e prática dos profissionais do PS	Não	Não	NI
	Disponibilidade de computadores em nº adequado para a demanda dos profissionais da assistência	Não	Não	NI
	Acesso à Internet em todos os computadores do PS	30	Não se aplica	I
	Existência de laboratório para realização de exames	30	30	I
	Existência de radiologia para realização de exames	30	20	I
	Disponibilidade de analgésicos	30	20	I
	Disponibilidade de opioides	30	20	I
	Disponibilidade de antiinflamatórios	30	20	I
	Disponibilidade de antibióticos	30	20	I
	Disponibilidade de hemocomponentes	30	20	I
	Pontuação esperada	550	450	
Pontuação obtida	450	330		
Grau de implementação	78,0% - IMPLANTADO			

Quadro 5 - CONTINUAÇÃO

	INDICADOR / CRITÉRIO	Conformidade		Grau de Implementação
		Oferta (sim/não)	Qualidade técnica (sim/não)	
PROCESSOS	Tempo adequado entre a classificação de risco e o atendimento médico	20	Não	PI
	Prestação de assistência e os primeiros cuidados a urgência e emergência em ambiente adequado	20	30	I
	Realização de procedimentos rotineiros de analgesia para o atendimento às crises álgicas na anemia falciforme, conforme orientação do MS	20	30	I

Prescrição e administração de analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor	20	30	I
Prescrição e administração de analgésico venoso após a internação	20	30	I
Prescrição e administração de opioides	20	30	I
Prescrição e administração antiinflamatórios associados aos analgésicos	20	30	I
Solicitação de exames laboratoriais	20	30	I
Solicitação de exames de imagem	20	30	I
Prescrição e administração de antibióticos, se infecção	20	30	I
Punção, se derrame pleural	Não	Não	NI
Solicitação de gasometria arterial	20	30	I
Uso de oxigênio, se hipoxemia	20	30	I
Prescrição e administração de hemocomponente, se necessário	20	30	I
Prescrição e administração de broncodilatadores	20	30	I
Realização de fisioterapia respiratória	20	30	I
Crianças encaminhadas para o HCB, se necessário	20	30	I
Conhecimento da existência do protocolo do setor	Não	Não	NI
Conhecimento do conteúdo do protocolo do setor	Não	Não	NI
Proporção de profissionais capacitados no protocolo	Não	Não	NI
Percentual de resposta do questionário acerca da Doença Falciforme	77,7%	Não se aplica	Não se aplica
Pontuação esperada	430	600	
Pontuação obtida	320	450	
Grau de implementação	74,8% - PARCIALMENTE IMPLANTADO		

Quadro 5 - CONTINUAÇÃO

	Grau de implementação
Dimensão da Estrutura e Recursos	78,0% - IMPLANTADO
Dimensão dos Processos	74,8% - PARCIALMENTE IMPLANTADO
Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme	76,4% - IMPLANTADO

Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Considerando que a estrutura apoia o desenvolvimento processual, o fato de os percentuais de implantação terem sido próximos entre as dimensões de estrutura e processo pode evidenciar que, de certa forma, os recursos oferecidos foram bem aproveitados para que o protocolo fosse efetivamente implementado (UBARANA, 2017).

A aplicação da matriz de julgamento com critérios e parâmetros foi pontuada a partir de múltiplas perspectivas que se complementam, coletadas pela observação direta, pelos questionários e pelas entrevistas com as gestoras.

Em relação à Estrutura, observa-se que os indicadores relacionados à parte física, ambiência, equipamentos para prestar assistência, box de emergência equipado, consultórios médicos, existência do serviço de laboratório e radiologia, e oferta de medicamentos necessários para o tratamento das crianças com doença falciforme estavam adequados, tanto em oferta quanto em qualidade técnica.

Além disso, os profissionais classificaram como fragilidades aspectos relacionados aos recursos tecnológicos, com número de computadores aquém do necessário, o que dificulta o acesso ao prontuário dos pacientes, visualização da prescrição médica, acesso aos manuais e ao PEADF.

Na observação direta, evidenciou-se a necessidade da pia na Sala de Procedimentos, climatização adequada no isolamento e banheiros separados para pacientes e acompanhantes, conforme determina a RDC nº 50/02 (ANVISA, 2002) e o Protocolo de Segurança do Paciente.

Por outro lado, as gestoras evidenciaram a necessidade de maior atenção com os recursos humanos, já que foi identificado um déficit na quantidade de pessoal disponível. Frequentemente as equipes estão incompletas, o que dificulta o estabelecimento do fluxo de trabalho e a divisão de tarefas de modo igualitário, devido à sobrecarga de trabalho.

Cabe ressaltar que em uma realidade com escalas enxutas, associada ao absenteísmo, o prejuízo se sobressai, sobretudo, quando se refere à qualidade da assistência prestada pela equipe (SANCINETTI TR, 2011). A questão dos recursos humanos, assinalada como uma das fragilidades, é um fator complexo e importante, estando relacionada também à resposta quanto a falta de disponibilidade de profissionais para participarem das ações de capacitação, para pesquisarem, se reunirem e discutirem temas que possam melhorar a assistência.

Quanto aos processos, a maioria dos procedimentos que devem ser executados para prestação de assistência aos pacientes com DF estavam em conformidade quanto à qualidade técnica que é preconizada pelo PEADF. Representa uma exceção o tempo inadequado entre a classificação de risco e o atendimento médico, que supera o tempo determinado pelo Protocolo da SES/DF.

Por ser o único hospital da cidade-satélite mais populosa do Distrito Federal, a

demanda é muito alta, havendo muitas vezes sobrecarga de tarefas. Isso resulta em uma assistência prejudicada e com dificuldades no desenvolvimento do Acolhimento e Classificação de Risco, além de elevado número de pacientes com agravos, que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde, mas que continuam procurando pelo serviço hospitalar de emergência (JUNIOR e MATSUDA, 2012).

Por outro lado, observou-se que a prescrição e administração dos medicamentos, realização de transfusão sanguínea, oxigenoterapia, realização de exames laboratoriais e de imagem estão em conformidade tanto em relação à oferta quanto à qualidade técnica. Contudo, não houve a oferta, disponibilização e nem capacitação para o aprimoramento da qualidade técnica no que se refere às normas, leis e portarias sobre Doença Falciforme e nem mesmo em relação ao Protocolo interno estudado (PEADF). Tais documentos não estavam disponíveis fisicamente para fácil acesso aos profissionais.

Por vezes, as instituições lançam mão dos protocolos para organizar o serviço, padronizar condutas e otimizar o trabalho, incorporando-os à prática assistencial e adequando-se com base nos recursos disponíveis. No entanto, é comum encontrar protocolos guardados em gavetas ou armazenados em arquivos de computador, pouco consultados pelos profissionais. Dessa maneira, a não utilização das normativas tende a levar à falta de padronização dos procedimentos, causando equívocos na realização das ações assistenciais (KRAUZER *et al.*, 2018).

Em contrapartida, a criação e adaptação desordenadas de protocolos, que levam a recomendações vagas ou não adequadas às características locais, bem como a ausência de validação pelas equipes de profissionais representam falhas no desenvolvimento dos protocolos. Assim, a validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo é fundamental para garantir sua aceitação e aplicação. A validação pode ser realizada por meio da inclusão de profissionais da própria instituição no grupo autor, sem prejuízo à participação de especialistas no tema, sendo também recomendável uma validação externa (PIMENTA *et al.*, 2015).

Apesar de tudo, os profissionais da unidade do PS da Pediatria se sentem capacitados para atender às intercorrências dos pacientes com doença falciforme, seja por sua experiência acumulada, pelo conhecimento tácito, por lançarem mão de outros protocolos, por terem sido capacitados em outros serviços ou por estudarem o tema de modo individual e independente.

Finalmente, a partir das informações levantadas ao longo dessa pesquisa avaliativa, foi possível identificar que a maioria dos processos torna o Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme implantado no Pronto Socorro da Pediatria do HRC. Apesar do expressivo desconhecimento por parte dos profissionais atuantes no setor sobre a existência do referido Protocolo, a maioria dos indicadores estão em conformidade em relação à oferta e à qualidade técnica preconizados. Percebe-se que a prática assistencial não é conduzida e determinada pelo protocolo e que é necessário investimento em capacitação continuada e na comunicação interna. O protocolo não funciona sem o trabalho em equipe, sem o comprometimento do profissional e o incentivo à interdisciplinariedade no contexto hospitalar.

Ressalta-se a importância do processo avaliativo, que possibilitou uma sensibilização dos profissionais da assistência direta para realização de mudanças no ambiente estudado. Com isso, permitiu-se o diálogo e discussão acerca da importância do envolvimento da equipe na implantação do dispositivo de qualidade técnica, qual seja, o PEADF.

9 RECOMENDAÇÕES

A análise da implantação do PEADF permite fazer recomendações com vistas ao seu aprimoramento, sem desconsiderar a complexidade dos fatores que influenciam a implantação.

Primeiramente, recomenda-se disponibilizar e dar maior publicidade ao protocolo, seja no modo físico ou virtual, à equipe de saúde. Isso deixaria o protocolo mais fácil de ser acessado pela equipe de atendimento ao paciente.

Além disso, é recomendada a realização de ações de capacitação contínuas e não de modo pontual sobre a DF e a aplicação do PEADF. Os achados revelam que é preciso implementar efetivamente ações voltadas para a educação permanente que tenha por objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A educação permanente apresentou-se como uma vertente potencializadora da formação profissional e reafirmação dos processos internos e condutas técnicas. As mudanças na área da saúde apontam para a necessidade de uma educação permanente para adequar a formação do trabalhador à realidade e ao uso de produtos e serviços, tais como a introdução e implementação de protocolos assistenciais.

Outro ponto importante é envolver a equipe assistencial em discussões e atualizações periódicas do protocolo. Essas discussões são importantes para verificar a compreensão dos profissionais de saúde acerca do protocolo, melhorar a comunicação e ainda manter a equipe atualizada sobre as melhores práticas preconizadas.

Finalmente, sugere-se que seja realizada uma avaliação pós-implantação do protocolo. Essa avaliação preferencialmente deveria ser realizada por uma equipe composta tanto por membros externos à instituição avaliada, bem como por membros da própria equipe de saúde da unidade estudada.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. D. S. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, p. 182-194, 2009.
- ALVES, L. A. Estudo da mortalidade por anemia falciforme. **Informe Epidemiológico do SUS**, out-dez 1996. 45-53.
- ANVISA. **Manual de diagnóstico e tratamento de doença falciforme**. Brasília: [s.n.], 2002.
- ANVISA. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes**. 1ª. ed. Brasília: ANVISA, 2002.
- ANVISA. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil., 2002.
- ARDUINI, G. A. O.; RODRIGUES, L. P.; MARQUI, A. B. T. D. Mortality by sickle cell disease in Brasil. **Brazilian Journal of Hematology and Hemotherapy**, Minas Gerais, 2016.
- BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2007. 150-153.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Manual de Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa. Programa Nacional de DST/AIDS. Centers for Diseases Control and Prevention**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde, 2005.
- BRASIL. **Doença falciforme: o que se deve saber sobre herança genética**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. **Doença Falciforme: Conhecer para cuidar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- BRASIL. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado**. 1ª. ed. Brasília: MS, 2015b.
- BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- CANAVEZI, C. M. **Protocolo de Enfermagem: os aspectos éticos e legais**. São Paulo, COREN-SP, 2008., 2008.

CANÇADO, R. D. Comprehensive healthcare for individuals with sickle cell disease - a constant challenge. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v. 33, p. 90-95, 2011.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A. A doença Falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, n. 3, p. 203-206, 2007.

CARDOSO, G. C. P. *et al.* Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS- Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 54-68, Março 2019. ISSN 120.

CAVALCANTI, J. M.; MAIO, M. C. Entre negros e miscigenados: a anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. **História, Ciências e Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 377-406, junho 2011.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Avaliação: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. *et al.* **A Análise da Implantação**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011a. Cap. 10, p. 223-227.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde. In: BROUSSELE, A. *et al.* **Avaliação conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011b. Cap. 2, p. 44.

CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD**. Brasília: [s.n.], 2015.

CORALINA, C. **Poemas dos Becos de Goiás e Estórias Mais**. Goiás: José Olympio, 1965.

COREN-SE. Modelo de Protocolos Assistenciais. **COREN-SE**, Sergipe, fev. 2017. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2020.

COSENDEY, A.; HARTZ, Z. M.; BERMUDEZ, J. A. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 395-406, Mar-Apr 2003. ISSN doi: 10.1590/s0102-311x2003000200006.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 969-992, set/out 2003. ISSN 5.

COSTA, M. D. C. Avaliação de implementação da vigilância epidemiológica do município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro. **Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2013.

DA COSTA, D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa. **Cienc. Saúde. Colet**, v. 14(Supl. 1), p. 1347-57, 2009.

DENIS, J.-L.; CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z. M. D. A. (. In: _____ **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-05.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

DIAS, J. A. Avaliação do sistema de vigilância da tuberculose, Porto Alegre/RS, 2006-2009. **5o Encontro Científico do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS)**, Brasília, 2011.

DINIZ, D. *et al.* Prevalência do traço e da anemia falciforme em recém-nascidos do Distrito Federal, Brasil, 2004 a 2006. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2009. ISSN 0102-311X.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press., v. I, 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 230, n. 12, p. 1743-8, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. A continuity and change in the quest for quality. **Clin Perf Qual Health Care**, v. 1, n. 1, p. 9-16, 1993.

ESHER, Â. *et al.* Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, Janeiro 2012.

FERNANDES, A. E. A. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. **J Pediatr.**, v. 4, p. 279-284, 2010.

FERNANDES, A. P. P. C. **Caracterização e circunstâncias da ocorrência de óbitos em crianças com doença falciforme triadas pelo prograa estadual de triagem neonatal de Minas Gerais no período de março de 1998 a fevereiro de 2005**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global das Doenças. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. Suplementar, p. 44-60, 2017.

FREITAS, F. P.; PINTO, L. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. **Rev Latino-am Enfermagem** , v. 13, n. 4, p. 547-54, julho- agosto 2005.

GOMES, L. M. *et al.* Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. **BMC Fam Pract**, v. 89, 2011.

GOMES, L. M. X. **Avaliação da qualidade da assistência à criança com doença falciforme na Atenção Primária no Norte de Minas Gerais, Brasil.** Dissertação (mestrado) Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), 2010.

GOMES, L. M. X. Avaliação da efetividade de uma intervenção educativa no conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde que acompanham pessoas com doença falciforme. **Tese (mestrado)**, Belo Horizonte (MG): Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

GUEDES, S. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de Enfermagem durante as crises álgicas em portadores de anemia falciforme. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 327-330, 2007.

HARTZ, Z. **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z. M. D. A. *et al.* Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

HERRICK, J. B. Peculiar, elongated and sickle-shaped red blood corpuscles in a case of severe anemia. **Archives of Internal Medicine**, v. 5, p. 517-521, 1910.

JESUS, J. A. D. Doença Falciforme no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 144, n. 3, p. 8-9, 2010.

JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema de acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso de fluxograma analisador. Relato de experiência de risco. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, p. 217-255, Jan-Mar 2012.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 895-918, 2012.

KRAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **REME Rev Min Enferm**, v. 22, 2018. ISSN DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180017>.

LAGUARDIA, J. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado de saúde. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 243-262, abril 2006.

LANZKRON, F.; CARROLL, C. P.; HAYWOOD, C. Mortality rates and age at death from Sickle cell disease: US, 1979-2005. **Public Health Rep**, v. 128, n. 2, p. 110-116, 2013.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, Dezembro 2003.

LOUREIRO, M. M.; ROZENFELD, S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, p. 943-9, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 22 de 15 de Janeiro de 1992. Torna obrigatória a inclusão no Planejamento das Ações de Saúde dos Estados, municípios e Distrito Federal do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 951, de 10 de maio de 1996. Institui grupo de trabalho com a finalidade de elaborar o Programa Nacional de Anemia Falciforme. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 872, de 06 novembro de 2002. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Falciforme – Hidroxiuréia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.018, de 1º de Julho de 2005. Art. 1º Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.391 de 16 de Agosto de 2005. Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, como diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Eventos Agudos em Doença Falciforme**. 1a. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS nº 2.048 de 03/09/2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, set. 2009c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 55, de 29 de Janeiro de 2010. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS -DOENÇA FALCIFORME. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS**: ambiência. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 27 SCTIE/MS, de 12 de junho de 2013. Decisão de incorporar hidroxureia em crianças com doença falciforme no Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-ejustica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-damortalidade-infantil>>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/SAS nº 1.321, de 21 de Dezembro de 2015. Inclui, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, a compatibilidade do transplante alogênico aparentado de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 298, de 9 de Fevereiro de 2018. Amplia, para além dos 16 anos, a faixa etária para a indicação de transplante alogênico aparentado de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical para tratamento da DF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta nº 5, de 19 de Fevereiro de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018b.

NIQUINI, R. P. *et al.* Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 10 (Supl.1) : S61-S68, 2010.

OYEKU, S. O.; FARO, E. Z.; HOMER, C. J. Improving care of patients with sickle cell disease and sickle cell trait : The Hemoglobinopathy Learning Collaborative Series. **JCOM**, v. 29, n. 2, 2014. ISSN 59-60.

PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation: process and premises. In: PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**: the news century text. 3ª. ed. California:Sage: Thousand Oaks, 1997. p. 23.

- PAULING, L. *et al.* Sickle Cell Anemia, a Molecular Disease. **Science**, n. 110 (2865), 1949.
- PIMENTA, C. A. D. M. *et al.* **Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem**. São Paulo: [s.n.], 2015.
- PLATT, O. S. *et al.* Life expectancy and risk factors for early death in sickle cell disease. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 330, p. 1639-1644, June 1994.
- PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 259-269.
- REIS, L. G. C. Introdução à Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde. In: _____ **Avaliação da Qualidade do Uso da Ocitocina no Trabalho de Parto em Maternidades Públicas do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, (Tese de Mestrado): [s.n.], 1995.
- RODRIGUES, C.; MELO, L.; ARAÚJO, I. A família da criança com doença falciforme e a equipe enfermagem: revisão crítica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Campinas, p. 257-264, 2010.
- RODRIGUES, E. *et al.* **Rotina de Atendimento Médico: Eventos Agudos em Doença Falciforme**. Ceilândia: Hospital Regional de Ceilândia, 2019.
- SABARENSE, A. Análise comparativa da ocorrência de óbitos em crianças com doença falciforme triadas pelo Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais nos períodos de 1998-2004 e 2006-2012. **Dissertação (mestrado)**, Belo Horizonte (MG): Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.
- SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- SANCINETTI, T. R. *et al.* Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator. **Rev. da Esc de Enferm da USP**, São Paulo, v. 45, p. 998-1002, 2011.
- SANCINETTI TR, S. A. L. A. S. N. M. M. F. F. E. A. Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator. **Rev da Esc Enferm da USP**, v. 45, p. 998-1002, 2011. Acesso em: 31 mar. 2022.
- SANTORO, M. S.; MATOS, H. J.; FIDLARCZYK, D. Emergency care necessity for sickle cell disease patients at Rio de Janeiro State Coordinating Blood Bank. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 115-119, fev. 2011.

SANTOS, E. M. D.; CRUZ, M. M. D. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. 22ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

SAÚDE, C. N. D. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [S.l.], p. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. 2012. (Acessado em 20/06/2020).

SCOTT, R. Health care priority and sickle cell anemia. **JAMA**, v. 214, n. 4, p. 731-4, 1970.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF. Portaria nº 1310 SES-DF, de 04 de dezembro de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e de Dispensação de Medicamentos denominado Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do DF. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, 2018.

SERJEANT, G. R. Sickle-cell Disease. **The Lancet**, London, v. 350, p. 725-730, 1997.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan/mar 1994.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. A escolha de métodos para fazer avaliação. In: _____ **FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL, et al (Org.). Avaliação para o investimento social privado: metodologias**. São Paulo: Fundação Santillana, 2013. p. 22.

SOUSA, G. G. O. *et al.* Crise algica em crianças portadoras de doença falciforme. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25.2, n. 6, p. 23-27, Abr/Jun 2015. ISSN DOI: 10.5935/2238-3182.20150093.

UBARANA, J. A. Avaliação da Implantação do Sistema de Acompanhamento, Controle e Avaliação de Resultados (e-Car) na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. In: _____ **Dissertação (mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2017.

UNIFESP. Introdução à avaliação em saúde. **Unasus**, 2019. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/curso/44583>>. Acesso em: 28 maio 2020.

UNIFESP. Introdução à avaliação em saúde. <https://www.unasus.gov.br/cursos/corso/44583>, 2019. ISSN acessado em 28/05/2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Jane: FIOCRUZ, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde : limites e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

VUORI, H. **Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.** Estratégias para a melhoria da qualidade de dos cuidados de saúde- Seminário de avaliação dos serviços de saúde-Aspectos Metodológicos. OPAS. Rio de Janeiro: [s.n.]. 1988. p. 17-25.

WEATHERALL, D. J.; CLEGG, J. B. Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem. **Bull World Health Organ**, v. 79(8), p. 704-712, 2001.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções práticas.** São Paulo: Edusp, 2004.

ZAGO, M. Anemia falciforme e doenças falciformes. In: HAMANN, E.; TAUIL, P. (. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 2001. p. 13-35.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ENFERMEIROS E MÉDICOS

QUEST. Nº _____

DATA: ___/___/___

QUESTIONÁRIO: *Escala de Conhecimento dos Enfermeiros e Médicos sobre Doença Falciforme*

INSTRUÇÕES: Este é um questionário sobre o conhecimento dos profissionais sobre a Doença Falciforme e seu objetivo é verificar a implementação do Protocolo de Eventos Adversos em Doença Falciforme no Pronto Socorro da Pediatria-HRC, como parte da pesquisa intitulada Avaliação da Implantação de um Protocolo de Assistência a Crianças com Doença Falciforme no Hospital Regional de Ceilândia conduzido pela mestranda Ludmilla de Castro Oliveira Sícoli, vinculada ao Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz em parceria com a SES/DF. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz e da FEPECs conforme o parecer nº 5.108.252.

O preenchimento do questionário é voluntário e sigiloso. O instrumento está dividido em duas fases. Na primeira fase será registrado o seu conhecimento sobre a doença falciforme e é composta por duas etapas: a primeira relaciona-se às características sociodemográficas e a segunda relativa às questões sobre a doença propriamente dita. Já a segunda fase está relacionada à estrutura e aos processos de trabalho relacionados ao atendimento da criança com Anemia Falciforme no PS da Pediatria.

OBS.: NÃO É NECESSÁRIO SE IDENTIFICAR.

A - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A1 Idade: _____ anos. A2 Sexo: F () M ()

A3 Qualificação: () Enfermeiro () Médico

A4 Tempo de serviço na Unidade de Saúde: _____

A5 Identificação étnico-racial: () Branco () Preto () Pardo () Indígena
() Amarelo

B - CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE DOENÇA FALCIFORME

Coloque em cada parêntese () **V** se a afirmativa for **verdadeira**, **F** se a afirmativa for **falsa** e **N** (=Não sei) caso você não saiba a resposta.

• DOMÍNIO: EPIDEMIOLOGIA (5 pontos)

B1 () A doença falciforme é um dos distúrbios genéticos mais comuns no Brasil.

B2 () No Brasil, a predominância da doença é entre brancos e pardos, também ocorrendo entre negros.

B3 () O traço falciforme - heterozigose para o gene da hemoglobina S - constitui uma condição relativamente comum e clinicamente benigna em que o indivíduo herda de um dos pais o gene para a hemoglobina A e do outro o gene para a hemoglobina S.

B4 () A doença se constitui-se por distúrbios caracterizados pela predominância da hemoglobina S nas hemácias: SS, SC, S-talassemias e outras mais raras.

B5 () Outras doenças da infância como a febre reumática e anemia ferropriva podem ser confundidas com a doença falciforme.

• DOMÍNIO: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (13 pontos)

B6 () A produção da hemoglobina S decorre da troca de um aminoácido na cadeia beta da globina, resultando em profundas alterações nas propriedades da molécula da hemoglobina quando desoxigenada.

B7 () O genótipo SS é caracterizado por uma gravidade clínica leve.

B8 () Qualquer que seja a forma da doença, classicamente ela se manifesta por anemia hemolítica presente na grande maioria dos casos já no primeiro ano de vida e pelas crises de dor decorrentes dos fenômenos de vaso-oclusão.

B9 () As crises de dor são as complicações menos frequentes da doença falciforme.

B10 () A dor da doença falciforme é invariável tanto em intensidade, duração e localização, no mesmo indivíduo e de um indivíduo para o outro.

B11 () O sequestro esplênico agudo não é uma importante causa de morte em crianças com doença falciforme abaixo de 5 anos.

B12 () O sequestro esplênico agudo caracteriza-se por esplenomegalia maciça e súbita, com aprisionamento de parte considerável da massa eritrocitária.

B13 () Clinicamente, além de esplenomegalia e palidez no sequestro esplênico agudo, há dor abdominal e gemência.

B14 () A Síndrome torácica aguda é a principal causa de óbito após 5 anos de idade.

B15 () A Síndrome torácica aguda caracteriza-se por dor torácica, acompanhada de epistaxe, apesar da tosse ausente.

B16 () O acidente vascular cerebral (AVC) não é uma das mais graves complicações da doença falciforme.

B17 () O AVC ocorre, principalmente, em pacientes com Hb SC, sendo raro naqueles com Hb SS e S beta-talassemias.

B18 () As infecções constituem em uma das principais causas de mortalidade na doença falciforme.

• **DOMÍNIO: MANEJO DA CRIANÇA COM DOENÇA FALCIFORME (18 pontos)**

B19 () A criança com doença falciforme precisa evitar ambientes muito quentes ou muito frios.

B20 () A criança com doença falciforme precisa ser mantida hidratada para evitar crises de dor.

B21 () Em relação à imunização, além das vacinas de rotina, estes pacientes necessitam de vacina contra varicela, hepatite A, gripe e contra germes capsulados: pneumococo, meningococo.

B22 () Em relação ao crescimento e desenvolvimento, no caso específico de déficits de estatura, a causa mais provável é a associação entre dieta deficiente e ocorrência de infecções progressivas.

B23 () Os pais devem ser orientados sobre a necessidade de uma dieta rica em ferro e proteínas.

B24 () A criança com doença falciforme não necessita fazer uso profilático de antibiótico.

B25 () A antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente em casos de gripes e/ou resfriados.

B26 () A criança com doença falciforme precisa ser monitorada quanto ao uso profilático de ácido fólico.

B27 () O atendimento às crianças com doença falciforme na presença de qualquer um dos sinais de alerta não deve ser diferenciado ou priorizado na unidade de saúde.

B28 () A acentuação da palidez constitui um sinal de alerta.

B29 () Coceira na região do pé e pernas é considerado um sinal de alerta.

B30 () A icterícia não é considerada um sinal de alerta.

B31 () O aumento do volume abdominal é considerado um sinal de alerta.

B32 () No exame físico da criança com doença falciforme devem ser anotadas as dimensões do fígado e do baço.

B33 () No exame físico da criança com doença falciforme não há necessidade de se avaliar a presença ou ausência de sopro cardíaco.

B34 () Em relação aos exames laboratoriais, os valores de hemoglobina, leucócitos e reticulócitos devem ser monitorizados.

B35 () A criança com doença falciforme pode desenvolver hipoglicemia devido às transfusões sanguíneas repetidas.

B36 () Há necessidade de ensinar aos pais sobre a palpação do baço na criança com doença falciforme.

• DOMÍNIO: ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO

Responda S (SIM) para as **respostas afirmativas**, N (NÃO) para as **respostas negativas** e **NÃO SEI** caso desconheça a resposta.

B37 – Você observa que o tempo de execução entre a classificação de risco e o atendimento médico está em conformidade com o Protocolo de Classificação dos pacientes da SES? Sim () Não () Não sei ()

B38 - O Box de emergência do PS Ped está equipado para atender as situações de emergência da criança com anemia falciforme? Sim () Não () Não sei ()

B39 - Existe a realização de procedimentos rotineiros de analgesia para o atendimento às crises álgicas na anemia falciforme, conforme orientação do MS? Sim () Não () Não sei ()

Há disponibilidade dos seguintes medicamentos necessários para atendimento às crianças com anemia falciforme?

B40 - Analgésicos Sim () Não () Não sei ()

B41 - Antiinflamatórios Sim () Não () Não sei ()

B42 - Opióides Sim () Não () Não sei ()

B43 - Antibióticos Sim () Não () Não sei ()

No serviço de rotina:

B44 - São prescritos analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor? Sim () Não () Não sei ()

B45 - É prescrito e administrado analgésico venoso após a internação? Sim () Não () Não sei ()

B46 - São prescritos e administrados opióides, quando necessário? Sim () Não () Não sei ()

B47 - São prescritos e administrados antiinflamatórios associados aos analgésicos, quando necessário? Sim () Não () Não sei ()

B48 - A solicitação de exames laboratoriais é feita sem dificuldades no setor? Sim () Não () Não sei ()

B49 - A solicitação de exames de imagem é feita sem dificuldades no setor? Sim () Não () Não sei ()

B50 - A punção é realizada sem dificuldades em caso de derrame pleural? Sim () Não () Não sei ()

B51 - A solicitação de gasometria arterial é realizada sem dificuldades no setor? Sim () Não () Não sei ()

B52 - São prescritos e administrados hemocomponentes, se necessário? Sim () Não () Não sei ()

B53 - São prescritos e administrados antiinflamatórios e broncodilatadores, se necessário? Sim ()
Não () Não sei ()

B54 - A fisioterapia respiratória é realizada, quando necessário? Sim () Não () Não sei ()

B55 - Há hemocomponentes disponíveis caso a criança necessite de uma hemotransfusão? Sim ()
Não () Não sei ()

B56 - As crianças são encaminhadas para o HCB, se necessário? Sim () Não () Não sei ()

B57 - O Protocolo interno para atendimento às crianças com anemia falciforme está disponível?
Sim () Não () Não sei ()

B58 - Há computadores em nº adequado no setor para evoluir e prescrever os pacientes e para
solicitar UTI? Sim () Não () Não sei ()

B59 - Há acesso à Internet em todos os computadores do PS? Sim () Não () Não sei ()

B60 - Você se sente capacitado para atender às intercorrências das crianças com anemia falciforme?
Sim () Não () Não sei ()

B61 - Você recebeu algum tipo de capacitação teórica ou prática para atendimento às crianças com
anemia falciforme ? Sim () Não () Não sei ()

*Deixe aqui seu comentário ou observação, se necessário:

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

QUEST. N^o _____

DATA: __/__/__

Questionário: *Escala de Conhecimento dos Técnicos em Enfermagem sobre Doença Falciforme*

INSTRUÇÕES: Este é um questionário sobre o conhecimento dos profissionais sobre a Doença Falciforme e seu objetivo é verificar a implementação do Protocolo de Eventos Adversos em Doença Falciforme no Pronto Socorro da Pediatria-HRC, como parte da pesquisa intitulada Avaliação da Implantação de um Protocolo de Assistência a Crianças com Doença Falciforme no Hospital Regional de Ceilândia conduzido pela mestranda Ludmilla de Castro Oliveira Sícoli, vinculada ao Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz em parceria com a SES/DF. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz e da FEPECs conforme o parecer n^o 5.108.252.

O preenchimento do questionário é voluntário e sigiloso. O instrumento está dividido em duas fases. Na primeira fase será registrado o seu conhecimento sobre a doença falciforme e é composta por duas etapas: a primeira relaciona-se às características sociodemográficas e a segunda relativa às questões sobre a doença propriamente dita. Já a segunda fase está relacionada à estrutura e aos processos de trabalho relacionados ao atendimento da criança com Anemia Falciforme no PS da Pediatria.

OBS.: NÃO É NECESSÁRIO SE IDENTIFICAR.

A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A1 Idade: _____ anos. A2 Sexo: F () M ()

A3 Tempo de serviço na Unidade de Saúde: _____

A4 Identificação étnico-racial: () Branco () Preto () Pardo () Indígena
() Amarelo

B CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE DOENÇA FALCIFORME

Coloque em cada parêntese () **V** se a afirmativa for **verdadeira**, **F** se a afirmativa for **falsa** e **N** (=Não sei) caso você não saiba a resposta.

• **DOMÍNIO: EPIDEMIOLOGIA (8 pontos)**

B1 () A doença falciforme pode ser transmitida dos pais para os filhos, ou seja, é uma doença hereditária.

- B2 () A doença falciforme é um dos distúrbios genéticos mais comuns no Brasil e no mundo.
- B3 () A doença falciforme não é considerada um problema de Saúde Pública no Brasil.
- B4 () A doença originou-se na África e foi trazida às Américas pela imigração forçada dos escravos.
- B5 () No Brasil, a predominância da doença é entre brancos e pardos, também ocorrendo menor quantidade nos negros.
- B6 () O genótipo SS é caracterizado por uma gravidade clínica leve.
- B7 () A doença falciforme é detectada pelo teste do pezinho.
- B8 () Os pais podem ser saudáveis, porém portadores do gene Hb S (traço falciforme).

• **DOMÍNIO: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS (9 pontos)**

- B9 () As crises de dor são as complicações menos frequentes da doença falciforme.
- B10 () A dor da doença falciforme varia em intensidade, duração e localização, no mesmo indivíduo e de um indivíduo para o outro.
- B11 () As situações de febre e calor não contribuem para o desenvolvimento e agravamento da dor.
- B12 () As situações de frio e desidratação contribuem para o desenvolvimento e agravamento da dor.
- B13 () As infecções constituem principal causa de mortalidade na doença falciforme.
- B14 () A criança com doença falciforme apresenta sinais de perigo que devem ser monitorados.
- B15 () Em casos de dor abdominal e gemência, dentre outros sinais não se deve pensar em uma manifestação grave.
- B16 () A pessoa com doença falciforme, em geral, necessita de transfusões sanguíneas mais frequentemente.
- B17 () O acidente vascular cerebral (AVC) não é uma grave complicação da doença falciforme.

• **DOMÍNIO: MANEJO DA CRIANÇA COM DOENÇA FALCIFORME (17 pontos)**

- B18 () A criança com doença falciforme precisa evitar ambientes muito quentes ou muito frios.
- B19 () A criança com doença falciforme precisa ser mantida hidratada para evitar crises de dor.
- B20 () Em relação à imunização, criança com doença falciforme necessita de receber vacinas especiais além das preconizadas.
- B21 () A criança com doença falciforme precisa ser avaliada constantemente quanto a sua nutrição, verificando sempre a relação peso/estatura.
- B22 () Os pais devem ser orientados sobre a necessidade de uma dieta rica em vitamina C e ferro e proteínas.

- B23 () A alimentação rica em vitamina C protege a criança das crises de dor.
- B24 () Leites e derivados podem provocar crises de dor mais frequentemente.
- B25 () A criança com doença falciforme tem um maior risco de ter um desempenho escolar prejudicado.
- B26 () A criança com doença falciforme não necessita fazer uso de antibiótico para evitar infecções.
- B27 () A criança com doença falciforme precisa ser monitorada quanto ao uso profilático de uma vitamina chamada ácido fólico.
- B28 () O atendimento às crianças com doença falciforme na presença de qualquer um dos sinais de alerta deve ser igual aos dos outros pacientes não havendo necessidade de priorizar na unidade de saúde.
- B29 () A acentuação da palidez constitui um sinal de alerta.
- B30 () Gripes e resfriados constituem sinal de alerta.
- B31 () Coceira na região do pé e pernas é considerado um sinal de alerta.
- B32 () A icterícia não é considerada um sinal de alerta.
- B33 () O aumento do volume abdominal é considerado um sinal de alerta.
- B34 () Os pais devem ser aconselhados quanto às possibilidades genéticas de uma futura gravidez.

• **DOMÍNIO: ESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO**

Responda **S (SIM)** para as **respostas afirmativas**, **N (NÃO)** para as **respostas negativas** e **NÃO SEI** caso desconheça a resposta.

B35 – Você observa que o tempo de execução entre a classificação de risco e o atendimento médico está em conformidade com o Protocolo de Classificação dos pacientes da SES? Sim () Não () Não sei ()

B36 - O Box de emergência do PS Ped está equipado para atender as situações de emergência da criança com anemia falciforme? Sim () Não () Não sei ()

B37 - Existe a realização de procedimentos rotineiros de analgesia para o atendimento às crises álgicas na anemia falciforme, conforme orientação do MS? Sim () Não () Não sei ()

Há disponibilidade dos seguintes medicamentos necessários para atendimento às crianças com anemia falciforme?

B38 - Analgésicos Sim () Não () Não sei ()

B39- Antiinflamatórios Sim () Não () Não sei ()

B40 - Opióides Sim () Não () Não sei ()

B41 - Antibióticos Sim () Não () Não sei ()

No serviço de rotina:

B42 - São prescritos analgésicos orais no primeiro momento da crise de dor? Sim () Não ()
Não sei ()

B43 - É prescrito e administrado analgésico venoso após a internação? Sim () Não ()
Não sei ()

B44 - São prescritos e administrados opióides, quando necessário? Sim () Não () Não sei ()

B45 - São prescritos e administrados antiinflamatórios associados aos analgésicos, quando necessário? Sim () Não () Não sei ()

B46 - A solicitação de exames laboratoriais é feita sem dificuldades no setor? Sim () Não ()
Não sei ()

B47 - A solicitação de exames de imagem é feita sem dificuldades no setor? Sim () Não ()
Não sei ()

B48 - A punção é realizada sem dificuldades em caso de derrame pleural? Sim () Não () Não
sei ()

B49 - A solicitação de gasometria arterial é realizada sem dificuldades no setor? Sim () Não ()
Não sei ()

B50 - São prescritos e administrados hemocomponentes, se necessário? Sim () Não () Não sei
()

B51 - São prescritos e administrados antiinflamatórios e broncodilatadores, se necessário? Sim ()
Não () Não sei ()

B52 - A fisioterapia respiratória é realizada, quando necessário? Sim () Não () Não sei ()

B53 - Há hemocomponentes disponíveis caso a criança necessite de uma hemotransfusão? Sim ()
Não () Não sei ()

B54 - As crianças são encaminhadas para o HCB, se necessário? Sim () Não () Não sei ()

B55 - O Protocolo interno para atendimento às crianças com anemia falciforme está disponível?
Sim () Não () Não sei ()

B56 - Há computadores em nº adequado no setor para evoluir e prescrever os pacientes, para
solicitar UTI? Sim () Não () Não sei ()

B57- Há acesso à Internet em todos os computadores do PS? Sim () Não () Não sei ()

B58 - Você se sente capacitado para atender às intercorrências das crianças com anemia falciforme?
Sim () Não () Não sei ()

B59 - Você recebeu algum tipo de capacitação teórica ou prática para atendimento às crianças com
anemia falciforme? Sim () Não () Não sei ()

*Deixe aqui seu comentário ou observação, se necessário:

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES

Roteiro de entrevista com os gestores do Pronto Socorro da Pediatria, Ex-Diretora Clínica e Ex-Superintendente do HRC.



ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTORES DO PS PEDIATRIA

1 - INFORMAÇÕES GERAIS

- 1.1 - Discorra sobre sua atuação e trajetória na Saúde Pública?
- 1.2 - Quanto tempo você ocupa o cargo no PS?
- 1.3 - Qual é a sua percepção acerca da necessidade dos protocolos no PS da Pediatria?
- 1.4 - É de seu conhecimento o Protocolo de Eventos Adversos em Doença Falciforme (PEADF)? E qual seria a sua avaliação acerca do PEAADF?

2- IMPLEMENTAÇÃO: ESTRUTURA

- 2.1 - Em termos de estrutura, como você considera a disponibilidade de RH no setor?
- 2.2 - E quais as suas considerações sobre a disponibilidade de insumos (materiais e equipamentos) no setor?
- 2.3 - E quanto às normatizações para prestar assistência ao paciente com Doença Falciforme, você considera que estão disponíveis?
- 2.4 - Em relação aos insumos (materiais e equipamentos), o que seria primordial para a implantação do PEAADF?
- 2.5 - Especificamente, em relação a qualificação dos recursos humanos, que prática ou atitude seria primordial para implantação do PEAADF?
- 2.6 - Existe capacitação periódica para os profissionais no setor? Em quais temas?
- 2.7 - Em relação à Doença Falciforme, houve capacitação dos profissionais em relação ao manejo das crianças com esta doença?

3- IMPLEMENTAÇÃO: PROCESSOS

- 3.1 - Como você avalia o desempenho do corpo técnico relacionado ao Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) para as crianças com Doença Falciforme? Você considera adequado ou não?

3.2 - Em relação aos processos de trabalho, ou seja, às funções desempenhadas, o corpo técnico está capacitado para executar as ações referentes à assistência do paciente com doença falciforme? Explique o porquê?

3.3 - Os profissionais do corpo técnico estão executando as ações em conformidade com o PEADF?

3.4 - Qual é a sua percepção sobre a capacidade de aceitabilidade ou de resistência da sua equipe quanto às novas práticas assistenciais implementadas?

3.5 - Quais as fragilidades identificadas na implantação do PEADF?

3.6 - Quais as facilidades identificadas na implantação do PEADF?

3.7 - Em que o PEADF contribuiu para fortalecer as práticas assistenciais referente às crianças com anemia falciforme?

3.8 - O que poderia ser feito para o aperfeiçoamento de implantação do PEADF, considerando desde aspectos relacionados à estrutura até os processos de trabalho?

3.9 - Na sua opinião, você considera que ocorreu mudanças na organização do setor com a implementação do protocolo?

3.10 - Se ocorreu mudanças, em que área você as considera mais relevantes? (Organização dos processos, disponibilização dos insumos, não ter desperdício financeiro, eficiência técnica).

3.11 - Você indicaria esse protocolo para um outro serviço?

APÊNDICE D – ROTEIRO OBSERVAÇÃO DIRETA

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA PRONTO SOCORRO PEDIATRIA – HRC- DF

Data da Visita: ___/___/___ Pesquisador: _____

I - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Nome do Estabelecimento: _____
 Endereço _____ CEP _____
 Bairro _____ Telefone _____
 Diretor Clínico do Hospital _____ CRM _____
 Gerente de Enfermagem _____ COREN _____

II - DADOS GERAIS NATUREZA DO SERVIÇO

Municipal Estadual Federal Filantrópico Privado Convênio SUS
 Universitário Outros

ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO Regional Municipal Intermunicipal Estadual

O PRÉDIO ESTÁ LOCALIZADO: Vizinho a fábrica Junto a rio Em rua muito movimentada Junto a aterro sanitário Em área residencial Isolado

III - ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

	S	N
Há Normas e Rotinas para as Áreas Assistenciais?		
Há reuniões de discussão de óbitos com ata?		
Com que frequência são feitas as reuniões? (anotar a data da última reunião) _____		
Há sistemas de referência e contra-referência? Citar as Unidades:		
Há cronograma de reuniões clínicas periódicas		
Há livro de registro de atendimentos de emergência/urgência?		
Há livro de registro de internações e altas?		
Livro de registro de óbitos?		
Todos esses livros são registrados na Fiscalização Sanitária?		
Possui Centro de Estudos devidamente registrado?		
Possui auditório?		
Há Residência Médica?		
Há programa de residência multiprofissional?		
Há Pesquisas e Pós-Graduação?		
Há acadêmicos (Medicina e Enfermagem)?		
Existe programa de Educação Continuada?		

IV - RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE

PROFISSIONAIS	S	N	QUANTITATIVO
Téc. Enfermagem			
Pediatra			
Enfermeiro			

V - LIMPEZA E ZELADORIA

Existe um programa de sanitização da Instituição?	S	N
Existem registros de sua execução		
Existem normas de instrução escrita para limpeza e manuseio do lixo produzido no setor?		
A limpeza dos setores é feita por funcionário fixo ao setor?		
Serviço de limpeza terceirizado?		
Existe treinamento dos funcionários da limpeza e da coleta do lixo?		
Com que frequência é feito o treinamento?		
Há rotatividade deste pessoal da limpeza e coleta de lixo?		
Qual a frequência? _____ Homem/ano		

VI - ÁREA FÍSICA**SALA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Existe sala específica para ACR?	S	N
Na sala do ACR está disponível:		
Termômetro		
Glicosímetro		
Oxímetro		
Esfigmomanômetro		
Mesa de atendimento		
Cadeiras para o profissional e para o paciente		
Álcool		

CONSULTÓRIOS

Quantitativo de consultórios: _____		
	S	N
Mesa de atendimento		
Cadeira para profissionais e para o paciente		
Maca		
Impressos (prescrição médica, atestados)		
Abaixador de língua		
Negatoscópio		
Pia		
Sabão		
Álcool		

SALA DE MEDICAMENTO

	S	N
Mesa para punção		
Medicamentos disponíveis		
Material para punção venosa		
Descarpack		
Cadeiras para o profissional e para o paciente		

SALA DE NEBULIZAÇÃO

	S	N
Sistema de assistência respiratória de parede		
Máscara de nebulização		
Oxímetro		
Medicamentos para serem administrados por via inalatória		
Cadeiras para o profissional e para o paciente		

UNIDADE DE OBSERVAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS

Quantitativo de leitos: _____		
	S	N
Ambiente com ventilação suficiente		
Ambiente com iluminação suficiente		
Há quarto de isolamento		
O quarto de isolamento possui 10m ² com distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira, e de 2m de distância entre leitos?		
Enfermarias da pediatria possuem painéis de vidro nas paredes divisórias com a circulação		
Há cadeiras de repouso para acompanhante		
Número de banheiros _____		
Banheiro para acompanhante na pediatria		
Banheiro para pacientes		
Sanitário para o público		
Existem normas e rotinas afixadas em locais visíveis		
Existe aceitação das normas de Biossegurança		
Área de circulação desobstruída		
Há sinalização adequada		
Janelas com proteção (TELA)		
Meio de transporte (maca, cadeira de roda)		
Sistema de climatização ambiental		
Possui área para guarda de macas e cadeiras de rodas		
Expurgo em condições de uso, sem ser usado como depósito		
Possui depósito de equipamentos e materiais?		
Disponibilidade de equipamentos básicos (Esfigmomanômetro, Termômetros, Estetoscópio, etc.)?		

Disponibilidade de EPI (máscaras, gorros, luvas, capotes, etc.)		
Acondicionamento adequado do lixo		
Bom conceito em limpeza geral		
Posto de enfermagem organizado e com pia		
Armários fechados para materiais e medicamentos		
Materiais e medicamentos dentro do prazo de validade		
Perfuro-cortante acondicionado corretamente		
Carrinho de curativo em condições de uso, limpo e sem avarias		
Materiais em solução acondicionados e dentro do prazo de validade		
Almotolias limpas, identificadas e com validade		
Disponibilidade de roupa hospitalar limpa		
Acondicionamento correto da roupa suja		
Balança		

VII - RECURSOS MATERIAIS E DE INFORMÁTICA

	S	N	Quantos?
Pontos de acesso à internet disponíveis?			
Impressora			
Linha telefônica exclusiva			
Computador nos setores para acessar o prontuário eletrônico			
Material de escritório (papel, tinta, envelopes, pastas, etc.)			

VIII - DOCUMENTAÇÃO

	S	N
Protocolo para Eventos Agudos em Doença Falciforme disponível?		
Legislação disponível?		

IX - O BOX DE EMERGÊNCIA POSSUI OS EQUIPAMENTOS ABAIXO RELACIONADOS?

	S	N
Desfibrilador e monitor		
Ventilador neonatal e pediátrico		
Aspirador de secreções		
Carro para material de emergência		
Medicamentos de emergência		
Mesa para exames/tratamento		
Mesa para instrumental		
Negatoscópio		
Refletor parabólico		
Suporte de hamper		
Suporte de soro		
Escada de 2 degraus		

Laringoscópio		
Foco cirúrgico com pedestal		
Bomba de infusão		
Estetoscópio		
Sistema de assistência respiratória de parede		
Esfigmomanômetro		
Aparelho de ECG		
Monitor multiparâmetros		
Banqueta giratória		
Maca para transporte		
Reanimador pulmonar manual		
Maleta de emergência		
Incubadora de transporte		
Laringoscópio rígido infantil		

APÊNDICE E – TCLE - GESTORES DO PRONTO SOCORRO PEDIATRIA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Gestores do PS Pediatria

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação da Implantação de um Protocolo de Assistência aos Eventos Agudos às Crianças Portadoras da Doença Falciforme no Pronto Socorro da Pediatria do Hospital Regional de Ceilândia – DF”, desenvolvida por Ludmilla de Castro Oliveira Sícoli, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra.Elizabeth Moreira dos Santos.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a implantação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme na prestação de assistência de emergência aos pacientes atendidos no PS pediátrico do HRC com doença falciforme, acometidos por intercorrências clínicas decorrentes da doença.

O benefício relacionado a sua colaboração nesta pesquisa é o de conhecer a implantação do protocolo e identificar um pouco mais sobre a trajetória, os avanços e as limitações de sua implantação, com vistas ao seu aperfeiçoamento.

O convite a sua participação se deve ao papel que desempenha no processo de implantação do protocolo em questão. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação dar-se-á mediante entrevista gravada e orientada por um roteiro de uma duração de aproximadamente uma hora, abordando vários aspectos relativos ao tema. O cargo gerencial ocupado pelo entrevistado será citado na pesquisa. As informações que você nos fornecer através da entrevista, serão totalmente confidenciais e para os objetivos da pesquisa, sendo o material transcrito e armazenado, em arquivos digitais, em local seguro onde somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e a orientadora.

Os possíveis riscos que esta pesquisa poderá te trazer é o de constrangimento ao responder algumas perguntas. Caso isso aconteça, sinta-se à vontade para não responder às perguntas que se enquadrarem nesta categoria. Também poderão sentir-se cansados ou estressados com a participação no momento da entrevista. Porém, ressaltamos que a sua participação é voluntária, que nenhuma forma de identificação será divulgada. Entretanto, considerando a especificidade do cargo, existe um risco de identificação indireta, pois apenas quatro gestoras serão entrevistadas. Dessa forma, solicitamos autorização para citação do cargo caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação.

Ressaltamos que você poderá deixar de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo, seja moral ou financeiro. Qualquer despesa relacionada à pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores.

Os resultados desta entrevista serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e para publicações – dissertação, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

Será garantido aos participantes da pesquisa o acesso aos resultados por meio da preparação de um folder a ser enviado a cada participante por e-mail, pela disponibilização e apresentação do relatório final às gestoras e profissionais do PS Pediatria, elaboração de trabalhos científicos para socialização em congressos, seminários e reuniões científicas. Por fim, haverá uma reunião com a superintendência para apresentação dos resultados.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Informo que este Termo está redigido em duas vias, sendo que uma delas ficará com você, havendo a necessidade de que todas as páginas sejam rubricadas por você e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____,

RG: _____ CPF: _____, abaixo assinado,

concordo em participar da pesquisa, como sujeito. Tive pleno conhecimento das informações que li descrevendo o estudo. Discuti com a pesquisadora Ludmilla de Castro Oliveira Sícóli sobre a minha decisão de participar desse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os procedimentos adotados. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Gestores(as): O(a) Senhor(a) permite que a sua entrevista seja gravada: () Sim () Não

O(a) Senhor(a) autoriza a citação do cargo, caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação: () Sim () Não

Brasília, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

Instituição de Ensino: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS/SES/DF

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FEPECS/SES/DF

Endereço e telefone de contato: SMHN 03, CONJUNTO A, BLOCO 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP. BAIRRO: Asa Norte- UF: DF, CEP 70.710-907, e-mail: cep@fepecs.edu.br, telefone: (61) 20171145

Instituição de Ensino: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Endereço e telefone de contato: Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 – andar térreo – Manginhos, Rio de Janeiro – RJ CEP 21041-210, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br, telefone (21)2598-2863

Responsável pela Pesquisa: Ludmilla de Castro Oliveira Sícóli

Instituição de origem: Hospital Regional de Ceilândia - SES-DF

Endereço e telefone de contato: QNM 27, Área Especial n 1, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Telefone: (61)2017-2000 - Ramal 3158 ou (61) 991299200 (celular), e-mail: lu_lud@yahoo.com.br

APÊNDICE F – TCLE - PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PRONTO SOCORRO PEDIATRIA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Profissionais de Saúde do PS Pediatria

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação da Implantação de um Protocolo de Assistência aos Eventos Agudos às Crianças Portadoras da Doença Falciforme no Pronto Socorro da Pediatria do Hospital Regional de Ceilândia – DF”, desenvolvida por Ludmilla de Castro Oliveira Sícoli, discente de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Elizabeth Moreira dos Santos.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a implantação do Protocolo de Eventos Agudos em Doença Falciforme na prestação de assistência de emergência aos pacientes atendidos no PS pediátrico do HRC com doença falciforme, acometidos por intercorrências clínicas decorrentes da doença.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de conhecer a implantação do protocolo e identificar um pouco mais sobre a trajetória, os avanços e as limitações de sua implantação, com vistas ao seu aperfeiçoamento.

O convite a sua participação se deve ao papel que desempenha no processo de implantação do protocolo em questão. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação dar-se-á mediante o preenchimento de um questionário estruturado com quarenta e oito perguntas. A primeira parte relaciona-se as suas características sociodemográficas e a segunda é relativa ao conhecimento sobre doença falciforme. O tempo

aproximado para responder ao questionário será de uma hora. As informações que você fornecerá através do questionário, serão totalmente confidenciais e para os objetivos da pesquisa, sendo o material armazenado, em arquivos digitais, em local seguro onde somente terão acesso apenas a pesquisadora e a orientadora. As informações prestadas serão analisadas segundo categorias pré-definidas e apresentadas em conjunto com os dados dos demais participantes sem identificação nominal de forma a não comprometer os mesmos.

Os possíveis riscos que esta pesquisa poderá te trazer é o constrangimento ao responder algumas perguntas. Caso isso aconteça, sinta-se à vontade para não responder às perguntas que se enquadrarem nesta categoria. Também poderão se sentir cansados e estressados enquanto estiverem respondendo ao questionário, mas você terá o prazo de cinco dias para respondê-lo com tranquilidade. Reforçamos que sua informação não será utilizada para avaliações individuais ou de pessoas.

Ressaltamos que você poderá deixar de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo, seja moral ou financeiro. Qualquer despesa relacionada à pesquisa será de responsabilidade da pesquisadora.

Os resultados deste questionário serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e para publicações – dissertação, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas. Para minimizar quaisquer riscos de constrangimento ou receio de identificação, será garantido que os questionários sejam preenchidos em locais mais reservados e reforçado o direito do participante poder se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalização, caso queira desistir da mesma.

Será garantido aos participantes da pesquisa o acesso aos resultados por meio da preparação de um folder a ser enviado a cada participante por e-mail, pela disponibilização e apresentação do relatório final às gestoras e profissionais do PS Pediatria, elaboração de trabalhos científicos para socialização em congressos, seminários e reuniões científicas. Por fim, haverá uma reunião com a superintendência para apresentação dos resultados.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. Informo que este Termo está redigido em duas vias, sendo uma delas para o(a) senhor(a), havendo a necessidade de que todas as páginas sejam rubricadas pelo(a) senhor(a) e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____,
 RG: _____ CPF: _____, abaixo assinado,
 concordo em participar da pesquisa, como sujeito. Tive pleno conhecimento das informações que li descrevendo o estudo. Discuti com a pesquisadora Ludmilla de Castro Oliveira Sícóli sobre a minha decisão de participar desse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os procedimentos adotados. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Brasília, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

Instituição de Ensino: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS/SES/DF

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FEPECS/SES/DF

Endereço e telefone de contato: SMHN 03, CONJUNTO A, BLOCO 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP. BAIRRO: Asa Norte- UF: DF, CEP 70.710-907, e-mail: cep@fepecs.edu.br, telefone: (61) 20171145

Instituição de Ensino: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Endereço e telefone de contato: Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480 – andar térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ CEP 21041-210, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br, telefone (21)2598-2863

Responsável pela Pesquisa: Ludmilla de Castro Oliveira Sícóli

Instituição de origem: Hospital Regional de Ceilândia - SES-DF

Endereço e telefone de contato: QNM 27, Área Especial n 1, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Telefone: (61)2017-2000 - Ramal 3158 ou (61) 991299200 (celular), e-mail: lu_lud@yahoo.com.br