

Perfil de atendimentos de urgência pediátrica em um hospital universitário**Profile of pediatric emergency care in a University hospital****Perfil de la atención de emergencia pediátrica en un hospital universitário**Franciele de Oliveira Santos¹Shirlene Pavelqueires²

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, de natureza quantitativa, cujo objetivo buscou descrever o perfil da população pediátrica atendida em situação de urgência no pronto socorro materno infantil de um hospital universitário. Os dados coletados referem-se aos atendimentos de urgência realizados a crianças de 0 a 14 anos, em 2013, obtidos através do banco de dados do Núcleo Técnico de Informação institucional. O perfil da clientela atendida foi predominantemente do sexo masculino, na faixa etária de 1 a 4 anos, atendidos no período da tarde, residentes no município de Marília, cujo diagnóstico prevalente corresponde às doenças do aparelho respiratório, e o acesso ao serviço se deu por demanda espontânea. Este estudo possibilitou reconhecer o perfil da demanda na busca pelo serviço de urgência pediátrica, com vistas ao desenvolvimento de ações de maior estruturação e articulação entre a rede de assistência a saúde e ações de educação em saúde aos usuários.

Palavras-chave: Perfil de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Saúde da Criança.

ABSTRACT

This is a quantitative retrospective descriptive study whose aim was to describe the profile of the pediatric population in an emergency situation in a maternal/child emergency department of a university hospital. The collected data refer to emergency care provided to children 0-14 years old, in 2013, obtained through the Technical Nucleus of Institutional Information database. The profile of the clientele was predominantly male, aged 1-4 years old, seen in the afternoon, residents in the city of Marília, whose prevalent diagnosis corresponds to respiratory diseases, and access to the service was spontaneous. This study made it possible to recognize the demand profile in the search for pediatric emergency service with a view to the development of more structured and articulated actions between health and education action in health to the users.

Keywords: Health Profile; Emergency Medical Services; Child Health.

¹Enfermeira. Especialista em Urgência pela Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: franciele.oliveiras@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Medicina de Marília. E-mail: shirlene@famema.br

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo cuantitativa cuyo objetivo fue describir el perfil de la población pediátrica en una situación de emergencia en un servicio de urgencias materno / infantil de un hospital universitario. Los datos recogidos se refieren a la atención de emergencia proporcionada a los niños de 0-14 años de edad, en 2013, obtenido a través del Núcleo Técnico de la base de datos de información institucional. El perfil de la clientela era predominantemente masculino, de 1-4 años de edad, se ve en la tarde, los residentes en la ciudad de Marília, cuya prevalencia diagnóstico corresponde a enfermedades respiratorias, y el acceso al servicio fue espontánea. Este estudio ha permitido reconocer el perfil de la demanda en la búsqueda de un servicio de urgencias pediátricas, con miras al desarrollo de las acciones más estructurados y articulados entre la salud y la acción de educación en materia de salud a los usuarios.

Palabras clave: Perfil de Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Salud del Niño.

INTRODUÇÃO

O conhecimento das características da população que frequenta um serviço de emergência constitui-se como importante ferramenta de planejamento de ações em saúde (OLIVEIRA et al., 2011). Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (SÃO PAULO, 1998).

Analisando o fato de que na definição de urgência se diga assistência médica imediata, e na de emergência em tratamento médico imediato, ao invés de ser motivo de distinção, aponta, muito mais, para a semelhança entre um significado e outro (ROMANI et al., 2009). No dicionário da língua portuguesa, lê-se que emergência é relativo a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia, ou que não era vista, e que passa a existir ou ser manifesta, representando, dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passe a apresentar. Inversamente, de acordo com a nossa língua, urgência significa aquilo que não pode esperar (BRASIL, 2006).

Assim, diante desta ambivalência de terminologia que suscita inúmeras dúvidas e julgamentos no meio médico e no sistema de saúde, optou-se por não mais fazer este tipo de diferenciação. Passou-se a utilizar apenas o termo urgência, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o “grau de urgência”, a fim de classificá-las em níveis (BRASIL, 2006).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 1987), Pronto-socorro corresponde ao estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.

O pronto-socorro configura-se ainda como unidade hospitalar de atendimento às urgências, componente da rede de atenção às urgências, preconizado na Portaria n.º 2048/GM de 2002 (BRASIL, 2002), elaborada no intuito de garantir acesso e acolhimento às necessidades da população, assegurando atenção qualificada e resolutive dentro da complexidade de cada serviço e referência adequada dentro do Sistema Único de Saúde. Este serviço tem o objetivo de diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de forma a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua (AZEVEDO et al., 2010).

Muitos serviços de atendimento às urgências têm seu processo de trabalho organizado por meio das filas de acordo com a ordem de chegada, sem avaliar os riscos, nem a vulnerabilidade e grau de sofrimento

do usuário, favorecendo o agravamento do seu quadro devido à falta de atendimento em tempo adequado (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o SUS criou em 2001 a Política Nacional de Humanização (PNH) Humaniza SUS, que traz o acolhimento com avaliação e classificação de risco como princípio e ferramenta de intervenção transformadora na reorganização dos fluxos e acesso às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em rede.

As diretrizes desta política especificamente voltada para os pronto-socorros e outros serviços de urgência, recomenda o acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado e responsabilizado aos demais níveis de assistência, comprometimento com a referência e contra referência do usuário conforme suas necessidades, além de estimular a elaboração de protocolos clínicos, que visem o direcionamento adequado dos casos, eliminando ações de intervenção desnecessária e respeitando a singularidade do indivíduo (BRASIL, 2004).

Apesar dos significativos avanços no processo de descentralização, a utilização da rede de atenção primária como porta de entrada ainda é permeada por contrastes evidenciados no confronto entre as demandas individuais e os serviços oferecidos, o grau de resolubilidade, as relações interpessoais e a densidade tecnológica, entre outros fatores. Deste modo, favorecem com que os ambulatórios de pronto-atendimento e serviços de urgência/emergência, embora superlotados e impessoais, ainda se constituam como importantes portas de entradas no sistema de saúde, representando a possibilidade de realização imediata de consultas, procedimentos, exames complementares, aquisição de medicamentos e internação, se necessário (RATI et al., 2013).

Nesse contexto, o pronto-socorro destinado ao atendimento das urgências pediátricas não poderia ser diferente, e necessita dispor destas ferramentas para garantir o acesso e assistência qualificada pautada nas políticas, considerado a singularidade e as particularidades da criança.

Do século XIX ao XXI, o perfil da morbidade infantil mudou de uma realidade epidemiológica centrada em doenças infecciosas, parasitárias e de desnutrição para um perfil de adoecimento relacionado a novas situações de morbidades como exposição à violência, uso de drogas por seus pais, aumento da obesidade e sedentarismo, assim como a permanência de constantes iniquidades em saúde relacionadas com desigualdades econômicas, raciais e étnicas (SILVA et al., 2013).

Em relação a mortalidade, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012, demonstram que dentre as causas de morte em crianças menores de cinco anos estão a prematuridade (23%), anomalias congênitas (21%), asfixia (11%), sepse neonatal (9%), infecções respiratórias agudas (7%), injúrias (5%), diarreia (2%), e outras doenças (22%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os acidentes na infância têm grande representação como causa de morbimortalidade, constituindo assim problema de saúde pública juntamente com as doenças gastrointestinais, infecções respiratórias e desnutrição proteico-calórica (AMARAL et al., 2009).

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil da população pediátrica atendida em situação de urgência no Pronto Socorro Materno Infantil de um hospital universitário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, de natureza quantitativa. Os dados coletados referem-se aos atendimentos de urgência realizados a crianças de 0 a 14 anos, nos meses de Janeiro a Dezembro de 2013, no pronto socorro materno infantil da Faculdade de Medicina de Marília, obtidos através do banco de dados do Núcleo de Técnico de Informação institucional.

O Pronto socorro estudado constitui-se uma unidade de urgência materno infantil, inserido no contexto de um hospital universitário, que dispõe de serviços de apoio diagnóstico, sendo referência na rede

de atenção a saúde, principalmente para serviços de alta complexidade. Pertence ao complexo assistencial da Faculdade de Medicina de Marília, que integra a Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS - 10 do Departamento Regional de Saúde de Marília - DRS IX, compreendendo 62 municípios, totalizando uma população estimada de 1.077.491 habitantes no ano de 2012 (BRASIL, 2014).

Na Atenção à Saúde da Criança este hospital presta cuidado ambulatorial e de internação clínico-cirúrgica, incluindo ações de Terapia Intensiva a neonatos e crianças até 14 anos. Possui oito leitos de UTI Neonatal, oito leitos na Unidade de Cuidados Intermediários, sete leitos de UTI Pediátrica, 24 leitos nas especialidades de Pediatria, 22 leitos clínico-cirúrgicos, 16 leitos de Ginecologia e 16 leitos de Obstetrícia que funciona em sistema de alojamento conjunto para o cuidado mãe-bebê. O serviço dispõe de centro cirúrgico e centro obstétrico, além da unidade de urgência, que visa prestar cuidado às urgências à criança e mulher utilizando-se da tecnologia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

As variáveis selecionadas para o estudo foram faixa etária, sexo, procedência, encaminhamento, acesso ao serviço, classificação de risco do atendimento, dia de atendimento e horário, diagnóstico, exames realizados, e evolução/destino.

Por se tratar de um estudo que utilizou, exclusivamente, dados secundários provenientes de um banco de dados, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição selecionada e foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi iniciada após ser submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, sob o parecer nº 810.591.

RESULTADOS

No período de Janeiro a Dezembro de 2013, foram realizados no Pronto Socorro Materno Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, 17.656 atendimentos, sendo 7.831 (44,4%) do sexo feminino, e 9.825 (55,6%) do sexo masculino. A faixa etária mais atendida foi a de 1 a 4 anos, que corresponde a 40,9% dos atendimentos (Tabela 1).

Tabela 1: Atendimentos de urgência pediátrica no Pronto Socorro Materno Infantil da Faculdade de Medicina de Marília, segundo sexo e faixa etária. Marília, SP, Brasil, 2013.

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 1 ano	1.933	10,9	2.368	13,4	4.301	24,4
1 a 4 anos	3.252	18,4	3.969	22,5	7.221	40,9
5 a 9 anos	1.591	9,0	2.194	12,4	3.785	21,4
10 a 14 anos	1.055	6,0	1.294	7,3	2.349	13,3
Total	7.831	44,4	9.825	55,6	17.656	100,0

Com relação à raça/etnia das crianças atendidas, a maior proporção apresentou-se em branca (72,4%), seguida de pardo (20,9%), negra (1,4%), amarelo (0,4%). Destaca-se importante parcela de atendimentos (4,9%) com ausência desta informação.

A maioria dos pacientes atendidos é proveniente da procura por demanda espontânea (67,7%), seguida dos pacientes encaminhados por outras requisitantes (12,6%), referenciados das unidades de

pronto atendimento municipais (10,4%), aqueles trazidos diretamente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou Resgate do Corpo de Bombeiros (4,1%), encaminhados das unidades de atenção básica (3,1%), da própria instituição (2,1%).

Quanto à procedência, nota-se que 68,6% dos atendimentos, são de usuários residentes no município onde a unidade está inserida, 30% aos municípios pertencentes a DRS IX, e apenas 1,3% corresponde a outras regiões não pertencentes a esta região de saúde.

Dos atendimentos classificados através do acolhimento com classificação de risco (ACCR), realizado na chegada do paciente pelo enfermeiro, obteve-se a maioria entre as cores amarelo (52,6%) e verde (44,2%). Observa-se que, do total de atendimentos no período estudado apresentados na Tabela 2, não foram classificados conforme o protocolo uma quantidade significativa (36,5%).

Tabela 2: Distribuição de atendimentos segundo protocolo de Acolhimento com classificação de risco (ACCR) por cores do Pronto Socorro Materno Infantil de Janeiro a Dezembro de 2013. Marília, SP, Brasil.

ACCR/cores	N	TOTAL	%
VERMELHO	169		1,5
AMARELO	5.897		52,6
VERDE	4.955		44,2
AZUL	196		1,7
Total codificado	11.217		63,5
Não codificado	6.439		36,5
Total atendido	17.656		100

Dentre as queixas mais prevalentes por capítulo da CID 10 (Tabela 3), estão as doenças do aparelho respiratório (35,4%), sendo mais prevalentes nos meses de Abril a Junho. Em maior proporção estão as infecções agudas das vias aéreas superiores (21,8%).

Em seguida estão as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (19,4%), cujo principal agravo representa os traumatismos de cabeça (7%), mais prevalentes nos meses de Janeiro a Abril.

Destaca-se a relevante ocorrência de diagnósticos referentes ao capítulo XVII da CID 10 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, corresponderam a 14,5%. Logo após estão algumas doenças infecciosas e parasitárias (11%), sendo mais prevalentes as doenças infecciosas intestinais (5,5%), mais frequentes em Agosto e Setembro.

Foram realizados 27.889 exames de apoio diagnóstico no período, cujo 62% correspondem a exames de patologia clínica, seguido por 37,4% exames de imagem, e outros exames 0,6%. O exame de patologia clínica mais solicitado foi o hemograma completo (70%) seguido de proteína C reativa (39,7%), urina I (38,5%), e urocultura (30,7%).

Sobre os exames de imagens mais utilizados estão a radiografia de tórax (83,4%), incluindo PA e perfil. Em seguida, radiografia de abdômen (32,6%), incluindo AP, lateral ou localizada. E após, radiografia de crânio (30,3%).

Tabela 3: Distribuição de atendimentos pediátricos segundo as patologias por grupo CID 10, no Pronto Socorro Materno Infantil, de Janeiro a Dezembro de 2013. Marília, SP, Brasil.

Capítulo CID 10	TOTAL	
	N	%
I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	1.947	11,0
II: Neoplasias [tumores] (C00-D48)	31	0,2
III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	97	0,5
IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	143	0,8
V: Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	46	0,3
VI: Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	120	0,7
VII: Doenças do olho e anexos (H00-H59)	64	0,4
VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	410	2,3
IX: Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	61	0,3
X: Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	6.243	35,4
XI: Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	756	4,3
XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	395	2,2
XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	186	1,1
XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	533	3,0
XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exlín e de labo, não clas em out parte (R00-R99)	2.567	14,5
XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	3.423	19,4
Outros	634	3,5
Totais	17.656	100,0

Durante o ano de 2013 obteve-se média geral de 48,4 atendimentos/dia, considerando 365 dias, destacando-se maior média de atendimento em dias úteis (49,5/dia) e aos domingos (46,2/dia). Vale ressaltar que o período vespertino (das 13 às 19h) é responsável pela maior demanda de atendimentos, tanto em dias úteis, como em finais de semana e feriados, correspondendo a 34,3% do total de atendimentos neste ano (Tabela 4).

Do total de atendimentos no período, a maioria evoluiu com alta hospitalar (90%), e internação hospitalar (7,3%). Em relação à evolução para óbito, observou-se a ocorrência de seis eventos, totalizando menos de 1% do total de atendimentos, tendo ocorrido cinco em crianças menores de 28 dias, e uma criança de 10 meses de vida, sendo declarado como motivo do óbito as causas mal definidas que constam do capítulo XVIII da CID 10.

Tabela 4: Distribuição segundo o dia de atendimento e hora de abertura da ficha de atendimento no sistema, de Janeiro a Dezembro de 2013. Marília, SP, Brasil.

Dia de atendimento	Período de abertura da ficha								Média / dia	TOTAL	
	07 às 13h		13 às 19h		19 às 00h		19 às 07h				
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
Dias úteis (244)	3.369	27,9	4.237	35,1	3.202	26,5	1.275	10,6	49,5	12.083	68,4
Sábados (50)	428	18,7	773	33,8	746	32,6	343	15,0	45,8	2.290	13,0
Domingos (52)	526	21,9	737	30,7	782	32,6	357	14,9	46,2	2.402	13,6
Feriados (11)	94	19,0	177	35,8	166	33,6	57	11,5	44,9	494	2,8
Pontes Feriados (6)	64	24,9	84	32,7	70	27,2	39	15,2	42,8	257	1,5
TOTAIS	4.524	25,6	6.055	34,3	4.993	28,3	2.084	11,8	48,4	17.656	100

DISCUSSÃO

O perfil da clientela atendida foi predominantemente do sexo masculino, na faixa etária de 1 a 4 anos, atendidos no período da tarde, residentes no município de Marília, cujo diagnóstico prevalente corresponde às doenças do aparelho respiratório, e o acesso ao serviço se deu por demanda espontânea. Estes achados corroboram com estudos do perfil da população pediátrica atendida em outros serviços (SIMONS et al., 2010; SALGADO; AGUERO, 2010; VERAS et al., 2011; PEIXOTO et al., 2013).

Corroborando com os achados sobre a procura por demanda espontânea, estudo realizado em Belo Horizonte demonstra a preferência das mães pelo atendimento prestado no pronto socorro infantil, principalmente devido à resolutividade, facilidade de acesso, especificidade para atendimento de crianças pelo pediatra, mesmo esta não apresentando sinais de gravidade que requerem atendimento de urgência (RATI et al., 2013).

A análise da procedência permitiu observar que, apesar do serviço estudado se constituir em uma unidade de referência para municípios da região de saúde, a maior parte dos atendimentos se deu a crianças residentes no município de Marília, que corresponderam a 68,6%, enquanto que os outros municípios somados constituíram apenas 30% da demanda. Fato relatado em estudo realizado em Maceió (SIMONS et al., 2010), cujos achados demonstram grande procura por residentes do município (81,1%) e municípios mais próximos a unidade de emergência pesquisada.

Em relação à proporção dos atendimentos segundo ACCR, pode-se observar uma grande demanda de atendimentos caracterizados como amarelo, e que correspondem ao nível de complexidade do serviço estudado, seguida de uma demanda expressiva de atendimentos classificados como verde, correspondentes a menor urgência. Tal achado corrobora com estudo em que predominou estes resultados (VERAS et al., 2011). Cabe ressaltar que o município conta com a cobertura de unidades de atenção

primária, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 33 Unidades de Saúde da Família (USF), além de duas unidades de pronto atendimento localizadas na região sul e norte, que prestam atendimento a população em seus respectivos horários de funcionamento, e que abrangem o período vespertino, onde predomina a maior parte dos atendimentos do serviço estudado, cuja demanda deveria ser melhor absorvida por estes serviços.

Segundo estudo realizado (OLIVEIRA et al., 2010) as doenças que mais acometeram crianças na faixa etária de um a quatro anos, no período de 1998 a 2007, ocasionando internações, foram as doenças do aparelho respiratório (40,3%), como primeira causa de hospitalizações, doenças infecciosas e parasitárias (21,6%) como segunda causa de internações hospitalares, doenças do aparelho digestivo (5,5%) como terceira causa, causas externas (2,5%) como quarta causa, e as doenças do aparelho geniturinário (2,2%) sendo o quinto e último agrupamento de doenças.

Vale ressaltar a grande porcentagem de atendimentos com causas mal definidas no presente estudo, identificadas pelo capítulo XVII da CID 10, para as quais não houve um diagnóstico classificado em outra parte, o que não era esperado, já que supõe-se que sinais e sintomas presentes na admissão sejam transformados em hipóteses diagnósticas para determinação da conduta adequada no atendimento.

Isso se deve possivelmente a caracterização deste capítulo referir-se a: casos para os quais não se possa chegar a diagnóstico mais preciso, mesmo depois de investigados todos os fatos relacionados; sinais e sintomas existentes no momento da primeira consulta que se mostrem de caráter transitório e cujas causas não possam ser determinadas; diagnósticos provisórios atribuídos a um paciente que não retorne a consulta para aprofundamento da investigação do diagnóstico ou para assistência; casos encaminhados a outros locais para investigação ou tratamento antes que fosse feito o diagnóstico; casos para os quais não foi possível estabelecer um diagnóstico mais preciso por qualquer outra razão; alguns sintomas para os quais se fornece informação complementar e que representam por si só importantes problemas na assistência médica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

No que se refere à média de atendimentos observada, demonstra-se elevada procura por atendimento que pouco difere comparando-se dias úteis a feriados e finais de semana, com o período vespertino apresentando maior média de atendimento independente do dia da semana.

Este estudo evidenciou que exames de sangue foram bastante solicitados, e os exames de imagem em segundo lugar, como demonstrado em estudo realizado no pronto socorro pediátrico do hospital universitário de Mato Grosso do Sul (SALGADO; AGUERO, 2010).

Pôde-se observar quanto à evolução dos atendimentos, a grande maioria obteve alta, ocorrendo pequena taxa de internação hospitalar, como observado em estudo prévio (SALGADO; AGUERO, 2010) e óbitos em porcentagem não significativa quando comparada ao total de atendimentos no período. Entretanto, destaca-se a informação insuficiente para planejamento de ações em saúde visto que revelam eventos de causas mal definidas.

O óbito por causa mal definida ou de causa ignorada ocorre porque o falecido não teve nenhum tipo de assistência médica ou por incapacidade do médico atestante em diagnosticar ou registrar adequadamente a causa de óbito. Na ausência da elucidação das causas, entende-se que a mortalidade por outras causas está subestimada, dificultando a implementação de estratégias preventivas de novos eventos (MATOS et al., 2007).

CONCLUSÃO

É importante ressaltar a garantia de acesso aos serviços e atendimento das necessidades de saúde dos usuários em todos os componentes da rede de atenção, preconizados pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade, podendo este usufruir de ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde, utilizando os dispositivos e tecnologias adequados de acordo com nível de complexidade que requer

a cada caso, de modo a otimizar os recursos de cada serviço e garantir resposta adequada as necessidades da população.

Este estudo possibilitou reconhecer o perfil de demanda da clientela e suas queixas na busca pelo serviço de urgência pediátrica, com vistas à necessidade do desenvolvimento de ações para maior estruturação e articulação entre a rede de assistência a saúde e ações de educação em saúde aos usuários. Possibilitou também reconhecer a fragilidade no vínculo entre os usuários e suas unidades de referência na atenção primária a saúde, que buscam espontaneamente por serviço de maior complexidade para resolutividade de suas queixas, gerando demanda inadequada para o serviço de urgência referenciado.

É importante conhecer as características da população atendida neste serviço para melhor planejamento de ações em saúde, adequação de fluxos estabelecidos entre os serviços da rede, aprimoramento de recursos físicos, recursos humanos e materiais, para garantir resposta adequada às necessidades de saúde e estratégias de intervenção para melhoria do acesso aos serviços.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL, E. M. S. et al. Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil. **Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, Cuenca, v. 27, n. 4, p. 313-317, 2009.
2. AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1987. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0111terminologia0.pdf>. Acesso em 31 ago. 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 nov. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 3 mar. 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 31 ago. 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acesso em: 31 ago. 2014.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em 31 ago. 2014.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 7 abr. 2014.
9. MATOS, L. N. et al. Mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 283-288, 2007.
10. OLIVEIRA, B. R. G. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 268-277, 2010.
11. OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p.548-556, 2011.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 8ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 2008. p. 163.
13. PEIXOTO, B. V. et al. A difícil realidade do pronto atendimento infantojuvenil mostrando a situação de saúde de uma cidade. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 231-236, 2013.
14. RATI, R. M. S. et al. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.12, p. 3663-3672, 2013.
15. ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.
16. SALGADO, R. M. P.; AGUERO, F. C. M. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 90-97, 2010.
17. SÃO PAULO (Estado). Parecer 55.820, de 20 de novembro de 1998. Procedimentos mínimos para atendimento em PS. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo, 24 nov. 1998. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3534. Acesso em: 20 abr 2014.
18. SILVA, D. I. et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1397-1402, 2013.
19. SILVA, D. R. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 39, n. 2, p. 164-172, 2013.
20. SIMONS, D. A. et al. Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na unidade de emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 59-67, 2010.
21. VERAS, J. E. G. L. F. et al. Perfil de crianças e adolescentes atendidos em emergência segundo a classificação de risco: um estudo documental. **Online Brazil Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2011.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Brazil: health profile. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/gho/countries/bra.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2014.